

Rolando Peniche

Universidad
Anáhuac Mayab,
México



Virginia Donado

Presidenta de Inidress, nueva institución en RS Socio-Sanitaria



José María Gatell

Experto en la investigación del SIDA



Fernando Mozo

Una nueva etapa llena de retos en MozoGrau/Ticare



MOZOGRAU®

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

www.mozo-grau.com  www.ticareimplants.com

21 · FEB/MAR '16

- 6 Opinión**
- 12 Actualidad**
 - 12 NOTICIAS**
A.M.A. celebra su 50 aniversario · Expodental batirá récords en su XIV edición · Dura sanción al Colegio de Dentistas · Valladolid acoge el primer Instituto de Mediación · Fundación Paquita Fernández Lozano
 - 24 REPORTAJE**
UNA GRAN REUNIÓN DE PROFESIONALES QUE MARCA UNA NUEVA ERA EN MOZOGRAU - TICARE
CELEBRACIONES DE SANTA APOLONIA
PROYECTO DE ODONTOLOGÍA SOLIDARIA EN YUCATÁN (MÉXICO)
 - 40 EMPRESAS**
- 42 Entrevista**
 - 42 ROLANDO PENICHE**
Director de la Universidad Anáhuac Mayab, México
 - 48 FERNANDO MOZO**
Director General de MozoGrau
 - 52 VIRGINIA DONADO**
Presidenta de Inidress
 - 58 JOSÉ MARÍA GATELL**
Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.
- 60 Ciencia y salud**
 - 60 Cien años de odontología en España**
 - 68 Tercer molar retenido y herpes intraoral recurrente**
 - 72 Tumor de células granulares en la superficie dorsal de la lengua**
- 78 Mejora tu gestión**
 - 78 Sobre las sociedades civiles**
Javier Relinque, Abogado
 - 80 Tendencias de marketing para 2016**
Ros Megías
 - 82 No se empieza la casa por el tejado (II)**
Daniel Izquierdo Hänni
- 84 Ocio y deporte**
 - 84 DESTINOS: Fortalezas de los cruzados en Siria**
- 86 Agenda cultural**
 - Cleopatra y la fascinación de Egipto**
Descubre los monumentos de Madrid en cercanías
- 88 Formación**

16



24



42



48



58



84



86

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)

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

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
correspondent.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 Bucodental y Oclusión, Universidad de Oviedo.

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala, Médico Odontólogo, Barcelona.

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

F. Javier Cortés Matinicorena, 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 Bucodental 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.

Adalberto Mosqueda Taylor, Profesor titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (México).

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque, Socio IVB Abogados y Economistas, Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

María Jesús Suárez García, Profesora Titular de Prótesis Bucodental 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.

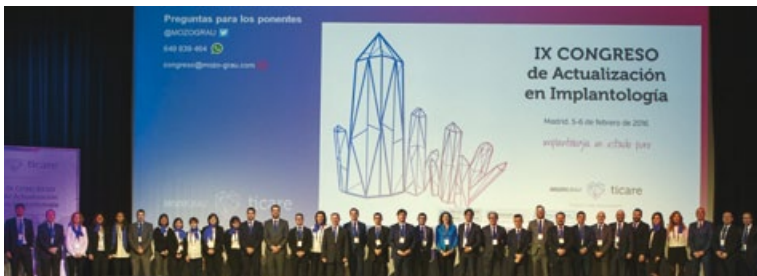
© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X

[EN PORTADA]

42. **Entrevista a Rolando Peniche,** Director de la Universidad Anáhuac Mayab, México.



48. **Fernando Mozo, Director General de MozoGrau - Ticare.** Ante una década de grandes retos.



24. **IX CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA.**



58. **José María Gatell.** Experto en la investigación del SIDA.

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



Ciudadanos desprotegidos por las Administraciones Públicas

F.G.G.

La prevención en todos los ámbitos es la forma más inteligente y práctica de utilizar nuestros conocimientos y experiencia. Los cuerpos policiales se plantean como misión principal la prevención del delito para no perseguirlo, es más valorada una comunidad donde no se producen delitos que una en la que se detiene a todos los delincuentes. Igualmente, si con una adecuada campaña de vacunación evitamos las consecuencias de una epidemia de gripe, hablamos de un éxito mayor que el de atender en óptimas condiciones a una población mayoritariamente afectada por la gripe y sus complicaciones.

Ya sé que no es nada nuevo ni original lo que acabo de contar, pero es que algo que todos entendemos, nuestras autoridades sanitarias, que son las que mejor debían saberlo, siguen sin querer enterarse.

Lo ocurrido con las clínicas Funnydent es un hecho por el que a nuestros políticos y, en concreto, a los responsables de sanidad y consumo se les debía caer la cara de vergüenza.

¿Dónde estaban ellos cuando desde todas las instancias colegiales se venía avisando y denunciando prác-

ticas de este tipo ante la Administración? ¿Quién es el responsable de que los ciudadanos de este país estén desprotegidos como lo están, y a merced de mercaderes de su salud?

Nos contarán que ellos actúan de acuerdo con lo que la Ley les permite, pero desde aquí les recordamos que son ellos, los políticos, los responsables también de que esas leyes no sean en ocasiones suficientes. Ahora resulta que son los Colegios los que se tienen que ocupar de velar por los intereses de unos ciudadanos “presuntamente” estafados, y lo harán con el dinero aportado por los colegiados, los mismos

colegiados que, a su vez, son víctimas de la nefasta política que sufre su profesión. Además, tendrán que pagar doblemente por la dejación de quién más les exige y nada aporta, de quién cada día permite que se gradúen más y más odontólogos en este país, de quienes permiten el mercadeo de la salud dental de todos los ciudadanos, y la precariedad laboral de los odontólogos.

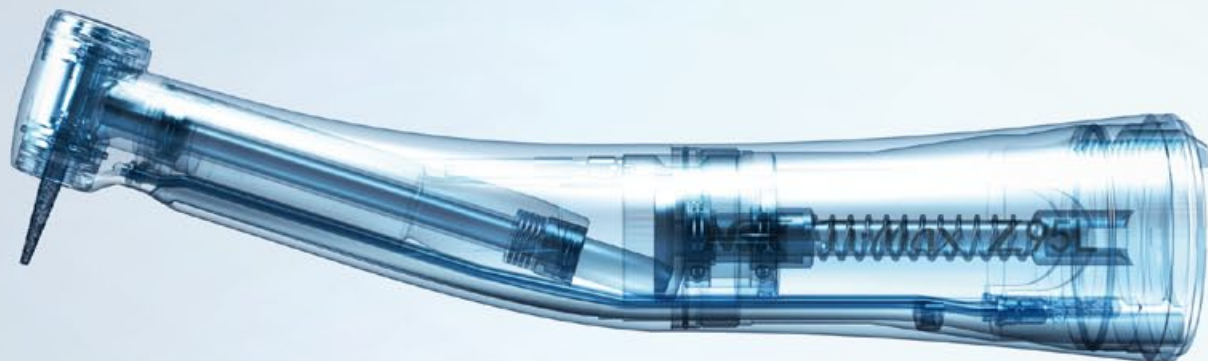
Una cosa sí nos permite tener esperanza, en esta ocasión un juez se lo ha tomado en serio y ha puesto, de momento, en su sitio al “presunto” delincuente.

Los responsables políticos, como si no fuera con ellos •

“ *Lo ocurrido con las clínicas Funnydent es un hecho por el que a nuestros políticos y a los responsables de sanidad y consumo se les debía caer la cara de vergüenza.* ”

NOTA AL CIERRE

Al cierre de la edición nos llega la noticia de la detención de los responsables de una conocida franquicia dental, pero la ilusión apenas dura un suspiro, no es la salud de la población lo que ha movido el interés de la actuación, es la caja, con Hacienda se han topado.



CREATE IT.





Fiesta patronal de la Odontología

**DR. JOSEP MARIA USTRELL,
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE
ODONTOESTOMATOLOGÍA DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA DE LA UB.**

FOTO: A. FONT

Durante el siglo IX, el occidente europeo tuvo un notable nivel cultural, sustentado en el modelo del pueblo romano, que contribuiría a la voluntad por conservar los textos antiguos. Es como un corto renacer dentro de la historia de las ciencias, ya que, después de la muerte de Carlomagno, se llegó al período más oscuro de la Edad Media. El siglo X se caracterizó por grandes períodos de guerra, que trajeron destrucción y una gran miseria, material e intelectual, y en el cual los monasterios constituyeron el único refugio de cultura y seguridad. Se impuso el sistema feudal, como organización política y social, en el cual, el campesino nacía unido al propio destino, la tierra y su señor.

El sistema económico y político predominante en la época medieval era el feudalismo, que se basaba en una estructura piramidal, con el estamento nobiliario y el eclesiástico mandando sobre la población. En aquellos tiempos, los reinos se dividían en pequeños condados gobernados por un señor feudal que proporcionaba protección a sus vasallos a cambio de impuestos y mano de obra para sus tierras.

“ *Cada agrupación tenía su cofradía, asociación de carácter religioso con funciones sociales y benéficas, que tenían un santo/a o patrón/a que la representaba.* ”

Entre los ciudadanos de la Edad Media una de las fuentes de sustento era el oficio artesanal, que permitía tener el lugar de trabajo en la propia casa. Los que tenían un mismo oficio tendían a instalarse en una mis-

ma zona, de forma que aún hoy se conservan calles con la denominación de alguno de estos oficios.

Los artesanos o menestrales se agrupaban en corporaciones de oficio, que en el siglo XIV se transformaron en gremios. Estas organizaciones procuraban por la formación de sus miembros y defendían sus intereses económicos y profesionales, controlando la producción y regulando los precios.

Cada agrupación tenía su cofradía, asociación de carácter religioso con funciones sociales y benéficas, que tenían un santo/a o patrón/a que la representaba. Ayudaban a los necesitados, las viudas y los huérfanos.

El gremio era una asociación de trabajo formada por personas jurídicas. Cuando un grupo de personas que se dedicaban a un mismo oficio decidían unirse y crear un gremio, se redactaban unas Ordenanzas (actuales estatutos) que establecían las normas de funcionamiento, y que indicaban los derechos y deberes que se contraían por ser cofrade. Las Ordenanzas se presentaban al monarca para su aprobación. Entre ellas existía el compromiso de asistir a la fiesta patronal, no trabajar en el día señalado y se determinaba la cantidad de dinero que cada uno había de pagar en hacer el ingreso en la cofradía.

Con la reglamentación del trabajo se pretendía evitar el fraude y mantener la calidad, por lo que se puede considerar que procuraban por el ejercicio ético del oficio.

Los gremios crecieron en importancia controlando gran parte de la economía de las ciudades, hasta que empezaron a decaer hacia el siglo XVIII, manteniéndose en algunos oficios y pasando en otros a los Colegios profesionales a principios del siglo XX.

La Cofradía de Santa Apolonia de Catalunya

Existe en Catalunya el Monasterio de Monte Sión, actualmente en la ciudad de Esplugues de Llobregat, donde tiene su sede la Cofradía de Santa Apolonia.

El origen de este monasterio está fechado en el año 1347 cuando en el testamento del 9 de junio, la Infanta

María de Aragón, que pertenecía a las Comendadoras de San Juan de Jerusalén, dona sus bienes para construir el monasterio de monjas predicadoras de San Pedro Mártir, de la Orden de Santo Domingo. El Rey Pedro el Ceremonioso puso la primera piedra, el día 1 de agosto de 1351, en la zona del “Mas d’en Bissanya”, en las Atarazanas, a las afueras de la ciudad de Barcelona. Debido al peligro que representaban las guerras y la piratería, el 17 de abril de 1371 se trasladan a unos nuevos terrenos, dentro de las murallas y cerca del antiguo Hospital de la Santa Cruz. Por necesidad de expansión, el 16 de junio de 1423, pasan a ocupar el convento agustiniano de Santa Eulàlia del Camp, en la plaza de Santa Ana. Es en estos momentos cuando substituyen el nombre de San Pedro Mártir por el de Nuestra Señora de Monte Sión.

A principios del siglo XVI, concretamente el 29 de enero de 1534, se establece allí una Cofradía en honor de Santa Apolonia. El Monasterio poseía reliquias de

la santa, que gozaban de una gran veneración, y en su iglesia, las monjas construyeron la capilla dedicada a ella, con el correspondiente altar e imagen que la presidía. Fue tal la devoción, que las religiosas, atendiendo las peticiones de los devotos, solicitaron el Real consentimiento para la fundación de una cofradía bajo su patrocinio, para lo cual se dirigieron a Pedro de Cardona, consejero del Rey y lugarteniente del principado de Catalunya, que hizo de mediador para obtener la aprobación. En la instancia se le pide, además, que diese licencia a las siguientes ordenaciones:

“...que haya el libro de registro de los cofrades de ambos sexos; el pago de un sueldo de limosna a la entrada y anualmente seis monedas (que se invertían en la celebración de la fiesta patronal y la administración de la cofradía por parte de la Madre priora del convento) y finalmente, dar el resto de las limosnas para gastos de sacristía” •

Cronología histórica

Siglo XVI

1534 (29 de Enero)

Inicio de la Cofradía, con sede en el monasterio de Santa María de Monte Sión.

1542

Retablo de la vida y martirio de santa Apolonia, de los artistas Forner y Rafat.

Siglo XVII

Pobreza y destrucción, se salva el retablo pero desaparece la Auténtica o certificación de la reliquia.

Siglo XIX

1835

Debido a la desamortización de los bienes religiosos, el monasterio se convierte en cuartel militar. Aquí nació la Sociedad Filodramática de Monte Sión que más tarde sería la Sociedad del Gran Teatro del Liceo.

1888

Nuevo edificio en la Rambla de Catalunya esquina Rosselló, de Barcelona.

Siglo XX

Primera época

1901 (9 de Febrero)

Bendición del nuevo altar con el retablo.

1904

El Cardenal Casañas certifica de nuevo la Auténtica y ordena la confección de un relicario.

1936

Desaparece de nuevo el retablo y la reliquia.

1948

Inicio de la construcción del nuevo monasterio en la finca de Can Casanovas de Esplugues de Llobregat.

Segunda época

1964

El odontólogo Josep Rahola Sastre pide que se renueve la Cofradía adaptando los estatutos.

1989 (9 de Febrero)

La imagen de Santa Apolonia del Monasterio preside los actos del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya.

1990 (29 de Enero)

El arzobispo de Barcelona Narcís Jubany firma los nuevos estatutos.

1991 (6 de Febrero)

Acto de constitución.

1992

Recuperación de una parte de la reliquia desaparecida en 1936.

1993

Bendición de la reliquia y las medallas.

1994

Instauración de una insignia identificativa.

1996 (9 de Febrero)

Hermanamiento con Florencia.

1997 (8 de Febrero)

Participación en el acto de fundación de la nueva Confraternità di Santa Apollonia di Firenze, en la Iglesia de San Miniato al Monte.

1999

Hermanamiento con la Cofradía de Santa Apolonia de Sevilla.

Siglo XXI

2016 (9 de Febrero)

Cada año se ha ido realizando la celebración en el día dedicado a la Santa y en éste, se habrá celebrado el 25 aniversario de su renovación, bajo la presidencia del Cardenal Emérito Luís Martínez Sistach. Al final cerrará los actos una conferencia de la catedrática Mireia del Ripoll Freixa sobre la época del Modernismo.

A partir de este momento, nuestro deseo es que se mantenga el espíritu de la tradición.



Tribuna de Salud Pública. La salud dental en España: Las desigualdades en salud (3)

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

En el artículo anterior se discutía el desigual reparto de las enfermedades entre la población. La conclusión era que unos pocos acumulan mucha enfermedad. En este desigual reparto se ven implicadas diversas variables. La riqueza es una de ellas.

Las desigualdades en salud existen en todos los países y, dentro de un mismo país, éstas existen entre diferentes grupos poblacionales. Algunas de ellas lo son por razones biológicas, por sus propias condiciones genéticas, pero otras lo son por razones de tipo social y económico. La realidad es incuestionable: los grupos socio-económicos más desfavorecidos presentan tasas de enfermedad significativamente más altas que los grupos con mayor nivel de renta. La salud bucal no es ajena a este fenómeno. Por ejemplo, la diferencia en la afectación por caries entre los adolescentes españoles de nivel socio-económico alto respecto de sus homónimos de nivel bajo es de 22,1 puntos porcentuales (29,0 vs 51,1%). Entre los más pequeños –4 años– los de nivel bajo prácticamente duplican la tasa de caries de sus congéneres de nivel alto (32,8 vs 17,0%). Entre los adultos, el edentulismo (la pérdida total de los dientes) es el doble entre las personas de nivel socio-económico bajo respecto de los de nivel alto (16,7 vs 8,0%).

Los ejemplos podrían seguir. Así las cosas, la mala noticia estriba en que el diferencial entre grupos sociales se ha agrandado en España en los diez últimos años ya que en 2000 era de 12,3 puntos porcentuales y hoy es de 22,1.

Las diferencias también afectan al acceso a los servicios. Vamos de nuevo a un ejemplo. Los indicadores

que se utilizan en la salud bucal tienen la particularidad de informar de la enfermedad presente y del tratamiento obtenido en la enfermedad pasada. El índice de restauración (IR) que es el porcentaje de dientes obturados del total de caries de una población determinada (o índice CAOD) es del 64% entre adolescentes españoles y del 43% entre sus homónimos inmigrantes. El ejemplo anterior del edentulismo muestra no solo que ese grupo poblacional haya podido tener más enfermedad, sino que, probablemente, no ha tenido el acceso necesario a los servicios de odontología reparadora.

“ *Avanzar en la equidad en salud debe ser el horizonte de los servicios sanitarios.* ”

El informe sobre la “Salud en el Mundo 2008” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) situó la equidad como valor central de la renovación de los servicios de salud. Y, a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008), fijó la salud bucal entre las áreas de alta prioridad. Avanzar en la equidad en salud debe ser el horizonte de los servicios sanitarios. Como decía Paul Erik Petersen: “la equidad es una posición moral”•

 HENRY SCHEIN®



Únase a nosotros
celebrando nuestro 25 Aniversario en

EXPO  ENTAL

del 10 al 12 de Marzo

Pabellón 3, Stands 3D01, 3D02 y 3D02B

Madrid 900 10 22 22

Barcelona 900 10 44 44

www.henryschein.es



Síguenos en



CON SUS MUTUALISTAS Y LA PRESENCIA DE ANA PASTOR

A.M.A. celebra su 50 aniversario

A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, celebró su 50 aniversario con sus asegurados, en un acto que se celebró el pasado 2 de diciembre, con la presencia de importantes personalidades del ámbito sanitario, y de la Ministra de Fomento, Ana Pastor, médico e Insignia de Oro y Brillantes de la Mutua desde 2007.

El discurso de Diego Murillo, presidente de la Mutua de los profesionales sanitarios, se centró en el agradecimiento a los miles de mutualistas que han depositado su confianza en AMA en estos 50 años de trayectoria. Además, mencionó el carácter profesional de la mutua, un colectivo por y para los sanitarios. “Queríamos una Mutua para Profesionales Sanitarios hecha por nosotros mismos, con una nueva forma de ejercicio de la actividad aseguradora adaptada al ámbito sa-

nitario, especializada y, sobre todo, muy próxima y personal”.

El doctor Murillo agradeció la confianza demostrada a los presidentes de los Colegios Profesionales y Consejos Generales de toda España, y a todos los mutualistas de la compañía, así como el trabajo y el esfuerzo de todos los consejeros y empleados.

El evento contó con las palabras del padre Ángel, presidente de la Fundación Mensajeros de la Paz, organización que hace unas semanas recibió de A.M.A. un donativo de un millón de euros para ayuda humanitaria a refugiados. El padre Ángel, expresó su agradecimiento y puntualizó que “este edificio y su empresa se han convertido en un ángel que brinda afecto y ayuda a quienes más lo necesitan, algo que quiero agradecer a todos los mutualistas que forman A.M.A.”.



“ *Muchos dirán que A.M.A. ha sido un milagro. No hay milagros; lo que hay es sobre todo talento y trabajo.* ”



Clausura del acto

La clausura del acto corrió a cargo de Ana Pastor, Ministra de Fomento en funciones, médico, Insignia de Oro y Brillantes de la Mutua desde 2007. Pastor destacó que “medio siglo después, A.M.A. se ha convertido por méritos propios en una de las mutuas más sólidas de toda Europa. Durante su intervención añadió que “muchos dirán que A.M.A. ha sido un milagro, y no es verdad. No hay milagros; lo que hay es sobre todo talento y trabajo”.

El acto contó con la presencia de importantes personalidades del ámbito de la política y la economía, y los presidentes de los Consejos Generales de Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios y Odontólogos, respectivamente Juan José Rodríguez Sendín, Jesús Aguilar Santamaría, Juan José Badiola y Óscar Castro Reino, así como Joaquín Poch, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía •



Imágenes cedidas por
Redacción Médica

[NUEVA JUNTA DE GOBIERNO]

Elecciones en el Colegio de la Iª Región



Con una participación cercana al 10% de los electores se celebraron elecciones a Junta de Gobierno del Colegio de la Iª Región.

La candidatura encabezada por Antonio Montero se impuso en votos emitidos a la encabezada por Felipe Sáez. La baja participación de colegiados ha dado lugar a diversas opiniones sobre sus motivos, lo cierto es que sean los que fueren no es una buena noti-

cia para quienes apuestan por un colegio participativo y democrático, que se han quedado en minoría frente a tan desmedida abstención.

Sin duda el primer reto del nuevo presidente será atraer el interés de los colegiados por su institución.

Desde estas páginas felicitamos a la nueva Junta de Gobierno y les deseamos los mayores éxitos en su gestión •

[EN DUBLÍN]

60ª Reunión del “International College of Dentist”

El pasado mes de octubre se celebró en Dublín la 60ª Reunión del “International College of Dentists”, con la participación de 360 delegados

de todo el mundo. En la foto, parte de la representación española presidida por el Regent para España, el Dr. Santiago Jané.



El “International College of Dentists” empezó su andadura en 1920, siendo la organización dental más antigua y la más numerosa del mundo, con más de 12000 miembros repartidos en 122 países.

Los miembros del College acceden al mismo por invitación y ésta se cursa al profesional candidato en reconocimiento a sus valores personales, por su excepcional dedicación al continuo progreso y mejora de la profesión.

El College se dedica principalmente a financiar programas de odontología solidaria en todo el mundo a través de la Philip Dear Fund, cuyos fondos provienen de las cuotas anuales de sus miembros y de donaciones de las casas comerciales •

[EN LA SEDE DEL COEM]

5º Congreso Bienal SOCE 2015

El 5º Congreso Bienal SOCE 2015, (Sociedad Española de Odontología Computarizada) se celebró durante los días 20 y 21 de noviembre, en la sede del Colegio de Dentistas de Madrid, con la asistencia de numerosos profesionales. El evento contó con el patrocinio de importantes casas comerciales •



SOCE
Sociedad Española de Odontología Computarizada

Premium ^{3°} Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



30 junio 2016, taller pre-congresual:
Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas
Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

Viernes 01 de julio

Moderador Maximino González-Jaranay Ruiz

- 09:30 **Eusebio Torres Carranza**
Relación implantes-prótesis en caso de déficit del tejido óseo
- 10:00 **Joan Faus López**
Implantología estética con Prama: aspectos quirúrgicos y protésicos en el sector anterosuperior
- 10:30 **Alfredo Machín Muñiz**
Manejo de los tejidos blandos en implantología
- 11:00 **José Carlos Moreno Vázquez**
Crecimiento sostenible en implantología

12:00 Bienvenida: **Sandro Martina, Miguel Peñarrocha Diago, Ugo Covani**

Moderador João Caramês

- 12:10 **Fabio Vignoletti**
Biología y clínica de los sistemas Sweden & Martina tras 5 años de investigación
- 13:00 **Alberto Sicilia Felechosa**
Estética predecible y mínima invasividad. Preservación y reconstrucción alveolar en el sector anterior
- 13:40 **Juan Carlos De Vicente Rodríguez**
Cirugía del seno maxilar en implantología

Moderador Santiago Llorente Pendás

- 15:30 **Enrico Gherlone**
Utilización de un implante nuevo con conexión conométrica en las rehabilitaciones protésicas realizadas tanto con técnicas tradicionales como sobre implantes angulados
- 16:15 **Ugo Covani**
El área del peri-implante: consideraciones biológicas y clínicas

Moderador Eugenio Velasco Ortega

- 17:30 **Salvador Albalat Estela**
Aplicaciones en implantología del escáner intraoral, de la cirugía a la prótesis
- 18:15 **Giuseppe Vignato**
La gestión del ansia y del dolor en el paciente: técnicas conductuales y farmacológicas
- 18:45 **Gioacchino Cannizzaro, Vittorio Ferri**
"Fixed-on-two", implantes súper-cortos, carga inmediata y restauración final en un día, cirugía sin colgajo... Rotura del dogma como horizonte desafiador y visiones clínicas reales
- 21:30 Cena de Gala

Sábado 02 de julio

La técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes

Moderador Julio Galván Guerrero

- 09:30 **Ignazio Loi**
Desde la técnica B.O.P.T. hasta el implante Prama: la historia
- 10:30 **Rubén Agustín Panadero**
Piensa, planifica y ejecuta en vertical
- 11:00 **Guillermo Pradies Ramiro**
Preguntas y respuestas: ¿Es indiferente la longitud y el tipo de conexión de las coronas que colocamos? ¿Podemos realizar restauraciones CEREC con Sweden & Martina? ¿B.O.P.T., Premium o Prama?

Moderador Nacho Rodríguez Ruiz

- 12:00 **Xavier Rodríguez Ciurana, Xavier Vela Nebot**
The conical evolution/revolution
- 13:00 **Marco Csonka**
Ventajas clínicas de los implantes Prama: implantes angulados, All-on-Prama, post-extracción inmediatos y alternativa a las ROG vestibulares
- 13:30 **Berta García Mira**
Cirugía guiada en implantología bucal. Estado actual
- 14:00 **Guillermo Cabanes Gumbau**
Prama y B.O.P.T.: una pareja cuanto menos interesante

[EN IFEMA DEL 10 AL 12 DE MARZO]

Expodental batirá records en su XIV edición

La XIV Edición de EXPODENTAL, Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, que organiza IFEMA en colaboración con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria –FENIN- entre los días 10 al 12 de marzo de 2016, se perfila como la mayor y más completa convocatoria sectorial de cuantas se han celebrado hasta la fecha.

La convocatoria ha tenido una excelente acogida entre las compañías del sector dental que, en un número cercano a las 300 empresas, ofrecerán a todos los visitantes profesionales la más amplia



“*Las magnitudes de esta edición sitúan a Expodental como la segunda feria más importante del calendario europeo.*”

oferta de productos, innovaciones tecnológicas y foros de debate de la industria. Las magnitudes de esta edición sitúan a EXPODENTAL como la segunda feria más importante del calendario europeo. Las empresas expositoras ocuparán, por primera vez, 3 pabellones -3, 5 y 7- del recinto de IFEMA.

Portugal será en esta ocasión el país invitado. La proximidad de ambos mercados, la oportunidad de las fechas de celebración de EXPODENTAL en años pares, así como las condiciones especiales que ofrece IFEMA a través de la figura de País Invitado para facilitar la visita al Salón, respaldan esta iniciativa orientada a potenciar la convocatoria de profesionales del país vecino.

EXPODENTAL 2016 reunirá una completa oferta de productos y no-



“ *Cabe destacar la incorporación de 54 nuevas empresas y la importante presencia de firmas extranjeras, lo que confirma la creciente implantación internacional de esta feria.* ”

vedades en torno a los sectores de equipamiento y mobiliario; consumo e instrumental; implantología; ortodoncia; servicios dirigidos a clínicas, e informática, convirtiéndose, una vez más, en el escaparate por excelencia del sector y el punto de encuentro clave de profesionales y compañías de equipos y productos dentales.

Cabe destacar, como gran novedad, la incorporación del área de Formación, que concentrará toda la oferta del sector dental, en relación a las etapas académicas de postgrado y especialidades y formación continuada de las empresas, que ofrecerá un contexto de información de gran interés para todos los profesionales. Como en anteriores ocasiones, se celebrará el Día del Estudiante, en esta ocasión, el jueves 10 de marzo.

Además, y como ya es habitual, de forma paralela a la exhibición comercial, se desarrollará en el Speakers' Corner, un programa de presentaciones que abordará los últimos tratamientos y avances tecnológicos de una industria en permanente desarrollo.

En la edición de 2016 cabe destacar, asimismo, la incorporación de 54 nuevas empresas a este gran evento del sector, así como la importante presencia de firmas extranjeras procedentes, además de España, de Alemania, China, Corea, Dinamarca, Francia, Italia, Malasia, México, Países Bajos, Polonia, Portugal, Suecia y Suiza, lo que confirma la creciente implantación internacional de esta feria en la agenda de todos los profesionales del sector •

EXPO DENTAL



[LA CNMC SE PRONUNCIA]

Dura sanción de Competencia al Consejo General de Dentistas

La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) se ha pronunciado de forma enérgica y ha sancionado al Consejo General de Colegios de Dentistas (CGCD) con una multa de 234.738 euros. El organismo regulador ha considerado que la actuación del órgano colegial dejó mucho que desear ya que estableció prácticas para impedir “que los pacientes escogieran libremente su propio protésico dental”. Con esta resolución la CNMC da la razón al Consejo General de Protésicos de España que había denunciado dichas prácticas.

En concreto, la CNMC se refiere a hechos como que en las reuniones del CGOE hubiera habitualmente un punto del orden del día sobre las relaciones con los protésicos, titulado “Intrusismo”. Asimismo, denuncia la campaña de publicidad realizada en 2009 bajo el nombre de ‘Un protésico no es un dentista’, y señala el acoso mediático hacia el colectivo y el tono intimidato-

rio que llegó a incluir advertencias como “sepan que podemos atacar”.

Precios pactados

La CNMC también critica que el órgano colegial influyera en los dentistas para que pactaran sus precios. El Consejo elaboró una “encuesta de honorarios orientativos”, cuya difusión fue prohibida pero “difundida, por diversos medios, por el Consejo General de Odontólogos entre los dentistas colegiados en el año 2011”. El organismo regulador es contundente: “Esta actuación del Consejo General constituye una recomendación de precios orientativos prohibida por la normativa de competencia”.

La resolución también critica las actuaciones del Consejo General encaminadas a que “sean los odontólogos quienes elijan al protésico dental y no los pacientes”. En este sentido, señala que quien otorga la confianza a estos profesionales es la autoridad que le ha otorgado

el título y no los propios dentistas. En este punto, la CNMC también es clara: “Negar o entorpecer a los pacientes esta libertad de elección de protésico constituye una limitación a la libre competencia, ya que coloca a unos protésicos en situación de desventaja frente a otros”.

Esta decisión no admite recurso en vía administrativa, pero sí se puede interponer un recurso contencioso-administrativo en la Audiencia Nacional en el plazo de dos meses.

El Consejo General de Dentistas ha reaccionado emitiendo un comunicado en el que muestra su intención de recurrir la decisión a la Audiencia Nacional •



[CON LA ASISTENCIA DE MÁS DE 400 PROFESIONALES]

XIII Simposium de AEDE



La Asociación Española de Endodoncia (AEDE) celebró entre los días 29 y 30 de enero su XIII Simposium Nacional. AEDE organiza este encuentro cada dos años con un formato de ponencias breves que versan sobre todos los aspectos del tratamiento endodóntico, desde el diagnóstico hasta la obturación. La asistencia ha sido muy destacada, ya que 440 profesionales se han dado cita en esta edición, lo que consolida este encuentro como una de las propuestas formativas de mayor atractivo para los profesionales

que buscan actualizar sus conocimientos en el ámbito endodóntico. El evento tuvo lugar en el Complejo Duques de Pastrana de Madrid y, en esta ocasión, la Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dento-facial (SEDO) fue invitada a participar para ofrecer su enfoque acerca de problemas en los que especialistas de ambos campos pueden ayudarse mutuamente. También hay que destacar la presencia de dos ponentes pertenecientes a la Sociedad Portuguesa de Endodoncia •



A.M.A. COMPAÑÍA
LÍDER EN SEGUROS DE
COCHE POR CALIDAD
PERCIBIDA, FIDELIDAD Y
PRESCRIPCIÓN

Fuente: Informe anual ISSCE
(dic 2014)

Hasta un

60% ^{*}
bonificación

en su seguro de Automóvil

- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en



A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@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

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

[IMPULSADO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE LA CIUDAD]

Valladolid acoge el primer Instituto de Mediación



La Cámara de Comercio de la ciudad castellano-leonesa ha impulsado la creación del primer Instituto de Mediación que, con el apoyo de 26 colegios profesionales, del Ayuntamiento local, la Diputación Provincial, la Universidad de Valladolid y la Universidad Europea Miguel de Cervantes, nace con la vocación de convertirse en una plataforma que pretende impulsar la resolución de conflictos sin recurrir a la vía judicial o arbitral.

Carlos Villar, presidente de la Cámara de Comercio, destacó en la presentación del nuevo organismo que se trata de una propuesta “integradora y abierta”, cuyo objetivo pasa por impulsar la mediación, herramienta de probada eficacia en la resolución de conflictos. “Se trata de un sistema adecuado para prevenir, gestionar, obtener y mantener la paz en todos los ámbitos: empresarial, social, familiar, escolar...”

En la presentación de este nuevo organismo también estuvieron presentes Óscar Puente, Alcalde de Valladolid, y Jesús Julio Carnero, Presidente de la Diputación, quienes manifestaron el apoyo de las

“ *La normativa europea sitúa a la mediación como el mejor mecanismo de acceso a la justicia, resaltando que se trata de un procedimiento alternativo a la vía judicial y arbitral.* ”

principales administraciones públicas vallisoletanas.

Villar realizó una lectura de una declaración fundacional, en la que se establece el compromiso de todos los colegios de poner a disposición del nuevo instituto los respectivos servicios de mediación y divulgar las ventajas y virtudes de la mediación.

En este manifiesto también se hizo referencia a la normativa europea, que sitúa a la mediación como

el mejor mecanismo de acceso a la justicia, resaltando que se trata de un procedimiento alternativo a la vía judicial y arbitral, con “capacidad para dar soluciones, prácticas, efectivas y rentables a determinados conflictos que se producen entre las personas”. Este apoyo se puede prestar siempre y cuando los conflictos tengan que ver con las áreas a las que se dedican los 26 colegios profesionales y la Cámara de Comercio.

Los servicios prestados conllevarán unas tarifas mínimas de administración, aparte del coste de los propios profesionales mediadores que intervengan en cada caso.

Óscar Puente, Alcalde de Valladolid, se mostró convencido del éxito de este Instituto de Mediación, gracias al mayoritario respaldo de los colegios profesionales, y se mostró convencido de que la mediación, que es una figura al alza, alcance en España la importancia que tiene en otros países europeos •



Elige
CALIDAD,



Elige
SONREÍR



24 horas

LEDUR

336478589009

008373645



+



=



La resina Duramite es la solución para las sobredentaduras tipo Locator



- Zirconio
- Carillas
- Disilicato de litio
- ALTA CALIDAD
- ALTA ESTÉTICA



Especialistas en todo tipo de prótesis sobre implantes

Pioneros en CAD CAM e impresoras 3D

INFÓRMESE

91 173 15 18 / 91 172 68 06 / info@ledur24h.com / www.ledur24h.com

Laboratorio de estética dental urgente

[EN VALENCIA]

Presentación de la Fundación Paquita Fernández Lozano

El jueves 28 de enero se presentó oficialmente la Fundación Paquita Fernández Lozano. Al acto acudieron el Presidente del Colegio de Protésicos (D. José Vicente Mauri-Vera), la Vicepresidenta del Colegio de Trabajadores Sociales (D^a Francisca Ruiz) y representantes del Colegio de Higienistas Dentales, todos ellos de la ciudad de Valencia. También acudieron en representación de la Rectoría de la Universidad de Valencia, el Presidente de la Fundación Lluís Alcanyís, el Dr. José Manuel Almerich, y el representante de la Consellería de Sanitat, el Sr. Óscar Zurriaga Llorens, Director General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad.

El Dr. Antonio Flichy, quien preside actualmente dicha Fundación, explicó que ésta tiene como finalidad colocar 2 implantes en mandíbula con una prótesis sobre los mismos, siendo la mandíbula la prótesis que más movilidad tiene y más problemas da de estabilidad, pudiendo esto dar lugar a problemas de malnutrición a los pacientes.

Dicha situación fue la que padeció la abuela del Dr. Antonio Flichy, quien junto al Dr. Miguel Peñarrocha realizó el trabajo de colocación de unos implantes y prótesis en mandíbula para poder restaurar la función masticatoria. A los pocos meses, y por cuestiones de salud, Paquita Fernández falleció, y a raíz de aquí surgió la idea de que hay mucha más gente en nuestra sociedad, vecinos, abuelos, ancianos de nuestro día a día que nos cruzamos por la calle, que padecen esta misma situación, que necesitan este tratamiento que no está cubierto por la Seguridad Social.

La Fundación y sus objetivos

La Fundación ha agrupado a diferentes clínicas y doctores implicados en este tema, ubicados en diferentes ciudades de España: Valencia, Castellón, Madrid, Barcelo-



“ *La Fundación tiene como finalidad colocar 2 implantes en mandíbula con una prótesis, siendo la mandíbula la prótesis que más problemas da de estabilidad, pudiendo dar lugar a malnutrición.* ”

na, Tarragona, Sevilla y Granada. Los pacientes no son seleccionados en las clínicas, sino por los trabajadores sociales de diferentes hospitales colaboradores que estudian el caso y, si cumplen los requisitos para ser incluidos, son remitidos al trabajador social de la Fundación, el señor Lucas Puig, y posteriormente a la clínica colaboradora.

Esta Fundación iniciará su actividad en Valencia para, poco a poco, ir ampliando sus actividades en el resto de ciudades nombradas en función de los propios recursos. Todos los cirujanos implicados son personas vinculadas al ámbito uni-

versitario, profesores en su mayoría, con alto nivel de formación, con un mínimo de 2 años de experiencia, ya que con este requisito se busca la excelencia asistencial al paciente.

Dicha Fundación cuenta con la colaboración de diversas empresas que han hecho posible seguir avanzando: Dental Monrabal donó el aparato de rayos X para poder obtener el capital social de la Fundación y poder constituirla, MozoGrau aporta los implantes y aditamentos de prótesis de los pacientes, Sunstar destina un porcentaje de sus beneficios en cepillos dentales, así como el material de hueso artificial necesario y kits de cepillo y enjuagues para los pacientes, Sanhigia ofrece los kits de cirugía, Don Lorenzo Valero contribuyó con la firma necesaria de las escrituras junto a Domingo Aranda, laboratorios dentales Dinnbier Dental y Silicom Dental, web y dominios por parte de CSnet, Melania Bentué periodista que se encarga de la comunicación y difusión, etc... ●



Entrega en
24 horas
Garantizado

OsteoBiol[®]
by Tecnos

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

OFERTAS VÁLIDAS PARA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2015

Mp3 Granulado mix prehidratado

Prehidratado y listo para su uso

► Los gránulos redondeados **evitan daños a la membrana sinusal.**

► 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 ⁽²⁻⁴⁾ y preservación de la cresta. ⁽⁵⁾

4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011

5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008

**3 Jeringas
Mp3 1 c.c.
+ REGALO 2 viales
APATOS 0,5 gr**



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



REGALO APATOS
VALORADO EN 122 €

Evolution 100% pericardio

Máxima adaptabilidad al tejido óseo

► Completamente reabsorbible.

► La mejor interfaz membrana / hueso y membrana / periostio.

► Fácil y segura a la hora de suturar.

► Estabilidad y protección prolongada.

► Máxima adaptabilidad al tejido óseo y a los tejidos blandos.

► Elevada consistencia y extraordinaria resistencia.

**2 EVOLUTION
fina o std 20x20 o 30x30
+ REGALO 1 caja
Sutura SERALON
DS15 4/0 ó 5/0**



EVOLUTION FINA 20X20MM
REF. EV02LLE 109€
EVOLUTION FINA 30X30MM
REF. EV03LLE 126€
EVOLUTION STD 20X20MM
REF. EM02HS 109€
EVOLUTION STD 30X30MM
REF. EM03HS 126€


Osteogenos
Dental Surgical Devices

IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

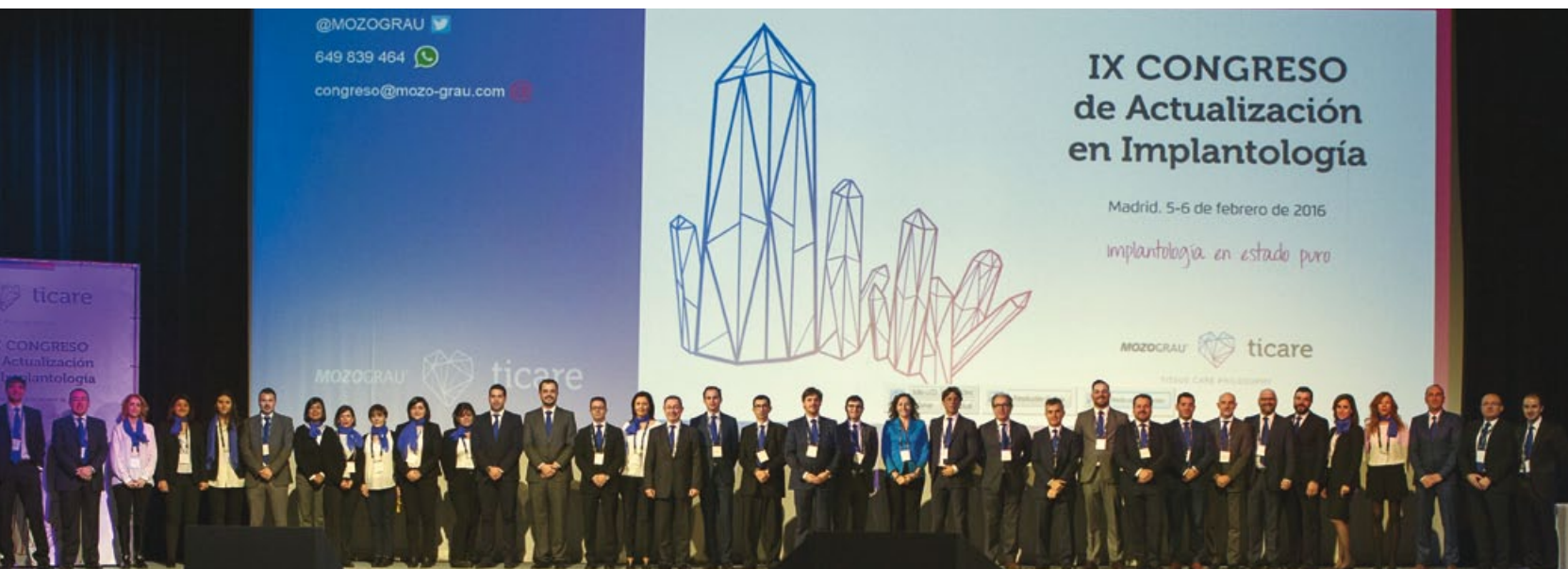
Tel. 902 01 34 33 - 914 13 37 14 | Fax. 91 652 83 80

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

OFERTAS VÁLIDAS PARA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 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. Osteogenos 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.

Una gran reunión de profesionales que marca una nueva era en MozoGrau - Ticare



La IX Edición del Congreso de Actualización en Implantología de MozoGrau se celebró, una vez más, en las instalaciones de Ifema los pasados días 5 y 6 de febrero, con la asistencia de más de 2.000 profesionales.

Desde 1998, año en el que celebró sus primeras Jornadas de Actualización en Implantología, MozoGrau va incrementando, cita tras cita, el nivel de este evento hasta llegar a su IX edición, convertido ya este prestigioso evento en Congreso. Además, esta edición ha coincidido con la celebración del XX Aniversario de la compañía, y la presentación de la nueva marca, Ticare.

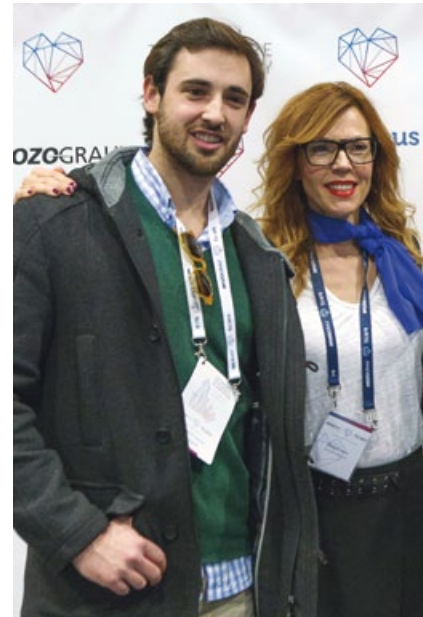




“ *Esta edición ha coincidido con la celebración del XX aniversario de la compañía y la presentación de la nueva marca, Ticare.* ”

El programa científico ha sido de gran nivel, tanto en sus ponentes, como en el contenido de sus intervenciones. Se dividió en cuatro bloques –Periodoncia y Periimplantitis; Maxilar atrófico; Carga Inmediata y Preservación alveolar– y contó con un cartel de ponentes nacionales e internacionales de reconocido prestigio: Dr. Marco Esposito (Italia); Dr. Juan Blanco Carrión; Dr. Miguel Peñarrocha

Diago; Dr. Andrea Mombelli (Suiza); Dr. Conrado Aparicio (USA); Dr. Arturo Sánchez Pérez; Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez, Dr. Daniele Botticelli (Italia), y un largo etc. Paralelamente, se celebraron cursos teórico-prácticos, se efectuó la presentación de los proyectos de investigación de MozoGrau y los cursos para técnicos de laboratorio y personal auxiliar •





[FESTIVIDAD DE LA PATRONA]

Celebraciones de Santa Apolonia

**Colegio de Burgos,
Palencia, Soria, Valladolid,
Zamora (CODE)**

El pasado sábado día 6 de febrero tuvieron lugar los actos de celebración de Santa Apolonia en el CODE, que constaron de una visita a la catedral de Palencia y una excelente comida en el Restaurante Chapo.

Durante el transcurso de la misma, el Dr. Argüello, Presidente de la Junta de Palencia, entregó un Diploma a Jaime Aragón Illera, tras 35 años de colegiación, y la Insignia de plata a Jesús Ramón Pérez Vicario, por sus 25 años de colegiación.



JOSÉ MANUEL CUADRILLERO, NUEVO GERENTE DEL CODE (EN EL CENTRO), ACOMPAÑADO DE LOS PRESIDENTES DE PALENCIA Y DEL COLEGIO REGIONAL.



ASISTENTES DEL COLEGIO DE PALENCIA DELANTE DE LA CATEDRAL





Colegio de Córdoba

Los actos de Santa Apolonia del Colegio de Córdoba coincidieron con la inauguración oficial de la sede, y dentro de los actos preparados para celebrar el día de Santa Apolonia, el salón de actos acogió la conferencia “Una reflexión sobre la necesidad de ahorrar para la jubilación”, por parte de la asesora especialista de Previsión Privada de VidaCaixa, Carmen Conde. Posteriormente, tuvo lugar la entrega de insignias y diplomas a los nuevos colegiados en 2015, la entrega de la Medalla de Oro “Albucasis” al presidente del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, Ángel Rodríguez Brioso, por su dedicación y lucha por la defensa de la profesión, y sobre todo, porque esta trayectoria viene acompañada de una innegable valía humana y profesional.



ÁNGEL RODRÍGUEZ BRIOSO, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE CÁDIZ

Odontólogos de Catalunya

El día 9 de febrero, la Cofradía de Santa Apolonia de Catalunya, celebró la festividad de la patrona de la odontología, en el 25 aniversario de su renovación.

El solemne acto tuvo lugar en el Monasterio de Monte Sión, de la ciudad de Esplugues de Llobregat. Se inició con una misa concelebrada por el Cardenal Mons, Lluís Martínez Sistach, el Consiliario Mn. Josep Lluís Fernández, y el que fue decano de la Facultad de Teología, Mn. Gaspar Mora. La eucaristía fue acompañada por el conjunto musical Brevis et Solemnis, que interpretó la partitura inédita de la Misa de Santa Apolonia de Joan Baptista Masdeu, de la población de Pont de la Armentera (Tarragona) y, al final, el canto completo de los Gozos a la Santa.

El Presidente del Colegio, el Dr. Josep M. Ustrell, dirigió unas palabras a los asistentes recordando los inicios de la renovación, en los que tuvo un papel muy importante el Cardenal Narcís Jubany. La Cofradía fue fundada en el año 1534, y siempre tuvo su sede en la Congregación de Hermanas Dominicas de Monte Sión. Durante estos 482 años pasó

por diversas vicisitudes hasta casi desaparecer. Fue en 1964, cuando el dentista e historiador Josep Rahola Sastre publicó un artículo dando a conocer su existencia, y solicitando que se reemprendiera su actividad. En 1989, el Dr. Josep M. Ustrell tomó el relevo e inició los trámites para la renovación, consiguiendo reunir a los dentistas en el acto de constitución el 6 de febrero de 1991.



A continuación de esta intervención se procedió a la investidura como miembros de honor de la Cofradía a la Dra. M. Cristina Manzanares Céspedes, profesora de Anatomía y Embriología Humana, adscrita a la Facultad de Odontología, y al Dr. Josep Antoni Plana Castellví, Vicerrector de la Universidad de Barcelona e impulsor del Hospital Odontológico de Catalunya. Todo ello seguido de un desayuno ofrecido por la comunidad religiosa.

Al mediodía se celebró un acto cultural con la conferencia “La fonda España, obra capital de las artes aplicadas en el Modernismo”, a cargo de la profesora Mireia del Ripoll

Freixa, catedrática de Historia del Arte de la Universidad de Barcelona. Para concluir la festividad los asistentes a este acto se reunieron en una comida de hermandad en el salón conocido por el de la Sirenas, del propio Hotel España.

Estas actividades se han podido llevar a término gracias a la colaboración de la Asociación Empresarial de Clínicas Dentales de Catalunya (A.E.C.A.D), el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya, el depósito dental Proclinic, la compañía Dental de Venda Directa, la empresa de implantes y prótesis Mis Ibérica y Josep María Rué, fotógrafo.





Colegio de Dentistas de Sevilla

El Colegio de Dentistas de Sevilla celebró el pasado 13 de febrero la festividad de Santa Apolonia con una serie de actos que reunió a más de 400 personas.

El presidente de la institución colegial, Luis Cáceres, dirigió los actos celebrados en la sede institucional, que comenzaron con una misa en honor a Santa Apolonia, continuó con unas palabras por parte del Dr. Cáceres para pasar después al acto de bienvenida a los nuevos colegiados, que durante 2015 fueron un total de 100, y finalizó con el homenaje a los colegiados honoríficos de mérito.

En estos actos participaron también el presidente del Colegio de

Médicos de Sevilla, Juan Bautista Alcañiz; la vicedecana de área de Prácticas Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, Antonia Domínguez; la vicepresidenta del Colegio, María Luisa Tarilonte, y la secretaria de la institución colegial, Blanca Loscertales. Tras estos actos, los asistentes se dirigieron hasta la Hacienda el Pino de San José para disfrutar de una comida de confraternidad y un sorteo de regalos.

Asimismo, y como ya es tradición, se celebraron torneos de pádel, tiro al plato y también un campeonato de golf •



Proyecto de odontología solidaria en Yucatán (México)





Román González Arjona, Graduado en Odontología, nos cuenta su experiencia en Yucatán (México), referente a la colaboración realizada en el verano del 2014.

Román realizó sus estudios en Valencia y actualmente está cursando el Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.

Odontólogos de Hoy: *¿Qué te llevó a plantearte una colaboración humanitaria?*

Román González: El hecho de poder ayudar a través lo que sería mi profesión en el futuro, además de conocer otras formas de ejercer la odontología.

ODH: *¿Habiendo tantas ONG's, por qué se decantó por la Fundación Odontología Social?*

RG: Tenía la suerte de conocer a Antonio Castaño, presidente de la Fundación, por lo que me fue muy fácil acceder a toda la información. Además, me habían hablado de ella por otras vías y todo eran elogios; me aconsejaban que si tenía la oportunidad que no la perdiera, por lo que me decanté claramente por esta opción. Por otro lado, sabía que iban a Yucatán, una de las zonas de México más seguras.

ODH: *¿Existe algún perfil al que esté dirigido?*

RG: El perfil se corresponde con el de estudiantes del último curso de odontología o recién graduados principalmente, pero creo que cualquiera que quisiese colaborar podría hacerlo.

ODH: *¿De dónde proceden estos voluntarios? ¿Son todos españoles?*

RG: Principalmente de las universidades españolas, aunque también de otras nacionalidades, italianos sobre todo, ya que son muchos los de esta nacionalidad que estudian en nuestro país.

ODH: *¿Qué piensa de los cooperantes mexicanos?*

RG: Fueron todos muy agradables y acogedores, no sólo en el trabajo, sino también en nuestros ratos libres los fines de semana.

ODH: *¿Por qué es un servicio necesario?*

RG: En mi opinión, colaborar con una ONG para prestar un servicio odontológico en zonas donde el odontólogo más cercano puede estar a cientos de kilómetros de distancia, ayudar en la prevención y educar a una población con medios escasos es necesario para mejorar la calidad de vida y la salud oral de las personas. Como dice el lema de la Fundación Odontología Social (FOS): “Ayudar aprendiendo, aprender ayudando”, da igual que sea aquí o en otro país.

ODH: *¿Qué tipo de tratamientos se realizan durante estas campañas?*

RG: Principalmente odontología general y preventiva. Los tratamientos que más se realizan son obturaciones y exodoncias. En el caso de las endodoncias, debido a que se trata de unidades móviles, se derivan a la universidad; en cambio, sí se realizan pulpotomías a los niños.

ODH: *¿Quiénes formabais el equipo de trabajo?*

RG: Los pertenecientes a la ONG, los estudiantes de universidades de Yucatán (que tienen que realizar un servicio como éste de forma obligatoria durante 6 meses para recibir el título), y los contratados por el Estado (que aporta los equipos con los que se trabaja).



ODH: *¿Qué te sorprendió de Yucatán (México)?*

RG: En primer lugar el clima. Nada más salir del aeropuerto, choca entrar en una zona tan húmeda y cálida: eran las 12 de la noche y parecía que acababa de entrar en una sauna.

También el primer pueblo donde trabajamos, pues acostumbrados a un gabinete con todo ordenado y guardado en los cajones, es un reto adaptarse al trabajo en un medio distinto al de la clínica convencional.

ODH: *¿Qué lugar le gustó más de México?*

RG: El trayecto hacia los cenotes fue impactante, lo hicimos en un trencito tirado por un caballo durante 20 minutos. Era un paisaje impresio-

nante, todo rodeado de selva. También nos impresionó el arrecife al que fuimos a hacer snorkel, el último día.

ODH: *¿Estaría dispuesto a vivir una larga temporada en Yucatán?*

RG: Me gustó tanto la zona que los últimos días de mi estancia, llegué incluso a informarme para realizar allí el Máster. Fue una experiencia tan gratificante que me planteé seguir allí mis estudios, pero las circunstancias no me lo permitieron.

ODH: *¿Piensas volver a Yucatán en un futuro? ¿Cuándo?*

RG: Mi intención es repetir la experiencia algún año con la FOS, si es posible en Yucatán, aunque no me importaría ir a otro país.

ODH: *¿Con qué se queda de la experiencia?*

RG: Aparte de la gente, el conocer otro país y otra cultura, a nivel odontológico me quedaría con la habilidad y seguridad que adquieres. En poco tiempo (unos 17 días) el aprendizaje es intenso, ya que, entre todos, cada día podíamos llegar perfectamente a atender a unas doscientas personas, y durante la jornada sólo teníamos un descanso. Así acabamos ganando una confianza, destreza y experiencia que no se adquieren cuando se trabaja en la universidad. Me enriqueció tanto poder participar que, ya en España, he seguido interviniendo en otros proyectos.



Esto es todo lo que debes hacer para montar tu clínica



antón^{S.L.}
suministros
dentales

**Sencillamente
TODO
lo que necesitas**



Tu idea,
tu proyecto



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.



Todo listo:
¡A trabajar!

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es

[NIKOL PEEVA ALEXÁNDROVA]

“Mi experiencia como voluntaria”

“Desde pequeña siempre me atrajo la idea de participar en trabajos humanitarios y al fin tuve la oportunidad de ser partícipe de un proyecto de tal índole cuando el pasado verano de 2015, como regalo de fin de carrera, viajé a México para ser cooperante de la Fundación de Odontología Social Luis Séiquer. Para mí es de las mejores experiencias que he vivido, ya que fue sumamente enriquecedora en todos los aspectos.

El proyecto consistía en unas jornadas de voluntariado comunitario dedicadas a los habitantes de diversas poblaciones del estado mexicano de Yucatán, para ofrecerles asistencia odontológica, en ocasiones la primera en su vida, y educarles para el bienestar de su salud bucal.

El equipo que conformábamos era íntegramente personal sanitario, entre ellos, cirujanos dentistas del Servicio de Salud de Yucatán y otras instituciones, estudiantes pasantes de varias universidades de México, es decir, realizando prácticas durante un año para obtener su título de cirujanos dentistas, algunos enfermeros y auxiliares, y los siete cooperantes de la Fundación Odontología Social Luis Séiquer, la mayoría alumnos de quinto, o bien, recién graduados como en mi caso. Disponíamos de tres unidades móviles, con dos sillo-



nes odontológicos cada una, y tres motores móviles, además de los aparatos de ultrasonidos, que se instalaban en habitaciones de ayuntamientos o parecidos, y donde trabajábamos de pie o agachados con los pacientes sentados en sillas. Todo el equipo nos desplazábamos a diario desde Mérida hasta la comunidad a la que debíamos llegar, lo cual supuso que todos los días debíamos levantarnos muy temprano y viajar, para comenzar la jornada a las nueve de la ma-

ñana, atendiendo por día una media de 200 pacientes por comunidad. A cada paciente se le proporcionaba un cepillo de dientes e instrucciones de higiene oral, después se le hacía un diagnóstico oral general y, a continuación, se le realizaba por regla general tartrectomías y el tratamiento que más le urgía.

El trabajo era duro, adoptando posturas de trabajo de lo menos ergonómicas, sufriendo gran calor y a un ritmo muy acelerado para poder cubrir la gran demanda que había, sin embargo, mereció verdaderamente la pena y sin pensarlo ni un segundo volvería a repetirlo. El ambiente de trabajo era excepcional, había mucho compañerismo y todos aprendíamos de todos, teníamos muchas ganas de trabajar y poder ayudar a pacientes que verdaderamente veías que lo necesitaban y no tenían medios para tratarse, lo cual te hacía ver la importancia de tu trabajo. En cada uno de los pueblos a los que acudíamos, los alcaldes y habitantes nos daban una agradable bienvenida, nos agradecían nuestra estancia ahí y nos invitaban a desayunar típicos platos, como los panuchos o a refrescarnos con algo parecido a los helados, llamados paletas, en algún pequeño descanso que nos permitíamos. Podías apreciar la ca-



visitenos en
Stand
3D10
Fabebrin
3
Expodental

HIGIENE BUCAL AMPLIA VERSATILIDAD

Ultrasonido multifuncional para higienistas y dentistas
Desde la escarificación hasta la endodoncia gracias a su extensa gama de puntas

Varios 970 iPiezo engine®



NSK

CREATE IT.

NSK Dental Spain SA
www.nsk-spain.es

“ *Todo sanitario debería experimentar la vivencia de trabajar en un proyecto humanitario.* ”

lidez y amabilidad de los yucatecos y la gratitud que te dedicaban. Además, no todo era trabajo, también tuvimos tiempo de conocer lugares asombrosos como las ruinas mayas de Chichen Itza y Uxmal, visitar cenotes y manglares y disfrutar un poco de las playas caribeñas de Cancún y la isla de Cozumel.

En definitiva, la perfecta forma de viajar, enriquecerse culturalmente, hacer nuevas amistades y aprender a convivir y, sobre todo, aprender a nivel profesional y personal viviendo una experiencia única.

A día de hoy, continúo mis estudios en Sevilla, realizando un más-

ter enfocado a la Odontología Familiar y Comunitaria, donde trato a pacientes en riesgo de exclusión social. A diferencia de campañas de un corto periodo de duración, como la que realicé en México, en la Fundación donde trabajo, le proporcionamos al paciente un plan de tratamiento íntegro, tanto a adultos como a niños, desde el saneamiento oral (educación preventiva, profilaxis, tratamiento periodontal, terapéutica dental, cirugía y exodoncias) hasta una rehabilitación protésica (fija y removible). De este modo, a personas totalmente desfavorecidas, muchos de ellos deprimidos, en ocasiones sin trabajo e incluso sin techo y que no tienen ninguna posibilidad de acceder a una asistencia odontológica, se les proporciona esta ayuda, y a muchos de ellos esa ayuda no solo les ofrece salud oral, también les permite sentirse mejor y luchar contra su depresión, o bien, poder

conseguir al fin un trabajo que les permita recuperarse.

El tratar a estos pacientes me está enseñando a solucionar casos clínicos muy deteriorados y bastante difíciles, también a saber tratarlos mejor desde el punto de vista psicológico y me ayuda a conocer de primera mano la realidad social que existe en España, y solidarizarme más con ella, valorando mucho más los privilegios de los que dispongo yo y muchas otras personas no. Como sanitaria, mi trabajo en la Fundación Odontología Social me hace sentirme realizada y feliz de poder aportarles a estas personas una ayuda que puedo prestar.

Pienso que todo sanitario y persona debería experimentar la vivencia de trabajar en un proyecto humanitario, para solidarizarnos más con nuestros pacientes y las personas, aprendiendo valores de nuestra profesión que quizás olvidamos o perdemos en nuestra rutina” ●



Actualiza la comunicación con tus pacientes



Tu agencia de diseño y publicidad

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

Oklok

¡Síguenos!



La Fundación A.M.A. convoca la XVI Edición de sus Premios



La Fundación A.M.A. ha convocado la XVI edición de sus Premios Científicos, a los que pueden presentarse hasta el próximo 30 de septiembre trabajos inéditos de investigación científica sobre “Comunicación y Salud”. Se concede un premio de 20.000 euros al mejor estudio, y un accésit de 10.000 euros al segundo.

El autor de la investigación, para poder participar, debe ser profesional sanitario y mutualista de A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, y el estudio debe ser inédito.

El tema de investigación de esta convocatoria, “Comunicación y Salud”, se plantea de forma amplia y multidisciplinar. Pueden presentarse estudios sobre diversos temas: Salud y medios de comunicación, comunicaciones de las Administraciones Públicas a los profesionales sanitarios, el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria, con sus riesgos derivados de autodiagnóstico y automedicación, los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y documentación

clínica, y sobre las oportunidades y riesgos que para el ámbito sanitario supone el auge de internet.

Jurado y Bases

El Jurado de Los Premios Científicos se nombrará próximamente, aunque su composición solo se dará a conocer el día de la concesión del premio. Al frente del mismo estará el presidente de la Fundación, el doctor Diego Murillo, y el resto de miembros serán personalidades de las Reales Academias y Consejos de los Colegios Médicos de Medicina, Farmacia y Veterinaria, así como académicos, colegiales y profesionales de los principales Colegios Profesionales sanitarios españoles.

Las bases íntegras de participación están disponibles en el espacio de la Fundación A.M.A. en www.amaseguros.com. Los originales deberán entregarse por quintuplicado y remitidos a la secretaria de la Fundación antes del 30 de septiembre de 2016 •

[OSTEÓGENOS]

Nuevos productos de ácido hialurónico

Osteógenos incorpora a su catálogo dos nuevos productos de ácido hialurónico: AcHyal para la cicatrización de tejidos, y Apriline para estética facial.

El ácido hialurónico es un material revolucionario en el mundo de la odontología, debido a que si es inyectado intraarticularmente puede facilitar el proceso de cicatrización de las heridas, reparación y regeneración tisular de las encías y mucosa bucal.

La gama de ácido hialurónico Apriline es utilizada en estética para el aumento del volumen de los labios y relleno de arrugas faciales, además cuenta con la ventaja de las cánulas de inyección flexibles que recuperan su forma original al extraerlas del tejido •



[EN ESPAÑA]

Henry Schein celebra su 25 aniversario

Henry Schein España, la filial de la empresa estadounidense Henry Schein, Inc. (NASDAQ: HSIC), el mayor proveedor mundial de productos y servicios sanitarios para los profesionales del sector dental, médico y veterinario, celebra su 25 Aniversario. Henry Schein comenzó su actividad en España en 1991 como distribuidor de consumibles en el sector de la salud oral para convertirse, en las dos últimas dé-

cadadas, en un distribuidor que ofrece un servicio integral a los dentistas y laboratorios dentales.

En los últimos años, Henry Schein ha impulsado la evolución tecnológica en la industria dental desarrollando Connect Dental, una solución completa para facilitar el flujo de trabajo digital entre clínica y laboratorio y potenciando, por tanto, las soluciones CAD/CAM y 3D •



[NUEVA ADQUISICIÓN]

Septodont empieza el año con novedades

Septodont anuncia la adquisición de DLA (Planta de fabricación de inyectables de anestesia dental) de Dentsply internacional, localizada en Catanduva, Sao Paulo, Brazil. La adquisición se realiza a través de la filial brasileña TDV. Septodont es, actualmente, el principal fabricante de anestesia dental en el mundo, produciendo más de 500 millones de cartuchos de anestesia dental anualmente.

Esta adquisición es la segunda que Septodont realiza en el mercado brasileño. En 2014, Septodont adquirió TDV con sede en Pomerode, Santa Catarina, Brasil, y con esta inversión se persigue fortalecer la presencia en América latina así como optimizar la producción y servicio de inyectables en cualquier parte del mundo.

BioRoot®

Por otro lado, la compañía presenta la última generación de sellador de conductos radiculares, bioactivo y biocompatible, basado en silicato tricálcico de elevada pureza.

Este novedoso material de relleno, permite realizar una obturación

permanente del canal radicular sin necesidad de la utilización de una técnica térmica de gutta percha o condensación lateral en frío. Gracias a su anclaje físico-mecánico en los túbulos dentinarios, permite una técnica en frío con cono simple para posibles retratamientos del conducto.

BioRoot® proporciona un **óptimo sellado** con alta resistencia a las microfiltraciones. La mineralización de la dentina crea y estimula la formación de hidróxapatita. BioRoot® dispone de **propiedades antimicrobianas** únicas gracias a su elevado pH>11, y la liberación de Hidróxido de Calcio, previniendo la proliferación bacteriana. Gracias a su **Bioactividad** estimula la regeneración ósea y la curación periapical.

BioRoot® se presenta en polvo y líquido, con un tiempo de trabajo de más de 10 minutos, y un tiempo de fraguado menor a 4 horas. Gracias a su radiopacidad de 5mm Al, proporciona un óptimo seguimiento radiográfico •



[ROLANDO PENICHE MARCÍN]

“La conciencia social es un valor fundamental en la formación de un profesional de la salud”

En esta edición de “Odontólogos de Hoy” hemos tenido el placer de entrevistar a Rolando Peniche Marcín, personalidad reconocida a nivel mundial que, actualmente, es el director de la prestigiosa Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab (México).

Docente, autor de diversas publicaciones, Rolando Peniche ha viajado por todo el mundo dando conferencias en importantes eventos profesionales del sector, y ha puesto en marcha importantes proyectos de odontología social, como el de Brigadas Internacionales en Yucatán, en el que participa la Fundación Odontología Social Luis Seiquer de Sevilla, la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, y la Universidad Anáhuac Mayab.

MARÍA JOSÉ GARCÍA







ROLANDO PENICHE CON BETTINA ALONSO

Odontólogos de Hoy: *¿Nos puede contar cómo son los estudios reglados en odontología en su país? ¿Cuáles son las diferencias entre la formación que se imparte en su país y la española?*

Rolando Peniche Marcín: Para estudiar odontología en México se requiere primero estudiar aparte de los 6 años de estudios primarios, 3 años de estudios secundarios y 3 años de estudios de preparatoria; que es parte de una formación general previa a estudiar cualquier licenciatura. Para ingresar en la carrera de odontología en México hay la opción de estudiar en escuelas públicas que son totalmente financiadas por el estado mexicano, y las instituciones de carácter particular que requieren del pago de colegiaturas. En ambos casos, para poder ingresar a estos programas, se requieren diversos procesos de selección de alumnos y que incluyen, generalmente, un examen y diversas pruebas de aptitud. La carrera se ofrece en un rango promedio, en las diferentes universida-

des, de entre 5 y 6 años, este programa incluye un año de servicio social que el estudiante, como parte de su formación, tiene que realizar en las instituciones de las diversas dependencias del Sector de Salud Estatal y Federal. Las escuelas y facultades están organizadas en una federación denominada Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO). También, en México, existe el programa de acreditación de facultades de odontología que es el reconocimiento público a la calidad. Hay actualmente 40 programas acreditados y la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab, de la cual soy director, digo con gusto que somos uno de esos programas.

Existen también muchas similitudes y coincidencias entre los programas de odontología de los mexicanos y los españoles. En ambos casos se observa el gran compromiso que tienen las instituciones de los dos países por formar profesionales de excelencia. Un tema que buscamos con mucho interés fortalecer es el de la conciencia social que considera-

mos indispensable en la formación de un profesional de la salud. Tuve la gran satisfacción de participar el año pasado en un extraordinario foro en Madrid, organizado por el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid, donde compartí encuentros con representantes de prestigiosas facultades de odontología españolas, y me percaté de que tanto ellos como nosotros estamos trabajando para lograr inculcar en nuestros profesionales de la odontología aspectos humanistas.

“
Buscamos con mucho interés fortalecer la conciencia social que consideramos indispensable en la formación de un profesional de la salud.
 ”

ODH: *Usted también ejerce como docente y ha viajado por todo el mundo dando conferencias. ¿Qué nos puede contar del nivel de los odontólogos en su país en relación con profesionales de otras nacionalidades?*

RPM: Hay un gran compromiso en México y Latinoamérica por impulsar la calidad en nuestras Facultades de Odontología, es una búsqueda continua de tener las mejores enseñanzas para obtener los aprendizajes mas adecuados desde todos los puntos de vista en un odontólogo; el conocimiento, la práctica, el ser y trascender son aspectos que están presentes en todas las intenciones de mejora curricular. Para tal efecto, Latinoamérica y España hace algunos años participaron en un amplio trabajo denominado Proyecto Latinoamericano de Equivalencias Curriculares, en el que participaron más de 20 países y que culminó con la edición del libro Placeo, que engloba todas estas intenciones. Mi participación en estos foros, como coautor de este libro, me permitió percatarme de que existe muy buen nivel en las Escuelas de

Odontología, sobre todo en los programas acreditados por organismos que vigilan la calidad de la enseñanza. En México, un elemento clave que se está impulsando de manera muy puntual es el proceso de Certificación Profesional, que se obtiene mediante un examen que aplica el Centro de Evaluación Nacional, el CENEVAL. Una vez aprobado, el odontólogo obtiene su certificación, que avala sus conocimientos por 5 años. Los encargados de emitir la certificación son dos prestigiosas agrupaciones profesionales de la odontología: la Asociación Dental Mexicana y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas.

ODH: *Usted es un profesional reconocido en su país por su trayectoria en el ámbito académico. ¿Tienen Plétora profesional en México?*

RPM: Sí existe plétora. En México existen alrededor de 140 instituciones que ofrecen la carrera de odontología, cada día la competencia es mayor. De ahí la preparación y la formación humana, el ser un profesional certificado y con un alto sentido de la ética profesional, son aspectos que la sociedad reconoce y valora en un profesional de la salud. Los cirujanos dentistas con este perfil profesional siguen siendo los líderes de la profesión. La recomendación es que el que aspira a ser un odontólogo exitoso, seleccione programas de conocida trayectoria, acreditados, se certifiquen, sean humanistas con un alto sentido de la ética profesional y la educación continua.

ODH: *¿La población mexicana se preocupa de su salud bucodental? ¿Existen campañas de prevención en su país?*

RPM: Hay un gran proyecto mexicano de prevención de las enfermedades bucales en los que participan activamente el Gobierno Mexicano, a través de la Secretaría de Salud, y las diversas Asociaciones, entre las que destaco la Asociación Dental Mexicana, con un programa que yo considero ha sido estratégico: Escuela Libre de Caries. Este programa ha despertado mucho entusiasmo en el gremio profesional. Desde luego, es una batalla continua en la que todos

los sectores educativos, agrupaciones profesionales y gobierno tienen que continuar uniendo esfuerzos para continuar día a día y hacer conciencia en la población, en todos los niveles sociales, de la importancia que tiene el obtener una buena salud bucodental en todas las etapas de la vida.

“ *Es una batalla continua en la que todos los sectores tienen que unir esfuerzos y hacer conciencia en la población de la importancia de una buena salud bucodental.* ”

ODH: *Desde su punto de vista y como observador externo, ¿cómo ve el nivel de la odontología española?*

RPM: He tenido la oportunidad, durante las Brigadas Internacionales que realizamos en Yucatán durante los veranos, con la participación de la fundación Luis Seiquer de Sevilla, la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado y la Universidad Anáhuac Mayab, en la que, durante cuatro años, han asistido estudiantes de

los últimos años de odontología de varias universidades españolas de constatar su excelente preparación. Aquí quiero dejar constancia que para la realización de esta brigada en la que se proporciona salud bucodental a más de 2.500 personas de la población de Yucatán, de los grandes profesionales y excelentes seres humanos que han sido motor para este proyecto comunitario: el Dr. Antonio Castaño Seiquer, Dr. Alejandro Cámara Seba, Dra. Margarita Betancourt Pérez, y el Secretario de Salud de Yucatán, el Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mésquita.

ODH: *En España en este momento estamos pendientes de la creación de especialidades en odontología. ¿Cómo funciona la formación de posgrado en México?*

RPM: En México una vez que se ha concluido la licenciatura, se puede estudiar un posgrado en diversas universidades e instituciones del sector salud gubernamental previo a rigurosos procesos de selección. Hay nivel especialidad, nivel maestría y nivel doctorado. Estos dos últimos orientados a la investigación profesional. Es muy importante destacar que las especialidades se estudian como residencias durante dos o tres años; el residente para su formación requiere hacer sus prácticas y sus



DE IZDA. A DCHA: VICENTE LOZANO, ROLANDO PENICHE Y ANTONIO CASTAÑOS



ROLANDO PENICHE CON EL PREMIO FOS, OTORGADO A SU UNIVERSIDAD, JUNTO A FERNANDO GUTIÉRREZ



UNIVERSIDAD DE ANÁHUAC MAYAB

estudios a tiempo completo durante dos años, es decir, requiere disposición de la totalidad de su tiempo para estudiar su especialidad, invirtiendo 40 horas aproximadas a la semana.

ODH: *¿Qué tipo de docencia de postgrado ofrecen en su Universidad?*

RPM: Actualmente en la Universidad Anáhuac Mayab de Mérida Yucatán ofrecemos tres cursos de especialidad: endodoncia, rehabilitación oral, y ortodoncia. Próximamente habrá un cuarto programa que es

odontología pediátrica. Cada una de nuestras especialidades son de dos años de duración.

ODH: *¿Cuáles son las actividades que se desarrollan en el área de salud pública de su país?*

RPM: Se ofrece sal fluorada en los estados donde no hay flúor en el agua de manera natural. Campañas de enseñanza de las técnicas de higiene oral con cepillos e hilo dental en las escuelas de México. Las clínicas universitarias ofrecen servicios

odontológicos a costos menores que permiten a una gran cantidad de la población recibir sus tratamientos de manera preventiva a mayores daños. Los servicios de las instituciones de salud se han fortalecido para mejorar cada día sus servicios preventivos.

ODH: *¿Qué tipo de vinculación tiene con la odontología española?*

RPM: La Universidad Anáhuac Mayab tiene convenios con varias Universidades Españolas y, actualmente, nuestra Facultad de Odontología ya ha iniciado los pasos para realizar convenios con prestigiosas Universidades Españolas.

ODH: *¿Qué proyectos desarrolla con entidades españolas?*

RPM: Especialmente, y con mucha satisfacción desde hace cuatro años, hemos establecido un gran proyecto de ayuda social que son las Brigadas Internacionales, que se realizan en el estado de Yucatán y en el que participa la Fundación Luis Seiquer, de Sevilla, España, la Secretaría de Salud del Estado de Yucatán, México, y la Universidad Anáhuac Mayab.

ODH: *Desde su experiencia de docente, ¿qué consejo puede dar a los estudiantes españoles que finalizan ahora sus estudios?*

RPM: Que amen a su profesión, que la disfruten, que tengan una actitud de servir con humanismo teniendo siempre a la ética profesional como bandera enarbolada de su honestidad y compromiso con su profesión. Nunca dejen de estudiar y si tienen la oportunidad de hacer un posgrado piensen que Yucatán y la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab estarán siempre con los brazos abiertos, para recibir a los hermanos y hermanas españoles como futuros residentes de nuestras especialidades, aquí en Yucatán •

VI Simposio Internacional / VI International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER



NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



San Sebastián - Donostia
País Vasco - Basque Country

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



•Talleres
Workshops

•Presentaciones de investigación
Research presentations

•Sesión Clinicopatológica
Clinicopathological Session

•Conferencias
Conferences

Bar	Percentage
1	81%
2	70%
3	52%
4	64%

ACTGACTACAGACTACGATCGACATCAGATC

21-22 Julio, 2016 // July 21th-22th, 2016

Información/information: vioralcancersymp@gmail.com

“La calidad y el servicio al cliente son los dos valores sobre los que queremos apoyar nuestra marca”



Se inicia una apasionante etapa en la historia de MozoGrau, empresa líder en fabricación de implantes en nuestro país. Por este motivo, el equipo de “Odontólogos de Hoy” quiso conocer más detalles de esta nueva fase en un distendido encuentro con Fernando Mozo, Director General de la compañía, quien, además de mostrarnos las instalaciones de la compañía y explicarnos todos los procesos de trabajo, nos contó los inicios de MozoGrau, su crecimiento y actual momento de expansión.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de Hoy: *¿Cómo fueron sus inicios en el sector de la odontología?*

Fernando Mozo: Empecé en la odontología hace 25 años. En aquel momento, un comercial y yo montamos un depósito dental y, por casualidades de la vida, acabamos dedicándonos a los implantes. Trabajábamos para Acuña y Fombona, la empresa que importaba Calcitek en España.

Entramos en el momento en el que se estaba cambiando la marca de IMZ a Calcitek y nos ocupábamos de la distribución en Castilla y León. Esa experiencia no funcionó, y en 1994, desde Acuña y Fombona insistieron para que me fuera a trabajar con ellos.

Me fui a vivir a Madrid y desde allí llevaba Castilla y León y los hospitales de la Comunidad de Madrid. A partir de ese momento empecé a tratar con los cirujanos maxilofaciales, y en 1996 decidí montarme por mi cuenta.

En aquel momento compraba implantes en EEUU, no fabricaba.

Tenía 27 años y ya entonces importantes clientes confiaron en mí, a pesar de mi juventud, y empezaron a comprobar la calidad de los implantes que vendía y el efecto boca-oído funcionó. Aquí, en Valladolid, el Dr. Antonio Clavero me apoyó mucho, siendo el presidente de la SECOM. También en esta etapa me ayudaron mucho el Dr. Ángel Espeso y el Dr. Javier Martínez Alegría. Y otras muchas personas que no podré olvidar nunca.

Mi compromiso con la implantología, existió desde el principio, puesto que fui el primer sponsor que tuvo una sociedad científica, en concreto la SECOM, Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.

A los 3 o 4 años del inicio de mi actividad empresarial empecé a fabricar, en un momento en el que muy pocas empresas en el mercado español lo hacían.

Previamente, estuve en San Diego, USA, donde empecé a trabajar con unos fabricantes, de los que aprendí mucho. En aquel momento los implantes se los compraba a ellos y las prótesis se las com-

“ *El principal activo de Mozograu es su equipo, ya que todos los negocios dependen de las personas.* ”

praba a otros. A partir de ahí me lancé, adquiriendo una máquina que aprendí a manejar para tener la formación suficiente y ayudar al operario cada vez que tuviera dudas. Empezamos a producir piezas, y, poco a poco, fuimos comprando más máquinas.

En esos años decidí ser conservador, y no empecé a fabricar implantes hasta que tuve un control absoluto de los procesos, con su eficacia más que garantizada gracias a la producción previa de miles de piezas protéticas.

Desde ese momento hemos ido creciendo, y las ventas fueron incrementándose a medida que fuimos incorporando zonas de España a nuestra red comercial.

ODH: *¿Cuándo y cómo empezó la fase de internacionalización de MozoGrau?*

FM: En 2008 nos lanzamos a la aventura internacional en Polonia, abriendo una filial, ya que pensamos que Polonia, segundo país por tamaño de la CEE, similar en tamaño de población a España, era un mercado muy interesante y que recordaba a España hace veinte años. Ahora distribuimos en 11 países.

Una de nuestras grandes apuestas es China. Desde 2008 tenemos distribuidor en el país y nos llevó cuatro años conseguir las certificaciones necesarias para operar en ese mercado. Ahora tenemos una persona contratada, residiendo en Shanghai, una profesional nativa muy preparada que está apoyando el trabajo del distribuidor chino, lo que nos facilita enormemente las cosas.

Si en 5 años cubrimos los objetivos, marcados en nuestro plan de negocio, nos plantearemos, junto con nuestro actual distribuidor, la creación de una compañía mixta de distribución en Shanghai.



Otro gran mercado para nosotros es Irán, con un gran potencial de futuro, una importante población de 80 millones de habitantes, y una economía en crecimiento.

Salir fuera no es nada fácil, hay una gran diferencia entre estar y competir. Nosotros seguimos aprendiendo y estamos empezando a competir.

ODH: *¿Cuáles son sus planes inmediatos de expansión?*

FM: En estos momentos nuestros implantes llegan a Rusia, Egipto, Rumanía y a algunos países de centroamérica y sudamérica. Por otro lado, estamos negociando la distribución de nuestros productos en Turquía, Kuwait, Bélgica y Portugal.

MozoGrau, grandes retos para la próxima década

El año empieza con gran actividad en MozoGrau. Tras haber recibido el Sello Pyme Innovadora, afronta en 2016 un gran proceso de re-branding, y pasará a conocerse comercialmente como Ticare, nuevo nombre que reforzará la internacionalización de la compañía, la IX Edición de su prestigioso Congreso de Actualización en Implantología, con una previsión de más de 2000 asistentes, y la ampliación de la plantilla, son otros importantes hitos de la compañía en esta nueva etapa.



“ *En los mercados internacionales hay una gran diferencia entre estar y competir. Nosotros estamos empezando a competir.* ”



No obstante, a día de hoy, nuestro gran reto es Estados Unidos. Actualmente estamos adaptando nuestro proceso de gestión para obtener la certificación FDA “Food and Drug Administration”, el certificado de calidad que nos permitirá la entrada en el inmenso mercado americano. En este aspecto esto será un desembarco comercial, porque la compañía es “patrón” del Minnesota Dental Research Center for Biomaterial and Biomechanics, un prestigioso centro de investigación de la Universidad de ese estado americano, donde trabajamos de la mano de algunos de los científicos más reconocidos del mundo.

ODH: *¿Cuáles son los valores que quieren transmitir con su marca?*

FM: La calidad y el servicio al cliente son los dos pilares básicos sobre los que siempre hemos querido apoyar nuestra marca. Por ello, todos nuestros procesos de fabricación tienen un control exhaustivo en cada uno de sus pasos.

Por otro lado, la motivación, la cultura del esfuerzo, la implicación y la satisfacción al alcanzar los logros son valores básicos que tratamos de transmitir a nuestros empleados, para alcanzar esa excelencia de calidad que merecen nuestros clientes. Hemos crecido gracias a todo ello y al trabajo con ilusión. Trato de tener una relación muy humana y cercana con todos los trabajadores de la empresa

porque esto revierte en beneficio para la compañía.

ODH: *¿Cuál es el principal activo de Mozograu?*

FM: Su personal; todos los negocios dependen de las personas, a pesar de la gran dificultad que supone gestionar equipos. La labor diaria de todo el personal, de la red de ventas y del equipo directivo, es admirable. Cabe destacar en este sentido la labor desempeñada por Ángel Mozo y Glenda Esteban durante todos estos años. El incremento del personal alcanzará los 140 trabajadores, previsto en nuestro plan de expansión y nos ayudará a consolidar el trabajo que hemos realizado en los 20 años de vida de la compañía, en los que hemos logrado el 4% de cuota del mercado nacional y presencia en once países.

ODH: *¿Cuál es su visión actual del mercado? MozoGrau ha mantenido sus cifras de negocio en los últimos y complicados años. ¿Considera que el sector remonta tras la crisis o aún está recuperándose?*

FM: Nosotros hemos crecido. El mercado está remontando pero el problema que existe en la actualidad es que están entrando muchos competidores nuevos en el sector, lo que obliga a una redistribución. Ahora mismo las cadenas de clínicas ocupan un espacio que antes no había. Son tres variables que

emergen: las grandes cadenas por un lado, crisis y muchos competidores nuevos.

Todo esto afecta al mercado. El número de implantes ha crecido pero la cifra de negocio ha bajado. Tenemos un estudio reciente en el que se analiza la evolución del mercado de los implantes desde el 2008 hasta ahora. El tamaño entonces era de 200 millones de euros y 800.000 implantes, y ahora son 120 millones de euros y 900.000 implantes. Siempre que haya más *players* en el mercado es bueno, te obliga a esforzarte más, pero todo depende de la calidad de los jugadores.

Ahora, en algunos casos, se ha bajado mucho la calidad, tanto en el producto, como en el tratamiento. Se está haciendo demasiado commodity, el implante y el tratamiento.

Mi opinión sobre las cadenas... bueno, hay cadenas y cadenas, no depende del nombre sino de la persona que trabaja para la misma, del profesional. Hay profesionales muy buenos trabajando para cadenas que, incluso, tienen su clínica particular.

Otro aspecto a tener en cuenta también es la estrategia de marketing y de precio tan agresiva de algunas cadenas. Esto hace daño a la Especialidad.

ODH: *¿A qué es debido el cambio de su marca?*

FM: Nuestros planes para los próximos años están orientados a una fuerte expansión internacio-

Sello Pyme Empresa Innovadora 2015



PYME INNOVADORA

Válido hasta el 31 de diciembre de 2018



MozoGrau ha recibido este distintivo que, avalado por el Ministerio de Economía, respalda la actividad de investigación de la firma. Este sello brinda, además, la oportunidad de mostrar la inquietud por la innovación en mercados extranjeros.

Los requisitos que se exigen a las empresas para conseguir esta diferenciación y figurar en este registro son:

- Tener una patente propia en explotación desde hace cinco años o menos.
- Haber recibido durante los tres últimos años un Informe Motivado Vinculante positivo que verifique que se han realizado actividades de I+D+i.
- Haber recibido alguna de estas certificaciones oficiales:
 - 1.º Joven Empresa Innovadora según la Especificación EA0043.
 - 2.º Pequeña o microempresa innovadora, según la Especificación EA0047.
 - 3.º Certificación conforme a la norma UNE 166.002 «Sistemas de gestión de la I+D+i».

Solo dos empresas españolas del sector han conseguido este certificado, entre ellas MozoGrau, que ha mostrado desde sus inicios una gran inquietud por la innovación y los avances tecnológicos.



nal, por lo que hemos considerado de vital importancia transformar nuestra marca en un concepto mucho más internacional, que elimine el carácter local. Creo que es crucial renovar una marca tras un largo período de tiempo para adecuarla a los nuevos planes de negocio de la empresa. En este caso, Ticare (Tissue Care Philosophy) se identifica mejor con la filosofía de la empresa de preservación de los tejidos, y responde mejor a nuestras intenciones de integración en todos los mercados del mundo.

ODH: ¿Cuál es su previsión de negocio para el próximo año?

FM: Nuestros planes para los próximos cinco años sitúan la cifra de negocio en 20 millones de facturación.

ODH: *Ustedes son líderes en formación, con programas continuos y un Congreso que es líder en asistentes. ¿Cuáles son sus planes de futuro para esa área?*

FM: Nuestra intención es seguir consolidando nuestra área de formación que, por otro lado, es muy reconocida por los profesionales. De hecho, en el próximo Congreso de Implantología tenemos previsto recibir más de 2.000 asistentes.

ODH: *Nos hemos fijado al entrar que su aula de Formación lleva el nombre del Profesor Dr. Navarro Vila, ¿cómo surgió esta vinculación?*

FM: Es un homenaje al Profesor Navarro Vila, una persona referente mundial en Cirugía Maxilofacial

y Oncológica que, de manera generosa, trasmite sus conocimientos a cambio de nada. Y es también la forma de MozoGrau de agradecer el constante apoyo que nos da.

ODH: *Recientemente el MINECO les ha concedido el sello de Pyme Innovadora, ¿qué trabajo hay detrás de este reconocimiento?*

FM: Apostamos fuertemente por la investigación y la innovación; en este sentido poseemos varias patentes en proceso de desarrollo que estamos seguros que aportarán grandes avances en la implantología. La European Quality Assurance ha certificado estos trabajos como I+D+i, lo que ha posibilitado obtener el sello de Pyme Innovadora •

“La odontología debe seguir reivindicando el papel tan importante que tiene dentro del sistema nacional de salud”



Virginia Donado Mazarrón, Presidenta de Inidress, nos recibió para contarnos la trayectoria de esta institución que pretende agrupar, impulsar y dar visibilidad a las acciones socialmente responsables de los agentes del sector SocioSanitario, así como de aquellos otros que tengan interés en este ámbito, ya sean administraciones, instituciones, organizaciones, entidades y empresas, públicas o privadas.

Licenciada en Farmacia por la Universidad de Alcalá de Henares, su amplia trayectoria profesional se ha desarrollado siempre dentro del sector sanitario. Comenzó su carrera profesional ligada a la farmacia comunitaria incorporándose posteriormente a la industria farmacéutica, como delegada hospitalaria de Urología y Ginecología de la hoy extinta Pharmacia Spain. Posteriormente, en la multinacional suiza Novartis se incorporó a la unidad de Onco-hematología para, a inicios de 2014 ser nombrada Presidenta de Inidress. Desde ese momento Virginia Donado es la responsable máxima del impulso y consolidación del proyecto de Inidress.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de Hoy: *¿Cómo y por qué surge Inidress? ¿Cómo se estructura su organización?*

Virginia Donado: Inidress surge en marzo de 2014, es un proyecto joven pero de largo recorrido que nació para cubrir una necesidad que distintos profesionales del sector socio-sanitario detectamos. Advertimos que todas las acciones que se hacen sobre responsabilidad social en el sector sanitario necesitaban ser vehiculizadas, tener difusión y visibilidad. Además, consideramos que todas estas acciones debían tener un término “diferenciador”, y el nuevo concepto es responsabilidad social sociosanitaria. La razón es que nuestro sistema nacional de salud necesita aportar actividades que ayuden a su sostenibilidad, y esto va a reper-

cutir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Con esta idea tenemos dos objetivos primordiales: colaborar con la sostenibilidad del sistema nacional de salud, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Nuestros objetivos son amplios, aunque el motor fundamental de nuestra institución son los pacientes.

“ *Tenemos dos objetivos primordiales: colaborar con la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes.* ”

ODH: *¿Cómo es la relación de Inidress con las instituciones? ¿Con qué tipo de apoyos cuenta?*

VD: Hemos conseguido muchas cosas en algo más de año y medio. Estamos muy satisfechos por el recorrido de Inidress y, sobre todo, estamos muy orgullosos de lo logrado, pero me gustaría destacar que todo esto no se habría logrado de no contar con los importantes apoyos que hemos tenido desde el comienzo. En primer lugar, han sido las instituciones las que nos han dado la fuerza para lanzarnos en este proyecto con gran ilusión y ganas de hacer muchas cosas.

El Ministerio de Sanidad y el de Empleo y Seguridad Social forman parte de nuestro Comité de Honor. También contamos con el apoyo de las Consejerías de Sanidad de las dis-

EXPOUENTAL

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

tintas CCAA, el Congreso y el Senado, las Consejerías de todos los Colegios Oficiales Sanitarios, Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Dentistas, Farmacéuticos y Veterinarios. Tenemos, asimismo, un comité asesor y un comité estratégico, formados por una serie de profesionales de reconocido prestigio dentro del sector sociosanitario. La Presidenta del Comité Asesor es Montserrat Tarrés, que es la Directora de Comunicación de Novartis, una profesional de largo recorrido en temas de responsabilidad social. Este equipo de trabajo nos asesora para el desarrollo de diversos proyectos y actividades. Además, contamos con un comité estratégico que preside Julio Mayol, que es el Director de Innovación del Hospital Clínico San Carlos, que es un grupo de trabajo de profesionales que representan a diversas instituciones públicas y privadas. Contamos también con un comité asesor de pacientes, que está formado por 25 asociaciones y federaciones de pacientes con los que trabajamos codo con codo, ya que ellos son la voz de todos esos problemas y de-

mandas del paciente que, como decía anteriormente, son el centro de nuestra actividad.

Por último, contamos con un comité de cooperación institucional que está formado por profesionales sanitarios de reconocido prestigio que son expertos en cooperación al desarrollo y nos asesoran en las actividades propias de esa área de trabajo del instituto.

Además, nuestros socios nos aportan ideas y esa colaboración económica sin la que no podríamos funcionar. Son empresas del mundo de la industria farmacéutica, de la industria tecnológica sanitaria, aseguradoras de salud privadas, distribuidores de medicamentos, y otros colaboradores que no son del sector.

ODH: *¿Cuáles las principales actividades del Instituto y de qué proyectos se siente más orgullosa?*

VD: El Instituto ha desarrollado cuatro áreas de trabajo: Humanización e Igualdad Sociosanitaria, Cooperación Institucional, Desarrollo e Implementación de la Responsabilidad

Social Socio-Sanitaria e Innovación e Investigación. Cada una de ellas tiene sus proyectos.

En el área de Investigación y Promoción de la Salud tenemos dos proyectos muy interesantes, que van a aportar bastante, tanto a los pacientes como al Sistema Sanitario de Salud. Uno es fruto de un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid, el apoyo de Sandoz y el visto bueno de la Consejería. Se trata de un programa de salud de detección precoz de la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) en pacientes fumadores mayores de 40 años, que a través de las oficinas de farmacia harán espirometrías.

En primer lugar se ha organizado un curso de formación sobre el uso del espirómetro para los profesionales de las cincuenta farmacias que están ofreciendo actualmente este servicio. La EPOC es una enfermedad que, normalmente, se detecta muy tarde, cuando ya es crónica, por lo que consideramos que este servicio ofrecido al paciente puede ser de gran valía. Se trata de una experiencia piloto que se está haciendo en Madrid y que, si da buenos resultados entre los pacientes, se extenderá a toda España.

El otro proyecto de este área es Inidress Valida que estamos desarrollando en colaboración con Neumomadrid y con algunos hospitales de la CAM, que consiste en elaborar un informe de alta hospitalario que sea comprensible para el paciente, para sus cuidadores y que sea de ayuda. Este documento debe contener la información clara y detallada de qué procesos ha sufrido el paciente, qué patologías, cómo tiene que cuidarse y todos los datos que les ayude a ser interlocutores válidos (tanto paciente como su cuidador) con los profesionales sanitarios.

“ *Las actividades van enfocadas a tener un paciente formado e informado, que colabore gracias al conocimiento de su patología.* ”





**VISÍTANOS EN
EXPODENTAL
STAND 7D32**

**MANAGING PAIN
FOR YOUR GAIN**



www.septodont.es

OraVerse®

PRIMER REVERSIBLE DENTAL DEL EFECTO ANESTÉSICO***

OraVerse®, el reversible del efecto anestésico que conseguirá que sus pacientes regresen al estado previo a la anestesia en menor tiempo. (*)

Ofrezca tratamientos más apropiados a pacientes que requieren un tratamiento especial, como diabéticos, niños, etc. en los que es necesario alterar lo menos posible sus constantes vitales. (**)

**Septodont. Líder mundial
en control del dolor dental. (****)**

* Reversal of soft-tissue local anesthesia with phentolamine mesylate in adolescents and adults. Elliot V. et al.

** / *** Más información en la hoja de especificaciones del producto.

**** Septodont es la única compañía que produce más de 500 millones de cartuchos dentales cada año. (recurso interno)



En el área de Humanización Socio-Sanitaria todas las actividades van enfocadas a tener un paciente formado e informado, que colabore gracias al conocimiento de su patología y ayude a la sostenibilidad del sistema. Dentro del proyecto “Paciente experto”, hemos organizado conferencias, reuniones para que nos transmitan sus demandas, para favorecer a su acceso al sistema nacional de salud. Colabora con nosotros la Oficina Jurídica Socio-Sanitaria (OJS) que nos da apoyo y asesoramiento legal en temas de equidad y acceso de los pacientes al sistema nacional de salud. Gracias a esta colaboración la vacuna de la varicela ha vuelto al calendario.

En el área de Cooperación Institucional tenemos dos proyectos muy bonitos e ilusionantes, “Recuperar Sonrisas”, que es una iniciativa que pretende ofrecer cobertura sanitaria a los niños víctimas de la guerra en la franja de Gaza. Traeremos a algunos niños procedentes de ese conflicto bélico y les ofreceremos la cobertura que necesiten. El proyecto “Sáhara Salud” pretende formar a profesionales sanitarios en los campamentos de Tindouf y en Sáhara. Pretendemos llevarles aparatos sanitarios y formarles.

También queremos buscar un centro para acoger a ciudadanos del Sáhara que vienen a Madrid a tratarse de determinadas dolencias, y necesitan un sitio donde alojarse mientras se encuentran en nuestra ciudad.

ODH: *En España es aún poco conocido el término Responsabilidad Social Corporativa, y mucho menos el de Responsabilidad Social Socio-Sanitaria. ¿Qué tipo de proyectos tienen previsto para dar a conocer este concepto y que se aplique dentro del área sanitaria?*

VD: Dentro del área de la Responsabilidad Social Socio-Sanitaria hemos desarrollado una página web que contiene toda la información necesaria para difundir el concepto y conocer nuestros objetivos. Consideramos de vital importancia que el concepto de Responsabilidad Social Socio-Sanitaria se implemente en el sector sanitario, ya que es fundamental que todas las acciones que se realizan dentro y fuera del sector reviertan dentro del mismo, porque así ayudamos a su sostenibilidad. En Inidress creemos que es fundamental la especialización de la Responsabilidad Social, para que estas acciones se ejecuten de forma correcta y repercutan en el entorno en el que se trabaja. Poniendo como ejemplo la medicina, el boom de los grandes avances se produjo con la llegada de las especializaciones, por eso creemos firmemente en este concepto.

Para su difusión estamos organizando mesas de debate, foros, publicaciones en prestigiosas revistas, y hemos hecho un reconocimiento

(en su segunda edición) al cuidador principal, porque creemos que es básico reconocer su labor.

ODH: *¿Quieres lanzar algún mensaje a los profesionales de la odontología a los que va dirigida nuestra publicación?*

VD: En primer lugar, para nosotros es un honor y un orgullo que el Consejo General de Dentistas de España forme parte del Comité de Honor, y que nos preste su apoyo. Pienso que en el tema de la odontología se han hecho grandes avances científicos y técnicos, y los profesionales tienen una excelente formación, de alto nivel. Creo que debemos considerar a la salud bucodental como básica dentro del estado general de un paciente, y creo que la población empieza a estar algo más concienciada en el tema de la prevención, que es fundamental.

La salud bucodental infantil se cuida mucho más desde hace varios años, las aseguradoras integran dentro de sus pólizas la cobertura dental que, aunque no es completa, antes no existía, y al menos las revisiones y limpiezas bucales suelen ir incluidas. Aún así, creo que la odontología debe seguir reivindicando el papel tan importante que tiene dentro del sistema nacional de salud. Debe seguir trabajando en transmitir a la población la importancia de cuidar la salud bucodental para mantener una buena salud en general y que, para ello, una alimentación equilibrada es crucial. Creo que los odontólogos de hoy en día, además de ser grandes profesionales, tienen un área humana muy importante, y deben afrontar nuevos retos, como son las especializaciones, buscar nuevas fórmulas de financiación para los pacientes, seguir con investigaciones, etc... en resumidas cuentas, creo que han avanzado mucho pero deben seguir con esa labor.

Inidress debe apoyar al área de la odontología haciendo hincapié en ese mensaje de prevención, de cuidado de la salud bucodental, que repercute en la salud general del paciente, ya que si se previene habrá patologías que se detectarán precozmente y, a la postre, todos estos conceptos son máximas de responsabilidad social.



ODH: *¿Cómo valora la situación de la sanidad española? ¿De qué forma puede Inidress impulsar iniciativas que mejoren la calidad de nuestra sanidad?*

VD: Nos enfrentamos a un futuro con una población envejecida, con múltiples patologías, con enfermedades crónicas, con tratamientos y técnicas médicas cada vez más innovadoras y costosas, y todo esto hay que mantenerlo. En la última encuesta que se realizó a la población sobre el sistema nacional de salud, la inmensa mayoría de los encuestados estaba muy satisfecho. Creemos que, entre todos, debemos contribuir a la sostenibilidad de este sistema. El tópico de que el sistema sanitario de salud español es uno de los mejores y de los que tiene

“ *El tópico de que el sistema sanitario de salud español es uno de los mejores y de los que tiene más reputación a nivel internacional es cierto.* ”

más reputación a nivel internacional es cierto.

Las valoraciones son de las más altas del mundo, no sólo las que se refieren al nivel asistencial, sino en cuanto a los elementos rectores del propio sistema de salud, como es la

universalidad, la equidad y la solidaridad. Esto ha tenido mucho reconocimiento de la propia sociedad, incluso en los peores momentos de la crisis., ya que se han seguido ofreciendo servicios de salud con la financiación de los impuestos generales del estado, con pocos copagos directos y con un coste bastante razonable en comparación con otros países. No obstante, nuestro sistema nacional de salud se debe adaptar a la nueva situación mencionada antes, y debe haber cambios de profundo calado que permitan seguir evolucionando en cuanto a eficiencia, equidad, y buen gobierno del sistema nacional de salud. Ahí es donde Inidress quiere poner su granito de arena desarrollando ese concepto de responsabilidad social dentro del sistema •

Fotos **Redacción Médica** / Miguel Fernández de Vega



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

“Los odontólogos deben contribuir al diagnóstico de nuevas infecciones”



El Doctor Josep Maria Gatell es uno de los investigadores de SIDA más reconocidos nacional e internacionalmente. Tras más de 30 años de actividad ha centrado su trabajo en el estudio de la eficacia, toxicidad, y tolerancia de los antirretrovirales y las vacunas frente al HIV.

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna, con una larga trayectoria como docente, es en la actualidad Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic de Barcelona.

REDACCIÓN

Odontólogos de Hoy: *Usted lleva más de 30 años estudiando el SIDA, ¿cree que en un futuro cercano esta enfermedad tendrá curación definitiva?*

José María Gatell: Si por curación entiendes erradicar el virus en una persona infectada, posiblemente no. Si por curación entiendes controlar

“ *Si por curación entiendes erradicar el virus en una persona infectada, posiblemente no la tenga.* ”

la infección mediante fármacos (toda la vida) y alcanzar una esperanza de vida similar a la de la población general, con buena calidad de vida, la respuesta es afirmativa. De hecho, ya estamos en esta situación.

ODH: *¿Cuáles han sido los últimos avances en las investigaciones relacionadas con la enfermedad?*

JMG: Mejorar la tolerancia y comodidad de los fármacos antirretrovirales. Introducir nuevas medidas preventivas como el llamado “test & treat” y la llamada PrEP o profilaxis pre-exposición.

ODH: *En el momento actual de la enfermedad y su evolución ¿siguen siendo los mismos grupos de riesgo de contagio o hay nuevos colectivos que son susceptibles de contraer la enfermedad?*

JMG: En Europa occidental, en el momento actual, la mayor parte de nuevas transmisiones se producen en varones homosexuales y en menor proporción a través de relaciones heterosexuales. La transmisión a través de compartir jeringas en usuarios de drogas, por vía parenteral, se ha reducido mucho.

ODH: *¿Nos puede explicar a qué nos referimos cuando hablamos de VIH y de SIDA? ¿Cuáles son las diferencias?*

JMG: El llamado SIDA es la fase final de la infección por VIH. Aplicamos este nombre cuando la cifra de linfocitos CD4+ se reduce por debajo de 200 y empiezan a aparecer complicaciones oportunistas.

ODH: *¿Cuáles son las medidas preventivas para evitar la enfermedad?*

JMG: Cambios en los hábitos sexuales, utilizar preservativos, identificar y tratar a todas las personas infectadas, no compartir jeringas y considerar la profilaxis pre-exposición en casos seleccionados.

ODH: *En cuanto a la vacuna, ¿cómo van las investigaciones para lograrla?*

JMG: Las vacunas, tanto las preventivas como las terapéuticas, son to-



“*En nuestro país se estima que hay unas 100.000-150.000 personas vivas infectadas por el VIH. Los países más afectados son los de África Subsahariana.*”

avía un tema de investigación y no se sabe si serán posibles ni cuándo.

ODH: *En muchas ocasiones los enfermos de SIDA no saben que tienen la enfermedad, ¿cuáles son los primeros síntomas que advierten del inicio de la misma?*

JMG: Suelen ser complicaciones (infecciones o neoplasias “oportunistas”) que reflejan una alteración severa del sistema inmunitario.

ODH: *Los pacientes afectados por esta enfermedad que siguen tratamiento, ¿qué tipo de calidad de vida tienen?*

JMG: Parecido al de la población general de su misma edad y sexo.

ODH: *¿Cuál es la relación de la enfermedad de la hepatitis C y la del SIDA?*

JMG: El virus de la hepatitis C y el VIH comparten mecanismos de transmisión. Por ello, un determinado porcentaje de personas infectadas por el VIH también están infectadas por el virus de la hepatitis C. La infección por el virus de la hepatitis C puede curarse con unos tres meses de tratamiento. El VIH no se cura y requiere tratamiento toda la vida.

ODH: *Tras los primeros años de conocimiento de la enfermedad en la que la mortalidad era elevadísima, en estos momentos el SIDA es una enfermedad crónica. ¿Cuándo cree que podrá hablarse de curación total para los pacientes afectados por este virus?*

JMG: La infección por VIH ya era desde el principio, cuando no había ningún tratamiento, una enfermedad relativamente crónica con una esperanza de vida de unos 5-10 años. Actualmente, con los tratamientos (que han de durar toda la vida) la esperanza de vida es similar a la de la población general de la misma edad y sexo. Si por curación entendemos erradicar el virus en una persona infectada con un tratamiento corto (como es el caso de la hepatitis C) es poco probable que esto vaya a ser posible.

ODH: *¿Cuál es el número de enfermos que hay en nuestro país? ¿Qué países son los más afectados por esta epidemia?*

JMG: En nuestro país se estima que hay unas 100.000-150.000 personas vivas infectadas por el VIH. Los países más afectados en términos de número de personas infectadas por 100.000 habitantes son los de África Subsahariana.

ODH: *En los noventa la enfermedad se convirtió en un tema “mediático” debido al fallecimiento de conocidos personajes pero, en estos momentos ¿cree que en nuestro país existe información suficiente y de calidad para prevenir a la población de los riesgos de la enfermedad?*

JMG: La información y los medios existen, pero no siempre la información conlleva los cambios de conducta necesarios y no siempre los medios disponibles se aplican. El hecho práctico es que cada año en España se diagnostican más de 3000 casos y que esta cifra no se ha reducido los últimos años.

ODH: *Nuestra revista está destinada a odontólogos y estomatólogos, la forma en que se informa es fundamental en todo y especialmente para nosotros en salud, ¿les puede trasladar una recomendación a la hora de hablar con sus pacientes sobre el SIDA?*

JMG: Los odontólogos, como muchos otros especialistas médicos, pueden y deben contribuir en el diagnóstico de nuevas infecciones (que pueden sospechar al hacer la historia clínica o al examinar la boca) y pueden y deben contribuir en la educación sanitaria.

Finalmente, deben aplicar las medidas necesarias para no infectarse ellos, y para no transmitir infecciones de unos pacientes a otros aplicando las medidas habituales para las manipulaciones quirúrgicas y la esterilización del instrumental. Estas medidas son generales y van más allá del VIH •

Cien años de odontología en España, el desarrollo de una profesión dentro de una sociedad

Una visión global de la odontología en la última centuria, nos transmite fundamentalmente la marcada implicación de nuestra profesión en la vida española, la incrustación, el estrecho ensamblaje evolutivo de ambas realidades. El narrador se plantea mostrar, con criterio cronológico, cómo la situación política, social y, por ende, sanitaria, marca el devenir de la odontología española.

AUTOR: ANTONIO CASTAÑOS SEIQUER

(Premio-Accessit Centenario de la odontología española del Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España; marzo 2001)

La odontología nace como disciplina universitaria al iniciarse el siglo veinte. España está aún sacudida, defraudada y desconcertada por la pérdida de las últimas colonias. En este contexto, existe un movimiento “regeneracionista” que busca mejorar la autoestima del entramado social a través de la superación de las grandes lacras de la sociedad del momento: apatía, corrupción, carencias sociales y educativas, unido a la escasa conexión con el exterior, aislamiento, éste no exento de complejo de inferioridad hacia lo foráneo. Participando de este espíritu de regeneración, una serie de notables del arte dental español consiguen llevar la odontología a la universidad, elevándola a las más altas posiciones dentro de la pirámide sanitaria, con gran diferencia con respecto a su discreta situación previa, cuando para ser ejercida se requerían las titulaciones de ministrantes, practicantes o cirujanos dentistas, de dudosa valía y escasa consideración.

No puede ser fruto de lo casual el hecho de que para que esta empresa tuviese éxito hubiese que contar con el apoyo mutuo de las asociaciones profesionales más destacadas del momento, la Sociedad Odontológica Española y el Círculo Odontológico de Cataluña; se realizasen productivas gestiones en las más altas instancias, fue fundamental la influencia de Florestán Aguilar sobre la Reina Regente María Cristina, y se contase con la experiencia de las realidades educativas de los países con más desarrollo odontológico gracias a los conocimientos del ya mencionado Aguilar o Subirana. Como consecuencia de todo ello y tras laboriosas y arduas gestiones, el 21 de marzo de 1901, el conde de Romanones firmaba la Real Orden por la que se creaba el título de Odontólogo.

Nota del editor

En este artículo el autor Antonio Castaño Seiquer, Profesor de la Universidad de Sevilla, nos relata el devenir de la profesión durante el Siglo XX. El artículo, escrito hace quince años, tiene plena actualidad como cualquier estudio que analiza la historia con rigor.

Dejamos para otra ocasión el análisis de los quince años de la profesión en el Siglo XXI, con la interrogante de si en lo que va de Siglo se ha avanzado, seguimos donde estábamos al comienzo o hemos retrocedido.

Eran años de intensa relación con los países americanos. Los miembros más destacados de la profesión procedían o se formaban en territorios de ultramar: Martínez Sánchez, nacido mejicano, formado odontológicamente en los EE.UU de América y médicamente en nuestro país, para ejercer en la Habana, Madrid y Cádiz; Ciriaco Juan Mañés, que amplió sus estudios en Pensilvania y Boston, Florestán Aguilar, el Prócer de la odontología española, nace en La Habana, obtiene el título de cirujano dentista en Filadelfia, para comenzar a ejercer en la muy americanista ciudad de Cádiz, donde alcanza un alto protagonismo social, para continuar,



posteriormente, su brillante trayectoria en la capital del Reino. Es de destacar la fundamental labor del burgalés Rojas en la estructuración de la odontología cubana, al ser el máximo impulsor de la Escuela de Estomatología de La Habana.

El cambio de status jurídico-político de las últimas colonias, también se ve reflejado en la evolución de la profesión odontológica. Tras la guerra hispanoamericana, y sus consecuencias por todos sabida, acontece un movimiento migratorio de dentistas cubanos, portorriqueños y filipinos. El colectivo de odontólogos españoles consigue la promulgación de varios Reales Decretos para frenar esta venida de profesionales de allende los mares. Tras la primera guerra mundial, también preocupa la venida de odontólogos rusos, polacos, etc. Vemos como la convulsiones socio-políticas del momento también tienen su manifestación en el ejercicio diario de la profesión dental.

Algo tan español como la “recomendación” o el “amiguismo”, tiene una no despreciable importancia en el

desarrollo de la odontología española. Quizás no estaríamos celebrando el centenario de la odontología en nuestro país, si el Dr. Aguilar no hubiese desarrollado su capacidad de influencia y convicción en la Casa Real. Se decía que en la adjudicación de la Cátedra de Prótesis Dental de forma interina a D. Manuel Cuzzani, tuvo mucho que ver el hecho de que éste fuese el dentista del Ministro de Instrucción Pública, el ya nombrado Conde de Romanones.

También es algo muy hispano el hecho de que en ausencia de iniciativas estatales o institucionales, surjan individualidades, adelantadas a su tiempo, que promuevan y estructuren importantes proyectos. El mundo de la odontología social y de la prevención se ha visto favorecido por lo referido. A principios de siglo Tirso Pérez y más tarde su hijo Pérez Cano, así como el catalán Boniquet abogaban por llevar la odontología a las escuelas, cuarteles, cárceles, hospicios, asilos y por formar con criterios preventivos a dentistas, maestros y población en general. Destaca la creación, en 1913, del primer servicio público de odontología hospitalaria, en el Hospital de San Pablo de Barcelona, donde Juan Carol Monfort desarrolló una importante labor asistencial y docente. En el País Vasco también se dan interesantes experiencias dentro de la odontología comunitaria, es el caso de los servicios odontológicos del hospital civil de Bilbao, el manicomio de Bermeo y el sanatorio marítimo de Górliz.

El intrusismo profesional, mal inveterado y cuasi constante en nuestra rama sanitaria es paralelo al subdesarrollo y el analfabetismo, enlazando con la picaresca, tan inherente al ser español. A principios de siglo la salud oral está, cuantitativamente hablando, en manos de charlatanes de feria, barberos, buhoneros, peluqueros o protésicos. Los seis centenares de dentistas que ejercían legalmente a finales del segundo lustro de la centuria atendían fundamentalmente a minorías urbanas pertenecientes a las clases medias y altas de la sociedad. Las limitaciones en cuanto a cultura sanitaria, tradición odontológica y recursos humanos, mantendrán esta situación por décadas. La inoperancia gubernativa a la hora de hacer realidad la abundante normativa reguladora (ocho Reales Órdenes sobre intrusismo en el período 1901-1925) perpetuará la problemática no resuelta.

Promulgar numerosas leyes para que después no se cumplan es también algo muy característico del ser y del hacer hispánico. Probablemente, no haya otra especialidad sanitaria en España con tan cuantiosa y variada

legislación específica. Ya se ha comentado el fracaso de la legislación represora del intrusismo y resultados similares produjeron las normas jurídicas que regulaban la odontología escolar (tres Reales Órdenes entre 1900-1930), las convalidaciones de titula-

ciones extranjeras (cuatro reales Órdenes entre 1900-1930), o el ejercicio de la odontología por los médicos (ocho Reales Órdenes entre 1900-1930).

En los albores del siglo veinte, la mujer tiene un papel minoritario dentro de la profesión, aunque mayor que

“ *Una de las primeras leyes referidas al arte dental, se promulgó para autorizar el ejercicio de la dentistería por parte de la mujer.* ”

legislación específica. Ya se ha comentado el fracaso de la legislación represora del intrusismo y resultados similares produjeron las normas jurídicas que regulaban la odontología escolar (tres Reales Órdenes entre 1900-1930), las convalidaciones de titula-

en otras titulaciones superiores. Debemos mencionar que una de las primeras leyes referidas al arte dental, se promulgó para autorizar el ejercicio de la dentistería por parte de la mujer (Real Orden de 14 de julio de 1883). Cien años después, las mujeres son mayoría en las facultades de odontología del país, en sintonía con su determinante papel en la sociedad española actual.

La profesión odontológica nacional ha sido muy sensible a los frecuentes movimientos migratorios de profesionales, bien titulados extranjeros que deseaban ejercer en nuestro país o españoles que obtenían su titulación “dental” en el exterior para después ejercer en España. En este sentido es de resaltar el problema de los títulos portugueses en las primeras décadas del siglo veinte, ya que en el país vecino un simple examen permitía la misma pretendida validez que los obtenidos tras los estudios universitarios odontológicos cursados en nuestro país. Este hecho produjo reacciones corporativas, legales (Real orden de 5 de junio de 1902) e incluso políticas. Actualmente, muchos españoles se forman en odontología en universidades portuguesas, pero lógicamente ya sujetos a la uniformidad curricular que marca la Unión Europea.

La relación con la clase médica fue tradicionalmente desigual y con un cierto componente de rechazo por parte de ésta. Se considera a los odontólogos sanitarios menores y por otro lado el licenciado en medicina, al poseer la máxima titulación dentro de la sanidad, se cree con la facultad de ejercer la dentistería. Este desencuentro entre ambas titulaciones aparece de forma reiterada a lo largo del desarrollo de la odontología nacional, lo que conlleva enfrentamientos, e incluso la promulgación de legislación reguladora de las atribuciones profesionales.

Resulta curioso al analizar nuestra historia que una

“ *Los odontólogos defienden una titulación completamente independiente de la medicina.* ”

serie de fenómenos se repiten a lo largo del tiempo con condicionantes similares: intrusismo profesional, problemática de las titulaciones extranjeras, relaciones con los médicos y la confrontación de odontólogos con estomatólogos. Dicho enfrentamiento se da de forma constante en la primera mitad del último siglo del milenio. A finales de los años setenta y durante toda la década de los ochenta se reanuda la disputa con especial virulencia. Los odontólogos, capitaneados por Florestán Aguilar, defienden una titulación completamente independiente de la medicina. Los estomatólogos, con Bernardino Landete como máximo impulsor médico, defendiendo que la estomatología sea una especialidad médica más. En las discusiones se argumentan aspectos tan variados como los científicos, los corporativos, los académicos, la consideración social, la conquista y mantenimiento de cotas de mercado, la promoción personal o las atribuciones profesionales (capacidad de “recetar y



hacer paridas de defunción”). Dentro de la óptica de la época se da una colisión entre los conceptos de pragmatismo, de excelencia, de proyección social, de practicidad, de status profesional, junto a los intereses creados, el espíritu de superación y distintas visiones de futuro.

El advenimiento del período republicano se tradujo en situaciones de cambio de poder político dentro de la odontología española. Pierde totalmente su protagonismo el hasta entonces caudillo de la profesión, en ese momento tildado de “cortesano Aguilar” y el colectivo que busca un “camino de libertad y ventura” aboga por derribar la nefasta “dictadura de Catedráticos” y considera el nuevo grupo en el poder (Landete, Mayoral, Mañés) que la enseñanza odontológica “entra por luminosos caminos de justicia”. De nuevo, la situación dentro de la clase odontológica es fiel reflejo de la realidad nacional, anteriormente había monopolizado el poder dentro de la profesión y había contado con el apoyo manifiesto de las máximas autoridades estatales.

En 1930 se establece la colegiación obligatoria creándose los Colegios Oficiales de Odontólogos. El colectivo cuenta con un elemento fundamental para la defensa de sus intereses, la estructuración de la población y la vigilancia de la correcta praxis. Se consolida un movimiento asociativo que tiene sus primeros antecedentes en el Colegio de Dentistas de Sevilla (1865), el Colegio Español de Dentistas (1873) y la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona (1883). Más tarde fueron fundamentales en el desarrollo de la profesión el Círculo Odontológico de Cataluña (1887), la Sociedad Odontológica Española (1894), la Federación Odontológica Española (1903) y la Federación Estomatológica Española (1913).

Durante el período republicano, es de destacar el intento por llevar a cabo acciones comunitarias de promoción de la salud oral. Destaca la labor en las regiones mediterráneas donde se pusieron en marcha campañas educativas y asistenciales de gran entidad y con estrategias muy novedosas para su tiempo. Hay que señalar la labor de Carol y Pericot en el desarrollo de estas tareas. El Círculo Odontológico de Cataluña y la Asociación de Odontólogos de Lengua Catalana desarrollaron en este período una intensa e interesante labor en pro de la promoción de la salud oral. Chicote dirigió el Servicio de Asistencia Dental Escolar Municipal de Madrid y Domínguez Villagrás realizó una más que encomiable labor preventivista en la ciudad de Cáceres a través de la utilización del Instituto Provincial de Higiene.

TARIFAS REDUCIDAS HASTA EL 12 DE MARZO

PRIMAVERA

BILBAO - 1 y 2 DE ABRIL 2016

DR. OSCAR GONZÁLEZ



Manejo de complicaciones
en la rehabilitación sobre
dientes e implantes



DR. ERNESTO A. LEE



Tratando el paciente con línea
de sonrisa alta y comprometido
periodontalmente

COLABORAN



SEDE

Palacio de Congresos EUSKALDUNA.
Avda. Abandoibarra, 4 - Bilbao

TARIFAS HASTA EL 12 DE MARZO

Socio afiliado: 50 €
SEPES Jr*: 30 €

Amigos SEPES**: 75 €
No socios: 100 €

(*): Se considera SEPES Jr. a los socios de SEPES menores de 30 años.

(**): Socios SEPA, SED B, SDOE, SOCE, SEOC, SEI, SEDCYDO, SEMO, Ordem dos Médicos Dentistas, Colegios con convenio suscrito.



www.sepes.org



El 14 de junio de 1935 se creó el cuerpo de odontólogos de asistencia pública domiciliaria. Desgraciadamente, tras la Guerra Civil se consideraron a extinguir, lo cual motivó la pérdida de lo que pudo haber sido un importante eslabón en el desarrollo de la odontología social.

La Guerra Civil marca de forma profunda el proceso evolutivo de la odontología española. Los muros de la Escuela de Odontología de la Ciudad Universitaria son testigos de encarnizados combates que conllevan su práctica destrucción. Los profesionales, como el resto de la sociedad, toman o son obligados a tomar, partido por uno de los dos bandos. Muchos odontólogos tienen



una participación activa en la contienda. La asistencia se ve condicionada por la situación (clínicas militares, movilizaciones), así como la docencia (exámenes patrióticos en Valladolid). Fallecen odontólogos en las dos Españas.

El panorama de la odontología española de la post-guerra inmediata es tan gris como el de la sociedad en la que está inmersa, más preocupada ésta de subsistir que de cualquier otro objetivo. Se dan depuraciones políticas, la universidad queda acéfala (Landete, Mayoral y Trobo son depurados). La legislación odontológica está enfocada fundamentalmente a la sanidad militar. Y los tiempos de miseria son favorecedores de intrusismo y usurpación de funciones profesionales. También son tiempo de carencias y contrabando y la Ley intenta limitar estas desviaciones. En ese contexto histórico, honra el espíritu voluntarista y social de la profesión que en su primer congreso del período post-bélico solicitase al Gobierno “que concediera gratis la prótesis dental a los pobres”.

La reconstrucción de la Escuela de Madrid también hay que analizarla dentro del contexto político del momento. De hecho, su reconstrucción e inauguración oficial no estuvo exenta de una utilización gubernamental como muestra de las inquietudes científicas del nuevo régimen. Con gran boato, fue inaugurada el día de la Hispanidad de 1944 por el jefe del Estado con la presencia de ministros, embajadores, autoridades académicas...

Durante el período post-bélico las posturas estomatologistas van tomando fuerza y con el liderazgo del pro-

fesor García Gras, apoyado por el doctor Enríquez de Salamanca (decano de la Facultad de Medicina), se crea el título de Médico Estomatólogo. Apoyándose en la Ley Universitaria de 1943, que considera a la estomatología como una especialidad médica más, y canalizando los deseos de un importante colectivo dentro de los dentistas españoles, a partir de 1948 para ejercer la odontología en España es necesario ser licenciado en medicina y obtener el título de licenciado médico estomatólogo, que capacita como especialista.

Esta nueva titulación no estuvo tampoco libre de polémica. Don Pedro García Gras defiende que los nuevos especialistas médicos no tienen por qué pertenecer al colegio de odontólogos y poseen un grado jerárquico superior a los titulados previos. Por otro lado, el Consejo General presidido en la época por el doctor Espejel aboga por la colegiación conjunta y no acepta que los odontólogos no médicos estén destinados a ser considerados como una titulación media, con un estatus similar al que mantenían los practicantes con respecto a los médicos. El Ministerio de Gobernación, omnipotente en aquellos momentos, decidió la ampliación de la denominación de los colegios, llamándose a partir de ese momento Colegios de Odontólogos y Estomatólogos. Este hecho finiquitó el movimiento segregacionista y tendrá importancia capital, treinta años más tarde, al reestructurarse la profesión y abordarse el problema de convalidación de titulaciones extranjeras.

A principio de los cincuenta el proceso de reconciliación es tímido, aunque real. Sirva de botón de muestra las reincorporaciones, parciales o totales, a sus actividades profesionales y docentes de los profesores Landete, Mañés y Trobo.

Durante las décadas de los cincuenta y sesenta asistimos a una cierta atonía científica, gremial y legislativa, aunque es de justicia señalar que siempre tuvo la profesión un movimiento ascendente con decidido impulso para superar fracturas que provocó la contienda bélica. La actividad académica y también durante unos años la corporativa fue dirigida por un profesional, que contaba con el apoyo de las autoridades políticas del momento, el doctor Zabala. Hay que destacar la creación en 1972, en Barcelona, de la segunda escuela de estomatología del país.

“ *El cambio de régimen político y la llamada transición coinciden con un momento histórico apasionante de la odontoestomatología española.* ”

El cambio de régimen político y la llamada transición coinciden con un momento histórico apasionante de la odontoestomatología española. Las nuevas titulaciones, la limitación de recursos docentes y humanos, la venida

OLYMPUS KIT Medical & Macro



Objetivo Zuiko
60 mm Macro



Empuñadura HDL-6



Cámara
OM-D E-M5
Mark-II



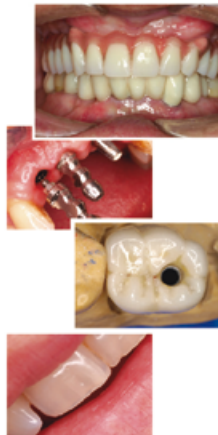
Anillo FR-2



Flash Metz
15 MS-1

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.



de odontólogos extranjeros, la estructuración de las profesiones auxiliares, etc., son circunstancias que preocupan a un colectivo que disfruta de un dorado momento en cuanto a estatus socioprofesional y posibilidades formativas. Una brillante generación de estomatólogos trabaja en las problemáticas anteriormente mencionadas desde el mundo de la universidad y de la profesión organizada. Todo ello, contextualizado y condicionado por una realidad política convulsa, imprevisible y cambiante, amén de un generalizado espíritu europeísta bañado de urgencia por participar de lleno en el proyecto político supranacional europeo.

De nuevo, los estomatólogos y odontólogos entran en disputa como consecuencia de sus distintas visiones de lo que debe ser la formación académica odontológica. Juan Pedro Moreno lidera el movimiento que culmina en la Ley 10/1986 que crea y estructura las profesiones sanitarias de odontólogos, protésicos dentales e higienistas. La nueva titulación no satisface a un importante grupo de profesionales, muchos de ellos con puestos de la máxima relevancia dentro de los colegios profesionales y/o de la enseñanza.

Casi cien años después, dos distintas filosofías de formación y de práctica profesional enfrentan a la profesión odontológica. La nueva titulación nace para suplir necesidades sanitarias y sociales y buscando la equiparación con la realidad europea. En esta nueva realidad, los estomatólogos defienden la coexistencia de ambas titulaciones.

La escasez de profesionales en ejercicio, la buena imagen de la especialidad, unidas a la plétora de licenciados en medicina existente durante los años ochenta, provocó un fenómeno desconocido dentro del mundo universitario español: la emigración de varios miles de españoles para realizar estudios universitarios en el extranjero y posteriormente ejercer en nuestro país. Los médicos y algunos bachilleres formados en Sudamérica, los que

consiguieron la especialidad de estomatología en países europeos, junto a los miles de hispanoamericanos que inmigraron, provocaron que al iniciarse la última década del siglo más de un tercio de la colegiación tuviese titulación extranjera.

Al final del milenio asistimos a una realidad odontológica firme con centros formativos universitarios en todo el territorio nacional y con cerca de veinte mil profesionales ejerciendo, con una aceptable distribución geográfica, en toda España.

El análisis sociológico del odontólogo español nos muestra a un profesional joven, participante en actividades de formación continuada, ejerciendo mayoritariamente en el sector privado y teniendo el sexo femenino un papel más importante dentro del colectivo. Los colegios profesionales tienen una estructura asentada y

los colegiados presentan un razonable espíritu corporativo, siendo bastante positiva la coexistencia entre las distintas titulaciones. Existe un cierto desarrollo de los programas de salud oral comunitaria. Es notable la producción científica y la consideración de los profesionales es elevada. Esta visión tan positiva del momento profesional no puede olvidarse de problemas potenciales o reales que afectan a la odontología española: falta de planificación de recursos humanos, multiplicación de centros universitarios sin criterios de futuro, desviaciones en el desarrollo de la praxis profesional, usurpación de funciones por otros profesionales, etc. En realidad, los problemas son similares a los de principio de siglo, la influencia de las autoridades políticas y del contexto sociológico son fundamentales en nuestro desarrollo, pero es evidente que la altura científica, la capacitación asistencial y la proyección social son superiores a las que poseíamos cuando Aguilar, Carol y otros consiguieron el rango universitario para la odontología española●

“ *Al final del milenio asistimos a una realidad odontológica firme con centros formativos universitarios en todo el territorio nacional y cerca de veinte mil profesionales ejerciendo.* ”

Precisión Óptica Personalizada

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

El ÚNICO sistema de aumento para odontología, que proporciona:

Características Técnicas:

Aumento Real / Óptica de Precisión / Profundidad de Campo

Ergonomía:

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

Estilo:

Monturas deportivas Nike / Diseño de monturas muy ligeras.



Lupas Galileo



Lupas Kepler (Mayor campo)



Iluminación LED con OptiCure



#LoveMyLoupes™



**BAJA
VISIÓN
BARAÑANO**

Venta de productos
DESIGNS FOR VISION, INC.
en exclusiva para España

AUTORES:**VENTURA VIDAL, LUCÍA.**

LDA. EN ODONTOLOGÍA. MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

ARTIGAS COLOMO, ALEJANDRA.

LDA. EN ODONTOLOGÍA. MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

RUBIO ALONSO, LUIS.

PROFESOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

BARONA DORADO, CRISTINA.

SUBDIRECTORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

Caso clínico:

Tercer molar retenido y herpes intraoral recurrente, ¿Coincidencia o consecuencia? A propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

El virus del herpes, consiste en una molécula doble de ADN incluida en una cápsula vírica. La familia Herpesviridae puede clasificarse en 3 grupos: α , incluyendo los virus del herpes simple tipos 1 (VHS1) y 2 (VHS2), y el virus varicela zóster; β , incluyendo el citomegalovirus y los virus del herpes tipos 6 y 7; y γ , incluyendo el virus de Epstein Barr y el virus del herpes tipo 8. Estos virus tienen la propiedad de resistir durante toda la vida del huésped y reactivarse con algunos estímulos. (1)

La incidencia de infecciones orofaciales por el virus del herpes simple es extremadamente alta. El VHS1 causa infecciones orales, faciales y oculares; mientras que el VHS2 normalmente provoca infecciones a nivel de los genitales, pudiendo verse implicado en cuadros clínicos en la región orofacial. (2)

El virus del herpes simple viaja desde la piel hasta los ganglios nerviosos,

donde permanece latente. Las infecciones del VHS1 se reactivan desde el ganglio del trigémino provocando infecciones en las áreas anteriormente descritas. (3)

La infección primaria por el VHS1 afecta comúnmente a la cavidad oral y la faringe, produciendo gingivostomatitis herpética primaria y faringitis. (4)

Clínicamente, las infecciones primarias por el VHS1, comienzan con fiebre, pérdida de apetito y mialgia. Al cabo de unos pocos días aparece eritema y grupos de vesículas y/o úlceras en el paladar duro, encía adherida, parte dorsal de la lengua, mucosa no queratinizada, paladar blando y parte ventral de la lengua. Las vesículas se rompen y forman úlceras de 1 a 5 mm de tamaño, aunque pueden coalescer formando úlceras mayores con los bordes irregulares y rodeados por un eritema marcado. (5)

Es necesario distinguir entre una primoinfección por el VHS y una infección intraoral recurrente; para ello,

se debe tener claro que el herpes intraoral recurrente se suele presentar en mucosa queratinizada, preferentemente en el paladar duro, siendo unilateral en la mayoría de los casos. (6)

Por otro lado, la gingivostomatitis herpética, como infección primaria, aparece en niños de entre 6 meses y 5 años; aunque no se puede descartar su incidencia en adultos. El diagnóstico está basado en los signos y síntomas clínicos, como encía eritematosa, hemorragias mucosas y grupos de vesículas repartidas por toda la cavidad oral, afectando también el margen mucocutáneo y la piel perioral. Normalmente se acompaña de fiebre, linfadenopatía y dificultad para tragar y comer, lo que puede suponer un gran riesgo de deshidratación. Los síntomas desaparecen a las 2 semanas del comienzo del cuadro. Cabe destacar que tan sólo el 1% de los pacientes portadores del virus desarrollan una gingivostomatitis herpética primaria. (7)

OBJETIVO

El objetivo del presente artículo se basa en presentar un caso clínico de herpes intraoral y revisar la evidencia científica que lo relaciona con traumatismos como el que puede producir un tercer molar retenido.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 25 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a la clínica del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid, refiriendo dolor a la deglución y masticación en la zona retromolar superior izquierda con irradiación del mismo hacia el oído. A la exploración intraoral, se observaron varias lesiones elementales secundarias con solución de continuidad, en las que confluyen dos formas clínicas; úlceras con fondo amarillo-blanquecino de 3 mm de diámetro y bordes eritematosos y bien definidos, sobre zonas

de erosión en la mucosa palatina izquierda. Así mismo, se observó un ribeteado rojizo alrededor del primer y segundo molares superiores izquierdos (Figura 1). Se realizó una radiografía panorámica en la que se detectó el cordal superior izquierdo retenido (Figura 2). El diagnóstico clínico fue de herpes intraoral recurrente, relacionado con el traumatismo mucoso producido por un tercer molar superior retenido. Dado que en este tipo de lesiones, prima el diagnóstico basado en los hallazgos clínicos y la anamnesis, se procedió al diagnóstico diferencial con lesiones ulcerosas (Tabla 1) y vesiculo-ampollosas (Tabla 2). Se procedió al tratamiento farmacológico con Enantyum 25 mg cada 8 horas y Aciclovir® 200 mg cada 4 horas durante 5 días. A las 48 horas de comenzar el tratamiento, las vesículas y el dolor empezaron a remitir. Una vez resuelto el cuadro, se procedió a la extracción del cordal.



FIGURA 1



FIGURA 2

ENTIDAD CLÍNICA	MOTIVOS DE DESCARTE	
Estomatitis aftosa recidivante	No aparece en mucosa masticatoria.	
Enfermedad de Sutton	La localización es en pilares amigdalinos, velo del paladar y orofaringe.	
Enfermedad de Behçet	No existen aftas genitales ni uveítis.	
Enfermedades hematológicas		
Enfermedades bacterianas	GUNA	No existe decapitación de las papilas ni hemorragia.
	Impétigo	No existe erupción pustulosa aguda.
Alergias	Se descarta mediante la anamnesis.	
Mucositis por irradiación y quimioterapia	Se descartan mediante la anamnesis.	
Enfermedades víricas	Herpes Zóster	Las vesículas no son intra y extraorales. Las lesiones no siguen la anatomía de una rama del trigémino.
	Citomegalovirus	Produce una única úlcera.
	Enfermedad boca-mano-pie	No existen lesiones ni en mano ni en pie.
	Herpangina	Las lesiones aparecen en pilares amigdalinos, paladar blando y úvula.
	Fiebre aftosa	No existen vesículas en espacios interdigitales de manos ni mucosa nasal.
	Estomatitis vesicular	Se inicia con una queilitis.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES ULCERATIVAS.

ENTIDAD CLÍNICA	MOTIVOS DE DESCARTE
Pénfigo	Signo de Nicolsky positivo.
Penfigoide benigno de las mucosas	No apareció gingivitis descamativa.
Epidermólisis ampollosa	De la unión: presenta ampollas hemorrágicas en el paladar.
Eritema multiforme	No aparecieron las lesiones en la mucosa de transición de los labios que son patognomónicas de las lesiones orales del eritema exudativo multiforme.
Dermatitis herpetiforme	Las vesículas no son pruriginosas ni aparecen en codos y rodillas.
Enfermedad por depósito de IgA	No aparecieron vesículas ni en genitales ni en ojos.

TABLA 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LESIONES VESÍCULO-AMPOLLOSAS.

DISCUSIÓN

El herpes simple es un virus considerado de baja capacidad infecciosa, que después de entrar en el epitelio de la mucosa bucal llega a las terminaciones nerviosas y por transporte retrógrado a través del retículo endoplasmático liso (200-300nm/día) se desplaza hasta el ganglio del trigémino donde puede permanecer latente durante años. (8)

Ferreira y cols 1, publicaron un estudio en el año 2011, en el que demostraban la presencia del virus del herpes simple tipo 1 y 2 en los abscesos periapicales. Dichos autores, explican la presencia del herpes virus en procesos infecciosos dentales, alegando que dichos virus son capaces de encontrarse tanto en terminaciones nerviosas como en monocitos.

Hung y cols 4, afirmaron en su trabajo publicado en el año 2012, que el virus del herpes simple está altamente relacionado con la pérdida ósea producida como consecuencia de la enfermedad periodontal. Su teoría es que la interacción de la glicoproteína viral D-1 y el mediador de entrada al componente celular del herpesvirus, puede condicionar la entrada del VHS 1 a los queratinocitos y fibroblastos gingivales, pudiendo colonizar la cavidad oral a través del líquido crevicular. Además, los neutrófilos son capaces de degradar y fagocitar a los virus.

Nevet y cols 7, midieron el aumento de los valores sanguíneos de la proteína C-reactiva en los pacientes con gingivoestomatitis herpética pri-

maria e infección herpética intraoral recurrente. Mientras que las infecciones víricas están normalmente asociadas a valores bajos de proteína C-reactiva, se pudieron observar valores excepcionalmente altos de dicho marcador inflamatorio, en pacientes con una infección por adenovirus (el 24% de los pacientes presentaba niveles de 10 mg/dl).

Por tanto, todo proceso inflamatorio o infeccioso a nivel local, puede sufrir una infección por el virus herpes simple.

El Hayderi y cols 9, estudiaron diversos casos de infección herpética tras tratamientos dentales. En la mayoría de los casos estudiados por estos autores, la infección por herpes aparecía después de extracciones, aunque documentaron un caso tras una obturación. Dicho artículo hace especial hincapié en la relación entre las infecciones herpéticas recurrentes, con la anestesia, los estados de inmunodepresión, el estrés, la luz ultravioleta, los traumatismos, los tratamientos tales como las extracciones, los raspajes y alisados radiculares, las obturaciones, etc.

Por otro lado, Tovar y cols 10, estudiaron las características clínicas de 58 pacientes con herpes intraoral recurrente. Observaron que la mayoría de los pacientes fueron mujeres que se encontraban en la tercera década de la vida. El 62.1% de los casos presentaba dolor moderado. La mayoría de los pacientes mostraba más de 4 úlceras, de entre 1 y 5 mm de tamaño y restringidas a un máximo

de 2 áreas dentro de la región orofacial. Las zonas más afectadas fueron la mucosa labial y el paladar duro. Algunos de los pacientes estudiados, refirieron un tratamiento dental previo a la aparición de los primeros síntomas.

En cuanto al tratamiento, no existe una correlación clara entre los distintos autores. Por un lado, Villa y cols 11 afirman tratar a sus pacientes con Valaciclovir, obteniendo unos resultados mejores que con otro tipo de terapias. Hopper y cols 12, abogan por el uso de lidocaína al 2% en formato gel para reducir el dolor provocado por la infección herpética, suprimiendo todo tipo de terapia analgésica, y centrándose en la acción anestésica de la lidocaína. Por último, y como terapia alternativa, Danaher y cols 13, afirman que los enjuagues con jugo de mora tienen propiedades antiinflamatorias y antiinfecciosas, reduciendo el dolor y el período de curación de las infecciones herpéticas.

CONCLUSIONES

Aunque no se ha podido demostrar de manera categórica que la infección herpética de nuestro paciente esté relacionada con el traumatismo mucoso producido por el tercer molar superior, existen estudios que afirman que el virus del herpes simple coloniza la cavidad bucal a través del líquido crevicular y puede aparecer en las zonas que desarrollen un proceso inflamatorio o infeccioso ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreria DC, Paiva SM, Carmo FL, Roças I, Rosado AS, Santos KRN, Siqueira JF. Identification of Herpesviruses Types 1 to 8 and Human Papillomavirus in Acute Apical Abscesses. *J Endod* 2011; 37: 10-16.
2. Elangovan S, Karimbux NY, Srinivasan S, Venugopalan SR, Eswaran SVK, Allareddy V. Hospital-based emergency department visits with herpetic gingivostomatitis in the United States. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 113: 505-511.
3. Usatine RP, Tinitigan R. Nongenital Herpes Simplex Virus. *Am Fam Physician* 2010; 82(9): 1075-1082.
4. Hung SL, Chiang HH, Wu CY, Hsu MJ, Chen YT. Effects of herpes simplex virus type 1 infection on immune functions of human neutrophils. *J Periodont Res* 2012; 47: 635-644.
5. Mohan RPS, Verma S, Singh U, Agarwal N. Acute primary herpetic gingivostomatitis. *BMJ Case Rep* 2013. doi:10.1136/bcr-2013-200074.
6. Stoopler ET, Kuperstein AS, Sollecito TP. How do I manage a patient with recurrent herpes simplex? *J Can Dent Assoc* 2012; 78: c154.
7. Nevet A, Yarden-Bilavsky H, Ashkenazi S, Livni G. C-Reactive Protein levels in children with primary herpetic gingivostomatitis. *IMAJ* 2014; 16: 700-702.

8. Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e implantológica. 5ª Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
9. El Hayderi L, Raty L, Failla V, Caucanas M, Paurobally D, Nikkels AF. Severe herpes simplex virus type-I infections after dental procedures. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Jan 1; 16(1): e15-8.
10. Tovar S, Parlatescu I, Tovar M, Cionca L, Arduino PG. Recurrent intraoral HSV-1 infection: a retrospective study of 58 immunocompetent patients from Eastern Europe. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Mar 1; 16(2): e163-9.
11. Villa A, Treister NS. Intraoral herpes simplex virus infection in a patient with common variable immunodeficiency. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013; 116: e277-e279.
12. Hopper SM, Babl FE, McCarthy M, Tancharen C, Lee KJ, Oakley E. A doubled blind, randomized placebo controlled trial of topical 2% viscous lidocaine in improving oral intake in children with painful infectious mouth conditions. *BMC Pediatrics* 2011; 11: 106-112.
13. Danaher RJ, Wang C, Dai J, Mumper RJ, Miller CS. Antiviral effects of blackberry extract against herpes simplex virus type 1. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011 September; 112(3): e31-e35.

ODONTÓLOGOS de hoy

“ Nos vemos en:

EXPODENTAL

Stand 5E10

Pabellón 5 de Ifema
del 10 al 12 de marzo

”



Stand 5E10

AUTORES:

LETICIA MARCHENA RODRÍGUEZ.

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

ANTONIO ROBLES FRÍAS.

MÉDICO ANATOMO-PATÓLOGO DEL HOSPITAL DEL VALME (SEVILLA).

Caso clínico:

Tumor de células granulares en la superficie dorsal de la lengua

RESUMEN

El Tumor de células Granulares (TCG) o Tumor de Abrikossoff, mioblastoma, neurofibroma de células granulares o schwannoma de células granulares, evidencia la controversia que esta patología ha suscitado, entre otros motivos por su peculiar conducta, su variable localización y su aún no totalmente esclarecida etiología. En la cavidad oral, su localización más habitual es la lengua. Se presenta como una lesión única, firme, nodular y móvil, bien delimitada y cubierta por mucosa de color aparentemente normal. Histológicamente está formada por células redondas, con citoplasma granuloso, de límites difusos y entremezclados con el músculo, donde esté ubicado.

Su comportamiento en la mayor parte de los casos es benigno, no obstante en ocasiones, si aumenta de tamaño puede presentar agresividad local y hasta un 2% de estos tumores presenta malignidad evidenciada por presencia de metástasis a distancia. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica, donde no se espera recurrencia.

PALABRAS CLAVE

Tumor de células granulares, Tumor de Abrikossoff, neoplasia oral, célula de Schwann, lengua, prevalencia, diagnóstico, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El Tumor de células granulares (TCG) es una neoplasia de escasa presentación con diferentes denominaciones, tales como tumor de Abrikossoff, mioblastoma, neurofibroma de células granulares, schwannoma de células granulares, entre otras. **(1,2)**

Se trata de un tumor poco frecuente y ampliamente distribuido en el cuerpo humano, habiéndose descrito su aparición en la cavidad bucal (preferentemente en lengua), piel, tejido celular subcutáneo, mama, tiroides, árbol respiratorio, vía biliar, aparato genital y sistema nervioso, entre otros. **(3,4)**

Las lesiones observadas en la lengua suelen ser nódulos solitarios, ubicados en el mismo seno de la lengua, de

ABSTRACT

The granular cell tumor (GCT) or tumor Abrikossoff, myoblastoma, granular cell neurofibroma or granular cell schwannoma, shows the controversy that this disease has caused, among other reasons for its peculiar behavior, the variable location and not yet fully clarified etiology. In the oral cavity, its most frequent location is the tongue. It is presented as a single, firm, nodular and mobile, well-demarcated and covered with apparently normal color mucosa injury. Histologically it is composed of round cells with granular cytoplasm, diffuse limits and mixed with the muscle, where it is located.

His behavior in most cases is benign, however sometimes if enlarged can locally aggressive and up to 2% of these malignant tumors has evidenced by the presence of distant metastases. Its treatment is surgical removal, where no recurrence is expected.

KEYWORDS

Granular cell tumor, tumor Abrikossoff, oral neoplasia, Schwann cell, language, prevalence, diagnosis, treatment.

aproximadamente 1 cm de diámetro, circunscritos, submucosos, no dolorosos; de crecimiento lento; y los tejidos circundantes tienen aspecto normal. **(5,6)**

El caso típico de Tumor de células granulares (TCG) es una lesión nodular, de crecimiento lento, solitaria e indolora, localizada a nivel cutáneo y subcutáneo (43%), en la lengua (23%) o en cualquier otra localización anatómica. **(7)**

El TCG, que fue inicialmente descrito por Abrikossoff en 1926, tiene una apariencia histológica característica, fácilmente reconocible con el microscopio óptico. Se pensaba que histológicamente se parecía a las células del músculo estriado; pero en 1962, usando el microscopio electrónico, Fisher y Wechsler postularon una diferenciación a partir de las células de Schwann, que es actualmente la hipótesis aceptada para el TCG. **(4,8)**

QUIERE
FINANCIACIÓN
FÁCIL
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIK'S**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la lengua aparecen otras neoplasias que deben ser diferenciadas del mioblastoma de células granulosas, entre ellas podemos señalar. **(9,10)**

- Hemangioma: Se distinguen por su color, pulsaciones, expulsión y regreso de sangre con la presión o cese de ésta.
- Lipoma: Consistencia suave y color amarillo, cubierto por membrana mucosa.
- Rabdomioma. Son extremadamente raros.
- Glositis romboidal media. Se manifiesta como una zona de forma romboidal u oval, elevada, carente de papilas filiformes de una coloración rojiza, por delante de las papilas gustativas.
- Bocio lingual. Se presenta en forma de tumor profundo situado en la región del foramen caecum, globulosa o semiesférica, de superficie lisa o irregular, recubierta por una mucosa lingual vascularizada, por lo que la coloración varía del rosa al rojo. **(11)**

HISTOLOGÍA

Las células tumorales individuales están frecuentemente separadas por finas bandas de tejido conectivo; se presentan células redondas, con citoplasma granuloso, de límites difusos y entremezclados con el músculo. Muchas veces el TCG tiene hiperplasias pseudoepiteliomatosa que corresponde a una proliferación epitelial irregular, con células epiteliales prominentes, basales, parabasales, estrato espinoso, algunas mitosis; pero que no se considera maligna y que no debe confundirse con carcinoma espinocelular. **(12)** Los gránulos prominentes que se observan en el interior de las células representan lisosomas o un componente del aparato de Golgi. Los estudios histoquímicos de rutina demuestran que los gránulos son positivos para el ácido periódico de Schiff (PAS) y el azul de luxol, y resistentes a la diastasa, lo que indica la presencia de mielina en el interior del tumor. La mayoría de los TCG son S-100 y CD57 positivos, además de mostrar una fuerte positividad también para una enolasa neuronal específica (NSE) y vicentina. Recientemente se ha descrito la presencia de “cuerpos pústulo-ovoi-

des” CPO de Millian, como hallazgo histológico constante. Estos CPO se observan al microscopio óptico como gránulos eosinófilos de gran tamaño (4-5 µm), redondeados y rodeados por un halo claro. Su significación y frecuencia en este tumor no están bien aclarada. **(13,14)**

Su comportamiento en la mayor parte de los casos es benigno, no obstante, ocasionalmente puede presentar agresividad local y hasta un 2% de estos tumores presenta malignidad evidenciada por la presencia de metástasis a distancia. **(15,16)** Las características asociadas a la malignidad del tumor son el tamaño, generalmente mayor de 9 cm, crecimiento rápido e invasión de las estructuras adyacentes, recurrencias, metástasis, pleomorfismo celular e índice mitótico elevado. Metastatizan vía linfática y sanguínea en nódulos linfáticos, pulmón, hígado y hueso. **(17, 18,19)**

En la actualidad, el tratamiento de elección es la extirpación local, siendo curativa en la mayoría de los casos, donde la tasa de recidiva, oscila en torno al 10%. En las formas malignas algunos autores proponen asociar quimio o radioterapia. **(17, 18, 20,21)**

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho una revisión bibliográfica en PubMed, Scopus; insertando palabras clave como “Tumor de células granulares, Tumor de Abrikossoff, neoplasia oral, célula de Schwann, lengua, prevalencia, diagnóstico, tratamiento” en los últimos años. A propósito del tema desarrollamos un caso clínico del tema que nos ocupa.

RESULTADOS Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, que acude a la consulta de Odontología del Centro de Salud de Sevilla, por lesión dura en la lengua, que le impide comer y hablar bien.

A nivel médico, la paciente no tiene alergias a ningún medicamento, pero es fumadora de medio paquete al día. Tras la exploración bucodental, apreciamos en la superficie dorsal de la lengua, una tumoración submucosa firme, nodular, móvil, bien delimitada y cubierta por una mucosa de color, parecida al normal.

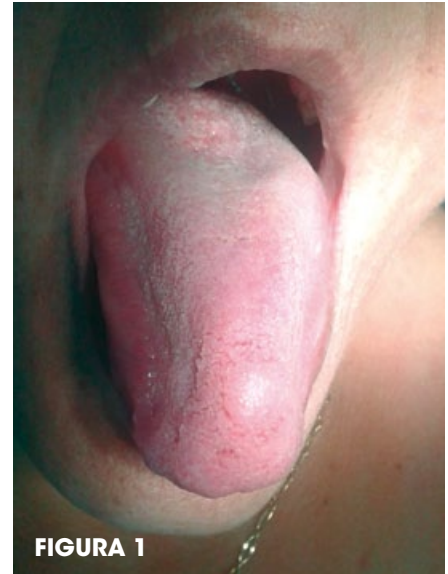


FIGURA 1



FIGURA 2

Figura.1: Tumoración submucosa firme, nodular, móvil, bien delimitada y cubierta por una mucosa de color, parecida al normal.

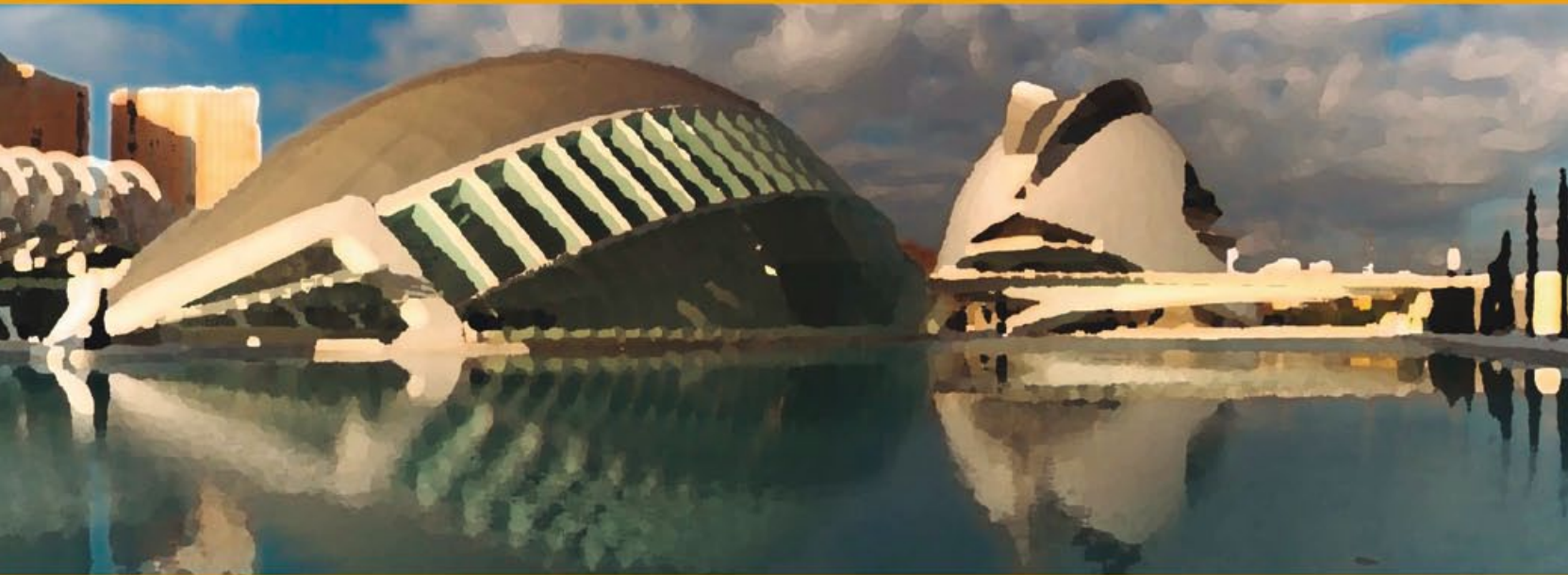
Al palpar la tumoración, apreciamos que es mayor de un centímetro de diámetro y aconsejamos su derivación a la Unidad de Maxilofacial para valorar y estudiar esta lesión. El departamento de la Unidad de Maxilofacial, decide realizar una biopsia incisional de la tumoración para su posterior análisis histopatológico.

Figura.2: Revisión de la tumoración después de realizada la biopsia incisional de un fragmento de la lesión.

Tras el resultado de anatomía-patológica, se comprueba que es un tumor de Células Granulares o Tumor de Abrikossoff, por lo que se decide la exéresis de toda la tumoración para evitar su recidiva.

Se informa a la paciente de las ventajas e inconvenientes de la in-

I Simposio de implantología en atrofias maxilares



29 de Abril de 2016

Hospital Universitario Doctor Peset
Valencia

intervención y tras consentimiento informado por escrito; firmado por la paciente, se programa la cirugía.

Tras la intervención quirúrgica, se comprueba que el tamaño de la lesión es de 1,5x1,3 cm de diámetro, recubierto por mucosa, de superficie rugosa y de consistencia dura; compatible con Tumor de Células Granulares o Tumor de Abrikosoff.

Figura.3: Imagen macro-microscópica de uno de los fragmentos obtenidos, donde se observa una proliferación que crece en forma de nidos y células sueltas, expande la lámina propia y produce una hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio escamoso suprayacente. (H/E x 2,5)

Figura.4: Imagen a mayor aumento de la relación de la proliferación anteriormente descrita con el epitelio hiperplásico suprayacente. (H/E, x10)

Figura.5: Proliferación en forma de células sueltas y nidos de células poligonales epitelioides con citoplasma granular, inmersas en un estroma colagenizado. (H/E, x20)

Figura.6: Las células granulares infiltran haces de músculo esquelético (estriado). Las células neoplásicas pueden ser fusiformes o ligeramente alargadas y muestran un citoplasma granular abundante y núcleos entre pequeños e intermedios, discretamente hiper cromáticos, algunos de ellos con nucleolo. (H/E, x 40)

Figura.7: Imagen de la celularidad tumoral con las características anteriormente descritas. (H/E, x 2,5)

Figura.8: Las células neoplásicas muestran una intensa inmunotinción positiva para el S-100. (ABC, x 2,5)

DISCUSIÓN

El Tumor de Células Granulares (TCG) es un tumor poco frecuente que todavía conserva aspectos controvertidos. Según Eguía (22) en un estudio de 8 pacientes, el TCG es más prevalente en las mujeres, en la 4ª y 5ª décadas de la vida y su localización más habitual ha sido la lengua, lo que coincide con la mayoría de los autores. (23,24)

Existe controversia sobre la prevalencia por géneros de esta patología pues la predilección por el sexo femenino no es unánimemente aceptada y a pesar de que se ha especulado con la hipotética mediación de las hormonas sexuales en la etiopatogenia del TCG,



FIGURA 3

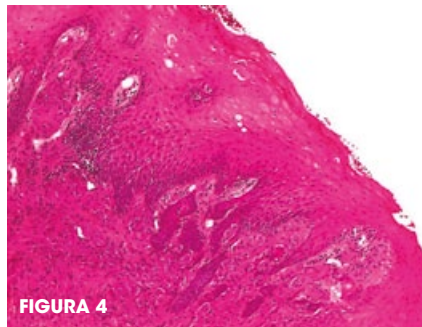


FIGURA 4

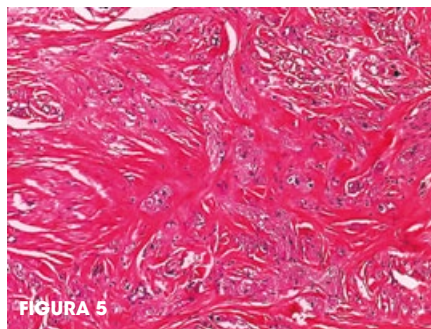


FIGURA 5

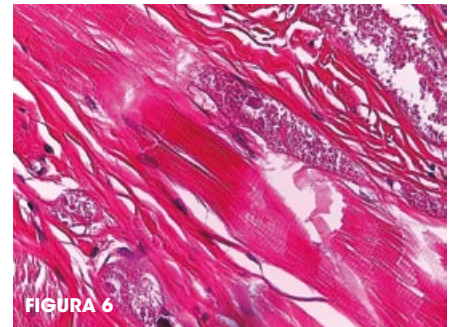


FIGURA 6

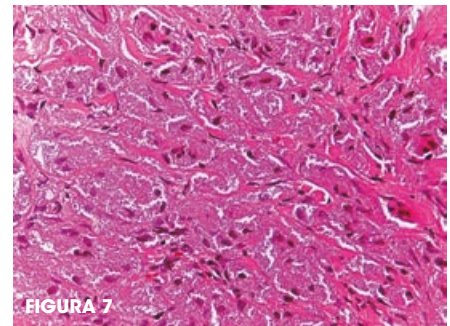


FIGURA 7

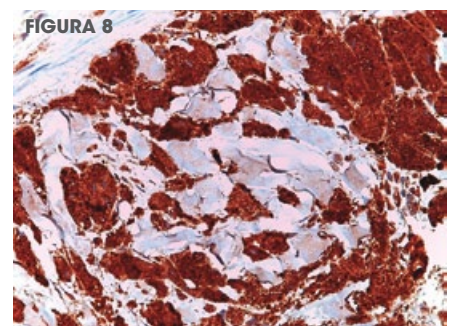


FIGURA 8

“ *El TCG es más prevalente en las mujeres en la 4ª y 5ª décadas y su localización más habitual ha sido la lengua.* ”

ésta no ha podido ser claramente demostrada hasta el momento. (4,25)

El TCG se presenta más frecuentemente como una lesión aislada, pero múltiples lesiones pueden ocurrir en 7% a 25% de los casos. Se localiza principalmente en la lengua (1/3 de los casos), piel y tejido celular subcutáneo y más raramente en otras partes del cuerpo. La lesión es sésil o pedunculada, con diámetro inferior a 3cm, de crecimiento lento, superficie lisa o hiperqueratósica, asintomática o a veces dolorosa. Las lesiones congénitas, siempre benignas, crecen en las regiones maxilares y mandibulares,

en la región de los dientes caninos e incisivos, y pueden tener involución espontánea. (26,27)

Estudios histoquímicos y de microscopía electrónica demuestran que la célula de Schwanns, es el que da origen a la mayoría de los TCG localizados en la piel, con células positivas para enolasa neuro-específica y para proteína S100. (28,29)

Según Torrijos-Aguilar (30) es interesante seguir investigando los orígenes del TCG, ya que, aunque en nuestra serie la positividad para la proteína S-100 apoya un origen neural, existen publicaciones, donde no se confirma este origen. (31,32)

Los Tumores de Células Granulares son benignos, siendo su pronóstico del TCG tras una excisión completa de la lesión con márgenes adecuados, la mayoría favorable, debido a su lento crecimiento, su comportamiento no agresivo en la mayoría de los casos y a su baja tasa de recidiva. No obstante, un 2% de esta lesión presenta malignidad, evidenciada por la presencia de metástasis a distancia. (33,34)

CONCLUSIONES

Es importante como odontólogos estar alerta ante este tipo de tumoraciones, aunque la gran mayoría son benignos, pero si el tamaño es mayor de lo normal, pueden malignizar y

dar metástasis a distancia; por lo que debemos realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad para un mejor abordaje quirúrgico de esta tumoración •

BIBLIOGRAFÍA

- Damm D. Tongue nodule. Granular cell tumor. *Gen Dent* 2010;58(4):345-7.
- Dupuis C, Coard KC. A review of granular cell tumours at the University Hospital of the West Indies: 1965-2006. *West Indian J* 2009;58(2):138-41.
- Lack EE, Worsham GF, Callihan MD, Crawford BE, Klappenbach S, Rowden G, et al. Granular cell tumor: a clinicopathologic study of 110 patients. *J Surg Oncol* 1980;13:301-16.
- Ordonez NG, Mackay B. Granular cell tumor: a review of the pathology and histogenesis. *Ultrastruct Pathol* 1999;23:207-22.
- Piloni MA. Tumor de células granulosas oral: estudio de una serie de casos. *Rev Asoc Odontol Argent* 1998;83(4):121-3.
- Bernadis S, Gregorio S. Granular cell tumor of the esophagus: report of a case and literature review. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1999;27(2):87-9.
- Levavi H, Sabah G, Kaplan B, Tytiun Y, Braslavsky D, Gutman H. Granular cell tumor of the vulva: six new cases. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273:246-9.
- Miracco C, Andreassi A, Laurini L, De Santi MM, Taddeucci P, Tosi P. Granular cell tumour with histological signs of malignancy: report of a case and comparison with 10 benign and 4 atypical cases. *Br J Dermatol* 1999;141:573-5.
- Gundry SR. Cervical teratomas in the newborn. *J Pediatr Surg* 1999; 28:392.
- Baskar SN. Oral lesions in infants newborns. *J Oral Surg* 1999;21(3):1125-31.
- Estrada Sarmiento M, Acosta García J, Pizarro Ojea J, Virelles Espinosa I, Acosta Pantoya A, et al. Mioblastoma de Células Granulosas de la Base de la Lengua en el Recién Nacido. *Rev Cubana Pediatr* 2002;74(3):257-61.
- Martínez B. Lesiones pseudotumorales y neoplasias benignas. Curso de Patología Oral, 3er Año. Facultad de Odontología, Universidad Mayor 2007.
- Epstein DS, Pashaei S, Hunt E, Fitzpatrick JE, Golitz LE. Pustulo-ovoid bodies of Milian in granular cell tumors. *J Cutan Pathol* 2007;34:405-9.
- Tomson N, Abdullah A, Tan CY. Multiple granular cell tumors in a child with growth retardation. Report of a case and review of the literatura. *Int J Dermatol* 2006;45:1358-61.
- Giuliani M, Lajolo C, Pagnoni M, Boari A, Zannoni GF. Granular cell tumor of the tongue (Abrikossoff 's tumor). A case report and review of the literatura. *Minerva Stomatol* 2004;53:465-9.
- Budiño-Carbonero S, Navarro-Vergara P, Rodríguez-Ruiz JA, Modelo-Sanchez A, Torres-Garzón L, Rendón-Infante JI. Tumor de células granulosas: revisión de los parámetros que determinan su posible malignidad. *Med Oral* 2003;8:294-8.
- Vicente Cantero M, Martín Díaz L, Martínez Barba E, López López I, Baños Nortés L, Del Pozo Rodríguez M. Tumor de células granulares multicéntrico del aparato digestivo. *Cir Esp* 2004;76:331-2.
- Vera Sempere F, García A, Froufe A, Corell E, Ruíz F, Mayordomo F. Tumor de células granulares de piel mamaria. Estudio morfológico de dos casos mostrando inmunoreactividad frente α -inhibina. *Rev Esp Patol* 2003;36:433-40.
- Zaenglein AL, Meehan SA, Orlow SJ. Congenital granular cell tumors localized to the Arm. *Pediatr Dermatol* 2001;3:234-7.
- Yárritu Villanueva C, Ortiz de Solórzano Aurusa FJ, Viguri Díaz A, Acebo García M, Obelar Bernal L. Tumor de células granulares de la mama (Tumor de Abrikossoff). *Cir Esp* 1998;63:224-7.
- Billeret LV. Granular cell tumour. Epidemiology of 263 cases. *Arch Anat Cytol Pathol* 1999;47:26-30.
- Eguía A, Uribarri A, Gay Escoda A, Crovetto MA, Martínez-Conde R, Aguirre JM. Granular cell tumor: report of 8 intraoral cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E425-8.
- Billeret-Lebranchu V, Martín de la Salle E, Vandenhautte B, Lecomte-Houcke M. Granular cell tumor and congenital épulis. Histochemical and immunohistochemical study of 58 cases. *Arch Anat Cytol Pathol* 1999;47:31-7.
- Ordoñez NG. Granular cell tumor: a review and update. *Adv Anat Pathol* 1999;6:186-203.
- Nishida M, Inoue M, Yanai A, Matsumoto T. Malignant granular cell tumor in maseter muscle: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:345-8.
- Apisarnthanarax P. Granular cell tumor. An analysis of 16 cases and review of the literatura. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:171-82.
- Sampaio SAP, Rivitti EA. Tumores Mesenquimais e Neurais. *Dermatología. Sao Paulo: Artes Médicas:2000:850.*
- Nikkels AF, Arrese Estrada J, Pierard-Franchimont C, Pierard GE. CD68 and Factor XIIIa expressions in granular-cell tumor of the skin. *Dermatology* 1993;186:106-8.
- Mukai M. Immunohistochemical localization of S-100 protein and peripheral nerve myelin proteins (P2 protein, Po protein) in granular cell tumors. *Am J Pathol* 1983;112:139-46.
- Torrijos-Aguilar A, Alegre-de Miquel V, Pitarch-Bort G, Mercader-García, Fortea-Baixa JM. Tumor de células granulares cutáneo: análisis clínico-patológico de treinta y cuatro casos. *Actas Dermosifiliorg* 2009;100:126-32.
- Chaudhry IH, Calonje E. Dermal non-neural granular cell tumour (so-called primitive polypoid granular cell tumour): a distinctive entity further delineated in a clinicopathological study of 11 cases. *Histopathology* 2005;47:179-85.
- Lazar AJ, Fletcher CD. Primitive nonneural granular cell tumors of skin: clinicopathology analysis of 13 cases. *Am J Surg Pathol* 2005;29:927-34.
- Nagaraj PB, Ongole R, Bhujanga-Rao BR. Granular cell tumor of the tongue in a 6-year-old girl- a case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E162-4.
- Lerman M, Freedman P. Nonneural granular cell tumor of the oral cavity: a case report and review of the literatura. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:382-4.



Sobre las sociedades civiles: a propósito de su nueva regulación fiscal, y de la necesidad de llevar contabilidad

EN TRIBUNA: FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ

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

Como no podía ser de otra manera, Hacienda, o mejor dicho, el legislador, sigue liando -más que ayudar- al contribuyente; si el concepto de “servir al interés general” no lo tiene muy claro, ahora se inventa otra regla difícil de interpretar que parece hecha para crear más trampas normativas con las que sancionar al contribuyente empresario o profesional.

Veamos. Las sociedades civiles -artículos 1.665 y siguientes del Código Civil- constituyen una fórmula jurídica perfectamente admitida en Derecho y usada desde hace más de un siglo por las empresas -incluidas clínicas- que con actividad no mercantil, evitan someterse al siempre complejo sistema rigorista y burocrático de las sociedades mercantiles, las cuales se rigen por el Código de Comercio y por la Ley de Sociedades de Capital -RDLegislativo 1/2010-.

La Sociedad Civil constituye pues una de las fórmulas más simples de sociedad o compañía, donde los socios llegan a responder con su patrimonio personal de las deudas sociales y donde la sociedad no está obligada a depositar las cuentas anuales en el registro mercantil; además, a la hora de constituirla no es preciso hacerlo ante notario, salvo que los socios aporten inmuebles.

Por supuesto, todos los cambios de estatutos y su disolución no requieren más formalismo que el contrato privado comunicado a la Administración -que es gratis-.

Por su parte, la tributación de las sociedades civiles se canaliza a través del IRPF bajo el sistema de “atribución de rentas”, el cual viene a imputar a cada socio los beneficios de la sociedad civil en su IRPF personal.

En fin, un sistema más simple que las sociedades mercantiles y desde luego más barato y menos engorroso en su funcionamiento.

Pero a partir del 1 de enero de 2016, la Ley 27/2014 del Impuesto sobre Sociedades incluye a las sociedades civiles como sujetos de este impuesto salvo “*las sociedades civiles que no tengan objeto mercantil*”. Esto es, según esta reforma, las sociedades civiles que tengan “objeto mercantil” deberán tributar por el Impuesto sobre Sociedades y no por el régimen de “atribución de rentas” del IRPF antes referido.

Y el problema viene cuando la Ley del Impuesto sobre Sociedades no aclara qué se entiende por “objeto mercantil” en una sociedad civil.

Y nos preguntamos ¿Son mercantiles las clínicas odontológicas constituidas bajo la fórmula de sociedad civil?. ¿Tributan ahora estas compañías por el Impuesto sobre Sociedades?

En primer lugar hay que reprobear la palmaria falta de rigor del legisla-

dor, pues la sociedad civil, por definición, no puede tener objeto mercantil. Y en este asunto, se denota que quien ha dictado esta reforma va desde ningún sitio... hacia ninguna parte.

Y como quiera que la “madre” de las leyes mercantiles es el Código de Comercio, acudiendo a éste, el artículo 116 nos indica que “*el contrato de compañía, por el cual dos o más personas se obligan a poner en fondo común bienes, industria o alguna de estas cosas, para obtener lucro, será mercantil, cualquiera que fuese su clase, siempre que se haya constituido con arreglo a las disposiciones de este Código*”, y más adelante, el artículo 122, describe que... “*Por regla general, las sociedades mercantiles se constituirán adoptando alguna de las formas siguientes: la regular colectiva, la comanditaria, la anónima, y la de responsabilidad limitada.*”

“*Las sociedades civiles que tengan “objeto mercantil” deberán tributar por el Impuesto sobre Sociedades.*”

Es decir, que la Sociedad Civil –en principio y por concepto– no se reputa como mercantil. Y sin embargo, la reforma del Ley del Impuesto sobre Sociedades divide las sociedades civiles que tienen objeto mercantil de las que no lo tienen, cuando en realidad no hay norma que defina la “mercantilidad” de una sociedad civil, porque son conceptos jurídicamente contrapuestos. Un lío.

Pero es más, resulta sorprendente que la propia Agencia Estatal Tributaria, ha colgado en su web oficial su “instrucción” de 22 de diciembre de 2015 sobre esta cuestión, y en ella alude a dos artículos del Código de Comercio (arts.325 y 326) que se inventa. Sí. Transcribe dos artículos del Código de Comercio que son falsos. Una chapuza más.

Pues bien, ante esta orfandad de fuentes legales específicas y ante tanta ausencia de rigor normativo, la Dirección General de Tributos, en cuanto a la concurrencia o no del objeto mercantil en las sociedades civiles, ha venido a aportar luz, manifestando en sus consultas vinculantes V2391-15, V2394-15, V2430-15 y V2378-15, entre otras, lo siguiente: “(...) *se entenderá por objeto mercantil la realización de una actividad económica de producción, intercambio o prestación de servicios para el mercado en un sector no excluido del ámbito mercantil. Quedarán así, excluidas de ser contribuyentes del Impuesto sobre Sociedades las entidades que se dediquen a actividades agrícolas, ganaderas, forestales, mineras y de carácter profesional, por cuanto dichas actividades son ajenas al ámbito mercantil*”.

Por tanto, en lo que conviene a este sector, **la activi-**

dad de una clínica odontológica constituida bajo una sociedad civil, en cuanto que tenga como objeto social la actividad profesional, no es sujeto pasivo del Impuesto sobre Sociedades.

Pero ojo con aquellas clínicas que, constituidas como sociedad civil, tengan como objeto social la actividad de “intermediación” en actividades profesionales -y no son pocas que tienen ese objeto social para apartarse de la Ley de Sociedades Profesionales-, pues aquéllas sociedades de “intermediación” sí tributarían bajo el Impuesto sobre Sociedades desde el presente ejercicio 2016, y no en el IRPF como venían haciéndolo hasta ahora.

Por último, una sociedad civil, ¿está obligada a llevar contabilidad conforme el Plan General de Contabilidad (PGC)?

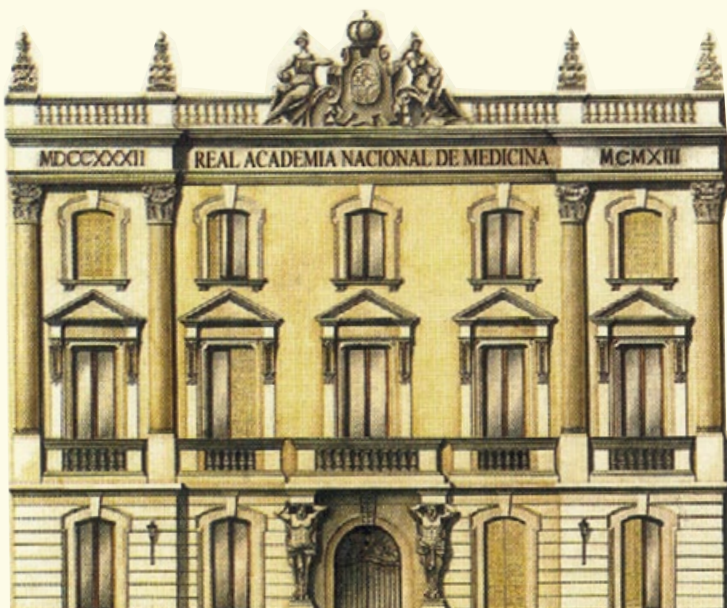
En contra de lo que muchos profesionales piensan, y con independencia de las obligaciones fiscales, el Código de Comercio en su artículo 25 así lo impone al empresario, ya sea persona física ya sea persona jurídica. Es decir, todo empresario debe llevar sus cuentas conforme el PGC. Otra cosa es que la Sociedad Civil de servicios Profesionales se quiera apartar de su calificación de “empresario” y, en ese caso, sólo deberá llevar una contabilidad más precaria, pero que sólo acabará siendo un mero cumplimiento estricto de las obligaciones formales tributarias que sin ahorrar tiempo lleve consigo errores del análisis del negocio por carencia de la información tan valiosa que concede llevar las cuentas conforme al Plan General de Contabilidad ●

II Congreso Europeo de Historia de la Odontología

Madrid, 15-16 de abril de 2016
Real Academia Nacional de Medicina

Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO)
Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD)
Società Italiana di Storia della OdontoStomatologia (SISOS)

Información: www.sociedadseho.com





Tendencias de Marketing para 2016. Aplícalas en tu clínica ya



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

Para muchos odontólogos, el marketing es uno de esos temas que saben perfectamente que tienen que trabajar, pero que siempre pasan a segunda fila.

Normal.

Porque el odontólogo actual tiene que asumir demasiadas tareas.

Y tampoco hay tiempo para todo.

Lo que ocurre es que el marketing dental ha dejado de ser una reflexión tardía.

O al menos debería dejar de serlo.

Porque el marketing dental, sobre todo el marketing digital, es una de las herramientas más importantes (y más asequibles) que los odontólogos tenemos a nuestro alcance para destacarnos de esa competencia tan feroz a la que nos enfrentamos.

Y en el 2016, más que nunca.

¿Por qué?

¿QUÉ TENDENCIAS PODEMOS ESPERAR EN EL 2016 A NIVEL DE MARKETING DIGITAL?

1. El Marketing Móvil.

El 2016 es el año que todos los expertos vaticinaban como el umbral de la comunicación digital.

El año en el que las búsquedas de los usuarios en dispositivos móviles iban a superar las búsquedas en PCs.

Ese año ha llegado y, ¡tenemos que estar preparados para lo que nos trae!

Porque no podemos cerrar los ojos ante hechos ineludibles:

El 96% de los hogares españoles tienen dispositivos móviles.

El móvil ha pasado a ser una extensión del brazo del usuario, tal y como quería Steve Jobs, el creador de Apple.

¿Qué significa eso para ti, el odontólogo?

Significa que tienes que darle al paciente lo que quiere. Significa que la página web de tu clínica tiene que estar optimizada para la búsqueda móvil ya.

Y que la estrategia de *marketing digital* de tu clínica pasa a ser la estrategia de *marketing móvil* de tu clínica.

Todas las decisiones en este ámbito tienen que tener en cuenta al usuario móvil.

Todos los elementos de tu web tienen que ser diseñados para facilitar la experiencia del paciente que prefiere usar el móvil: las imágenes, el diseño, el contenido, todo.

Porque sólo con tener una página web adaptada a móviles ya te sitúas en el 5% de los rankings de Google.

Fíjate la ventaja que vas a tener ante tantos dentistas locales compitiendo por los mismos pacientes.

Además, tu página web responsive (optimizada para móviles) le permite al paciente pedir hora con toda facilidad, sin tener que ampliar textos o funcionalidades.

¿Te imaginas la facilidad de contacto y de información que le va a aportar al paciente una página debidamente adaptada?

2. El Videomarketing.

Este año los usuarios de Internet han consumido una media de 76 minutos al día en vídeos.

¿No te parece muchísimo?



Espera, porque tengo estadísticas aún más sorprendentes. Según el estudio de la IAB “Estudio Anual de Televisión Conectada y Vídeo Online”, el 90% de los internautas ve vídeo online.

La mayoría lo sigue haciendo en el ordenador, pero el uso del Smartphone y la tablet se ha doblado en tan sólo un año.

El 75% de los usuarios está de acuerdo con ver publicidad siempre que puedan ver contenidos gratis.

Y eso, ¿qué representa para ti?

Representa que tienes una plataforma donde publicitar-te que te ofrece mucho, por muy poco.

Una plataforma que no requiere un presupuesto estrofa-lario para triunfar.

Así que, si tienes inclinación a ponerte delante de una cámara, te recomiendo que pienses lo mucho que puedes acercarte e informar a tu paciente a través del marketing en formato vídeo en el 2016.

3. Una comunicación más estrecha con el paciente vía email marketing/redes sociales.

Ha llegado el momento de tomarse en serio estas dos formas de comunicación con el paciente.

Debes dejar de pensar que son una pérdida de tiempo, cosa de jóvenes, o algo que no tiene cabida en nuestras clínicas.

No lo son.

Por eso, en el 2016, es imperativo que tu estrategia de marketing dental incorpore una comunicación consistente y honesta con el paciente a través del Email Marketing y de las Redes Sociales.

Porque al paciente le gusta que le informes con frecuencia.

Le gusta saber que detrás de un profesional con pijama blanco (o verde) y una tecnología que a él le parece aterrador, hay un ser humano que se preocupa por mantenerle informado acerca de su salud bucal.

Y porque el Email Marketing ha demostrado ser una herramienta extremadamente útil para:

- Comunicar nuestras últimas novedades y promociones.
- Dirigir al paciente hacia nuestra página web.
- Recordarle nuestra marca y nuestros valores.

Así que ha llegado la hora de aprender a sacarle el máximo partido a esta eficaz herramienta.

Nada de enviar un email escrito de cualquier manera, deprisa y corriendo, a cuatro pacientes con los que mantienes una relación más estrecha.

No, eso no es Email Marketing.

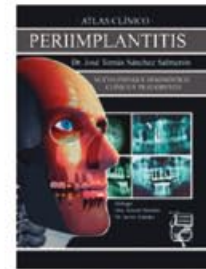
Es hora de conocer más a fondo las plataformas específicas diseñadas para realizar envíos masivos, de entender la normativa que rige este tipo de comunicación, y de saber cómo analizar los resultados de los mensajes que envías.

En el 2016, debes desarrollar una estrategia coherente de comunicación por email y por redes sociales que seduzca efectivamente a tu público objetivo, aportándoles información y contenidos de calidad, y sobre todo, fidelizándolos de cara al futuro.

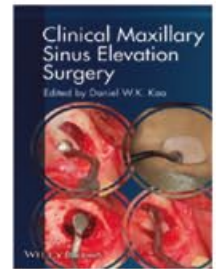
Adáptate a las tendencias y destácate frente a quien decida quedarse atrás •



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regen.
Carlo Tinti



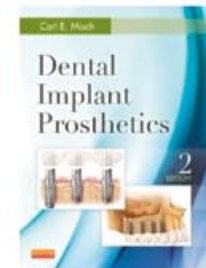
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



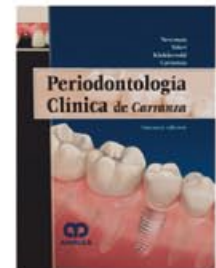
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



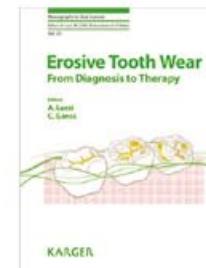
Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



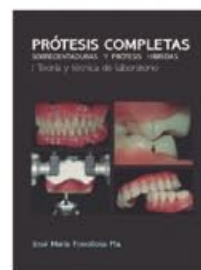
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



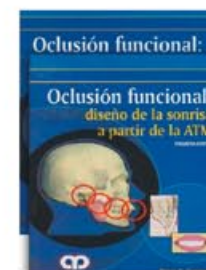
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



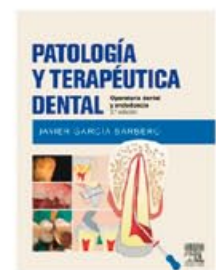
Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



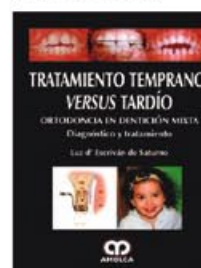
Prótesis completas: Sobredentaduras y prótesis híbridas
J.M. Fonollosa



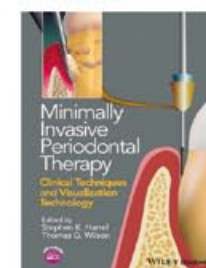
Oclusión funcional: Diseño de la Sonrisa a partir de la ATM
P. Dawson



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





No se empieza la casa por el tejado (II)

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI

[DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.

PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

PLASMAR LA ESTRUCTURA Y LAS TAREAS

En la edición anterior de *Odontólogos de Hoy*, en la primera parte de este artículo sobre la organización de una clínica dental, hablábamos del organigrama como uno de los elementos del marketing interno. El organigrama no solo refleja las jerarquías que existen hasta en el gabinete odontológico más humilde, sino que describe las distintas tareas por realizar, de la intervención en el mismo sillón hasta la facturación o la gestión de pedidos de material.

PARA QUE CADA UNO TENGA BIEN CLARO LO QUE TENGA QUE HACER

El organigrama es el punto de partida para la elaboración de las descripciones de puestos. Estas, ya lo dice el nombre, precisan las trabajos de cada uno de los puestos y describe los objetivos, las obligaciones y las competencias de cada cargo.

El primer punto de una descripción de puesto especifica el nombre del puesto y su volumen de trabajo – empleo al cien por cien o, por ejemplo, de media jornada.

El segundo párrafo resume los objetivos del puesto en líneas generales. Por ejemplo: “El auxiliar de clínica asiste al odontólogo durante sus intervenciones, se encarga de la programación de las citas y de la actualización de los historiales médicos.”

El tercer punto va más a fondo y describe de forma detallada todas las tareas que deben de ser desarrolladas por el titular de este puesto. Para que realmente funcione en el día a día es imprescindible valorar las diferentes tareas por prioridades. Cada una de las labores descritas se debe cuantificar con horas de trabajo, para verificar si es real el volumen de trabajo. Si se llegan a sumar más de 40 o 50 horas a la semana habrá



algún fallo: se tienen que transferir ciertas tareas a otro puesto o buscar personal adicional.

Unas descripciones de puestos bien definidas y coherentes ayudan a evitar dobles tareas y malentendidos, facilitando así el día a día en la clínica y la atención del paciente.

El cuarto paso de la descripción de trabajo, relata la integración organizadora del puesto de trabajo, de acuerdo con el organigrama anteriormente elaborado. Ante todo se trata de definir el puesto superior, el puesto subordinado y las sustituciones.

Como quinto aspecto es muy importante, ante todo para la persona que ocupa el puesto en cuestión, la precisión del nivel de autonomía y de los poderes para poder realizar el trabajo y cumplir con los objetivos definidos. Aunque muchos jefes no lo tengan en cuenta: cuantas más responsabilidades engloba un puesto, mayor nivel de autonomía requiere el trabajador.

El último y sexto capítulo incluye el perfil que debe de aportar la persona que aspira a dicho puesto, especificando criterios odontológicos así como aspectos no-dentales, como experiencia administrativa o habilidades sociales. Estas exigencias facilitarán la búsqueda del personal.

“*El organigrama es el punto de partida para la elaboración de las descripciones de puestos de trabajo.*”

INICIATIVA PARA MEJORAR LAS PERSPECTIVAS

Reflexionar sobre el organigrama y las descripciones de puestos de su propia clínica dental –ahora y en un futuro– requiere tiempo y trabajo. Pero una vez elaborados serán útiles durante mucho tiempo y facilitarán considerablemente el funcionamiento de la clínica. Se evitarán, como ya he mencionado, duplicidad de tareas o malentendidos entre el personal. Facilitando además la valoración de incorporación de nuevo personal, un aspecto fundamental para que la atención al paciente sea óptima.

El personal a incorporar: ¿cumple el currículum con el perfil redactado en la descripción del puesto? ¿es preferible escoger un aspirante con poca experiencia odontológica pero con altos conocimientos en otros campos? ¿o es mejor una persona con un perfil odontológico alto? Desde el punto de vista del marketing dental interno la respuesta a esta pregunta está clara: más vale escoger una persona con habilidades externas a la odontología. ¿Por qué? Porque un titular puede fácilmente formar a sus colaboradores en el campo de la odontología, mientras que no tiene la misma competencia para desarrollar las habilidades de su personal en otras disciplinas •



Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA



Fortalezas de los cruzados en Siria

V

iajar siempre es agradable. Y lo es mucho más si se pueden apreciar bellezas naturales y monumentos, buena gastronomía y simpatía de sus gentes. Todas estas cualidades las posee Siria. O las poseía, porque, por desgracia, los acontecimientos se han precipitado de tal manera que la ilusión del viaje se ha convertido en una aventura peligrosa. De todas maneras, siempre nos quedará el recuerdo. Entre las muchas bellezas que contiene Siria, aquí recordaremos las construcciones militares medievales.

Los cruzados construyeron sus principales edificaciones defensivas en la franja costera de Siria y Palestina; por un lado tenían el mar; por el otro, el desierto. Algunas fortificaciones se hallaban junto al mar y otras en el interior; sin embargo, siempre estaban situadas en la franja litoral. Los castillos tenían principalmente una función defensiva; sus dimensiones tenían que ser imponentes, pues en caso de peligro albergaban poblaciones enteras.

En los años de las cruzadas, las fortificaciones más importantes fueron otorgadas a las órdenes militares (Temple, Hospital, Teutónicos), porque eran las instituciones que podían garantizar con efectividad su defensa. Muchas de ellas habían sido ya anteriormente castillos árabes, curdos o bizantinos, que se remodelaron o construyeron de nuevo con la llegada de los cruzados.

Algunas construcciones se hallan en montículos aislados, como el Crac de los Caballeros o Margat, de la orden del Hospital; otras, como Chastel Pelerin (en Israel) utilizaban el mar como defensa natural; otros formaban parte de la defensa de una ciudad, como Tartous. Las dos últimas pertenecían a la orden del Temple.



CRAC DE LOS CABALLEROS

El **Crac de los Caballeros** es uno de los más impresionantes a causa de sus dimensiones, su buena conservación y su sistema de fortificación. Había sido un castillo kurdo, que fue admirablemente transformado por los hospitalarios a quienes fue cedido el 1144. Al acercarse a él, el viajero queda sobrecogido por su situación estratégica, ya que, instalado sobre un gran altiplano, puede abarcar con la vista una imagen casi panorámica. La fortaleza fue un punto de salida de numerosos ataques dirigidos contra los musulmanes del desierto; sus impresionantes alambores son una buena muestra de la utilización de las técnicas defensivas, así como sus terrazas, que permitían el emplazamiento de máquinas de guerra (trebuchets). Tiene planta poligonal y doble recinto amurallado; del primero, o exterior, participa a modo de torre, la cabecera de la iglesia. El segundo, conserva en buen estado la capilla y una gran sala, que podemos imaginar en sus mejores tiempos, cubierta de pinturas y exhibiendo armas y trofeos. La sala está flanqueada por una hermosa galería gótica, a manera de claustro, que, como era usual en los castillos, tenía solamente un ala. Cayó en poder de Beibars el 1271.

Margat, el otro castillo hospitalario, está situado no muy lejos del primero y más cercano a la costa. Pasó al Hospital el 1186 y fue objeto de una reconstrucción parecida al Crac. Su planta, irregular y doble recinto también, se adapta a las irregulari-



CASTILLO MARGAT

dades del terreno y su esquema arquitectónico es muy parecido al del Crac. En Margat llama la atención al visitante que a pie accede a él, su gran *donjon* construido con sillar negro de basalto, como el resto del castillo; es el de mayor diámetro de los castillos de Tierra Santa. Igual que en el Crac, la capilla formaba parte de los muros de defensa y tiene bóveda de arista, a diferencia de la del Crac que es de cañón apuntado. Cuando visitamos Margat en 1998 pudimos apreciar unos frescos bastante bien conservados en la sacristía norte. Actualmente, gracias a varias campañas de excavaciones, se han descubierto otros frescos en la nave, lo que hace pensar que toda la

capilla estaba pintada, así como otras partes de la fortaleza. Llama también la atención las magníficamente bien conservadas puertas de acceso a la capilla labradas con mármol blanco, que contrastan con el negro basáltico de los edificios.

El castillo de **Safita**, (o Chastel Blanc), está situado no lejos de la costa y fue donado al Temple en 1240, que inmediatamente emprendió su reconstrucción. No conocemos, porque ha sido destruido, el conjunto de su sistema defensivo, ya que parece que la actual ciudad de Safita está construida sobre el plano de las antiguas defensas y sólo se ha conservado un *donjon* cuadrangular de la antigua fortaleza. Aunque es la única superviviente bien vale una visita. Es de grandes dimensiones y alberga en la planta inferior la capilla, y en la superior, una gran sala de dos naves a la que se accede por una escalera que sube penetrando el muro y sigue hasta la terraza almenada. Debajo de la capilla se halla una gran cisterna excavada en la roca.

El castillo de Sahyoun, al que los cruzados llamaron **Saona**, recibe actualmente el nombre de Qal'at Saladin (castillo de Saladino), en recuerdo del gran caudillo musulmán, que fue el principal azote de los cruzados. Es una fortaleza que no perteneció a ninguna orden militar, y uno de los castillos sirios de mayores dimensiones. Está situado sobre una plataforma rocosa rodeada de bosques y profundos barrancos. En su perímetro hay restos de una antigua



CAPILLA DE TORTOSA

fortificación bizantina, entre los que destaca una encantadora iglesia. Sin embargo, lo más impresionante de Saona es su gran *donjon*, una torre cuadrada que conserva dos pisos con bóveda de arista que reposan, a manera de palmera, sobre un potente pilar central. Para construir el castillo se excavó, en la propia plataforma pétreo y alrededor del muro un profundo foso y se dejó como testimonio una aguja de piedra que podía soportar un puente levadizo. Algunas torres que miran al torrente se elevan desde la roca del terreno en que se asienta el castillo y muestran una perfecta simbiosis entre los elementos naturales y la intervención humana.

Tartous, la ciudad de la costa, a la que los cruzados llamaron **Tortosa**, tenía un puerto fortificado y estaba rodeada por murallas. Su importancia estratégica era notable, ya que protegía la ruta del litoral y vigilaba la región montañosa interior. La fortaleza tenía un primer recinto ocupado por una gran torre o *donjon*; y un segundo, que comprendía habitaciones, almacén y una capilla; finalmente otra gran muralla circundaba la ciudad. La torre era un gran edificio rectangular de gran altura, situado junto al mar, que, por el lado oeste estaba flanqueado por dos salientes cuadrados; del conjunto solo queda la base. La gran sala, adosada al segundo recinto era de estilo gótico. En el recinto interior, entre la gran sala y la torre se hallaba la iglesia, también de estilo gótico, cubierta con bóveda de crucería.

Para reconocer actualmente los edificios de la sala y de la capilla, el visitante necesita aventurarse en las casas de la ciudad y descubrir que dentro de ellas se puede ver parte de las estructuras antiguas, que los habitantes de Tartous utilizan como viviendas o patios. Tartous es una ciudad que puede verse de diferentes maneras: es posible que decepcione a simple vista pero si intentamos, y finalmente conseguimos, imaginar como un puzzle los edificios del tiempo de los templarios el placer será absoluto.

Paul Deschamps en uno de sus interesantes trabajos sobre los castillos de los cruzados en Tierra Santa ("Le chateau de Saone", *Gacette des Baux Arts*, IV, París, 1930, p. 329-364), se lamentaba de que los viajeros que visitaban Siria sólo prestaran atención a las ruinas de Palmira o a las ciudades de Damasco y Alepo y no visitaran los castillos cruzados. En las últimas décadas las agencias de viaje ya incluían el Crac y el castillo de Saladino en sus itinerarios. Desgraciadamente, en la actualidad no hay viajeros a Siria sino solamente guerra y devastación •



CASTILLO DE SAONA

AUTORES DEL REPORTAJE:
Joan Fuguet y Carme Plaza



ESFINGE PTOLEMAICA

CLEOPATRA Y LA FASCINACIÓN DE EGIPTO

EXPODENTAL ATRAERÁ A MILES DE VISITANTES QUE, EN SUS RATOS DE OCIO, QUERRÁN DARSE UNA VUELTA POR MADRID. A TODOS ELLOS LES PROPONEMOS UNA VISITA AL CENTRO DE EXPOSICIONES ARTE CANAL, DONDE SE PRESENTA UNA GRAN EXPOSICIÓN DEDICADA A LA FIGURA DE LA ÚLTIMA REINA DE EGIPTO, CLEOPATRA. EN ELLA PODRÁN ADMIRAR MÁS DE 400 PIEZAS DE 80 MUSEOS Y COLECCIONES ESPAÑOLAS E INTERNACIONALES, ALGUNAS PROCEDENTES DE YACIMIENTOS ARQUEOLÓGICOS DE EGIPTO, POMPEYA, ROMA Y LA HISPANIA ROMANA.

Cerca de 2000 metros cuadrados albergarán diversos objetos que acercarán al público la vida de uno de los personajes femeninos más fascinantes de la Historia. Entre ellos, un busto de la reina tallado en alabastro o un anillo de vidrio con forma de escarabajo procedentes de Egipto de los siglos II y I antes de Cristo, así como los trajes que lució **Elizabeth**

Taylor en la película Cleopatra, rodada en 1963 bajo la dirección de Joseph L. Mankiewicz.

A través de cuatro audiovisuales situados a lo largo del recorrido, los visitantes podrán sumergirse en el interior de un templo egipcio en el momento de la muerte de **Cleopatra**, en una pinacoteca o entre las bambalinas de un teatro.

La muestra presentará a Cleopatra desde diversos puntos de vista: como reina de Egipto, como amante de **Marco Antonio** o enemiga del futuro emperador Cesar Augusto. Abarcará períodos históricos de gran interés, como el antiguo Egipto de la época ptolemaica y como provincia romana, el paso de la Roma tardo republicana a la etapa imperial y la influencia egipcia en la Península Ibérica a través de los fenicios y romanos.



CLEOPATRA

BUSTO DE REINA PTOLEMAICA



Cuándo	Hasta el 8 de mayo
Lugar	Centro de Exposiciones Arte Canal
Web	www.exposicioncleopatra.es/
Metro	Plaza Castilla



**PLAZA BERNARDAS,
ALCALÁ DE HENARES**

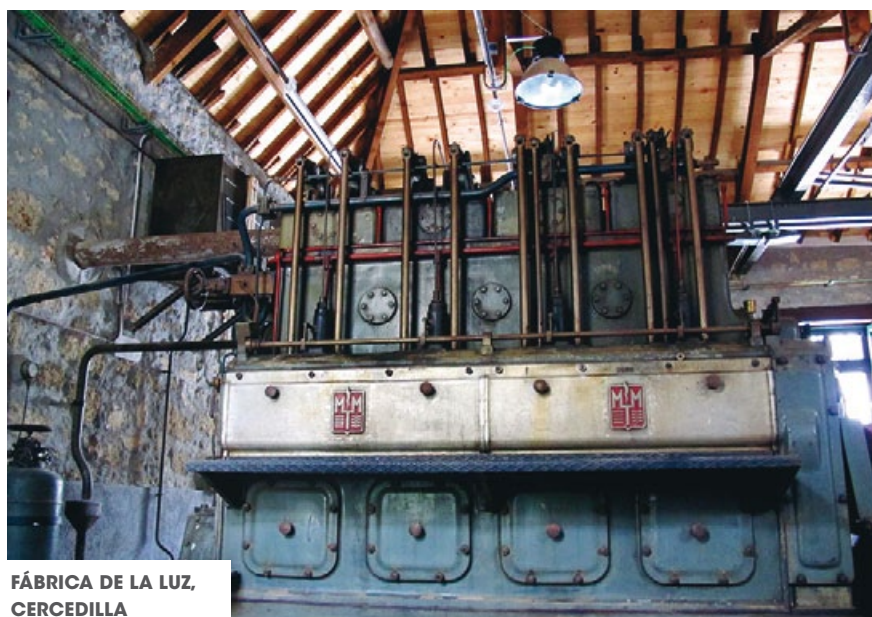
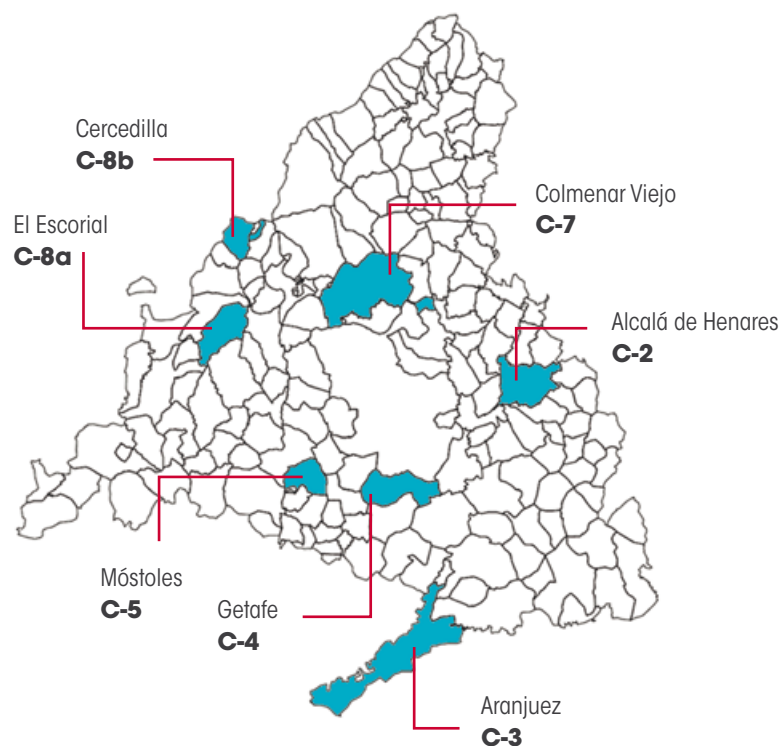
DESCUBRE LOS MONUMENTOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN CERCANÍAS

LA VISITA A LA CIUDAD DE MADRID POR ASUNTOS LABORALES, COMO ES EL CASO DE LA ASISTENCIA A EXPONENTIAL, TAMBIÉN OFRECE LA OPORTUNIDAD DE HACER TURISMO POR RINCONES MARAVILLOSOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

La Dirección General de Patrimonio Histórico propone una forma diferente de conocer el patrimonio de la Comunidad, poniendo al alcance de todos sus visitantes un conjunto de bienes culturales pertenecientes a ocho municipios de la región, que podrán ser visitados de forma cómoda y accesible a través de la red de Cercanías de Madrid.

“Descubre tus monumentos en Cercanías” es la fórmula turística que te acerca a Alcalá de Henares, Aranjuez, Cercedilla, Colmenar Viejo, El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, Getafe y Móstoles. Junto a monumentos y conjuntos históricos de reconocido valor patrimonial, el visitante podrá descubrir una amplia variedad de bienes culturales no tan conocidos, pero no por ello menos relevantes, que no dejarán de sorprenderle.

La Plaza de las Bernardas, en Alcalá de Henares, la estación de ferrocarril de Aranjuez, la fábrica de la luz, en Cercedilla, la Basílica de la Asunción, en Colmenar Viejo, la iglesia de San Bernabé, en el Escorial, el Hospitalillo de San José, en Getafe, el Museo de la ciudad de Móstoles son, entre otras, algunas de las maravillas culturales que podrán ser visitadas en este recorrido.



**FÁBRICA DE LA LUZ,
CERCEDILLA**

[INTERESANTE CITA CIENTÍFICA]

Aspectos quirúrgicos en gerodontología

El pasado 12 de diciembre se celebró en los Laboratorios NORMON el curso de “Aspectos quirúrgicos en gerodontología”. El acto sirvió para congregarse a numerosos alumnos de las principales universidades madrileñas: Universidad Complutense de Madrid, Universidad Rey Juan Carlos I, Universidad Europea y Universidad Ceu San Pablo.

En esta interesante cita científica, las Doctoras Barona Dorado, Martínez Rodríguez y Martín Ares, profesoras del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma, nos plantearon preguntas sobre la actuación ante un paciente de edad

avanzada, ¿se puede hacer una extracción a un paciente con tratamiento con bifosfonatos?, ¿son los anestésicos seguros?, ¿qué antibióticos son de primera elección en las infecciones odontógenas? entre otras.

Por último el Prof. Dr. Martínez-González de la Universidad Complutense de Madrid, versó su conferencia sobre ¿los riesgos ante una extracción y cómo actuar ante una úlcera traumática? dejándonos una frase representativa de su discurso *“Si una úlcera puede ser descrita en forma y tamaño con los ojos cerrados, puede ser un cáncer...”* ●



[16 DE JULIO]

Osteógenos organiza su V Jornada de cirugías en directo en Madrid

El próximo 16 de julio tendrá lugar en el Hospital Dental de Madrid la V Jornada de Cirugías en Directo titulada “Regeneración Ósea Guiada y cirugía plástica gingival”.

Previamente a las cirugías en directo, se impartirán cuatro conferencias ofrecidas por los Doctores Antonio Murillo Rodríguez (Univ. Alfonso X) y Leandro Chambrone (Univ. El Bosque, Colombia).

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

V Jornada Live Surgery . Madrid
Regeneración ósea guiada y cirugía plástica gingival

Prof. Antonio Murillo Rodríguez
Univ. Alfonso X, España

Prof. Leandro Chambrone
Universidad El Bosque, Colombia



PUNTEX

Salud y Sanidad



SOBRE NOSOTROS

PUNTEX es una marca fundada en 1969, especialista en la edición de publicaciones dirigidas al sector profesional de la salud y la sanidad. Durante más de 40 años ha logrado situarse como líder de las guías profesionales y revistas técnicas especializadas de este país.

Actualmente nos encontramos en una fase de evolución basada en las nuevas tecnologías que permitirá a los especialistas, empresas proveedoras, hospitales, establecimientos e instituciones, consultar y disponer de un mayor escaparate para hacer llegar su información a los más de 200.000 profesionales que visitan nuestra web.

También encontrará en nuestro portal un lugar que le permitirá relacionarse con otros profesionales mediante las redes sociales, visitar nuestra hemeroteca, encontrar formación especializada, asistencia a ferias, viajes relacionados con la salud, y múltiples servicios.

El público objetivo al que nos dirigimos es el siguiente:

- Proveedores de productos y/o servicios.
- Promotores de actividades (Ferias, Seminarios, Congresos, etc)
- Plataformas y centros profesionales
- Clase médica por especialidades.
- Farmacias y distribuidores.
- Laboratorios de análisis clínico.
- Clínicas dentales.
- Dirección de Hospitales y Residencias.
- Comercios de la Salud
- Óptica y Audio prótesis.
- Instituciones y corporaciones sanitarias.
- Universidades, Facultades y Centros de Enseñanza.

Las Guías publicadas por Puntex son; Analítica, Dental, EFP y Parafarmacia, Enfermería, Estética, Hospitalaria, Oftalmología, Óptica y Audioprótesis, Ortopedia, Podología, Prótesis Dental, Residencias 3ª edad, Traumatología, y Veterinaria, han sido durante todos estos años la fuente preferente de información de los profesionales de la salud y la sanidad.



BUSCADOR PORTAL SALUD

Nuestro buscador especializado es la mejor herramienta para uso diario de los profesionales de la salud y la sanidad.

Toda la información contenida en las guías profesionales Puntex está disponible de forma ONLINE.

Acceda al buscador único de Proveedores, Productos, Marcas, Especialistas, Establecimientos, Hospitales, Instituciones y Eventos, y encuentre de forma inmediata la información que precisa. Búsquedas segmentadas, temáticas, rápidas e intuitivas.



BUSCADOR DE CATALOGOS

El buscador de catálogos permitirá buscar información en los catálogos de las principales empresas del sector.

Consulte con el departamento de marketing sobre las condiciones para publicar el catálogo de su empresa y destáquese de sus competidores en:

marketing@puntex.es

Con un solo vistazo podrá localizar la información profesional que precisa y compararla con las diferentes opciones del mercado.



667 408 920

TE ESPERAMOS EN EXPONENTIAL
10-12 marzo
VISITENOS EN NUESTRO STAND
Nº 5E12

Devolvemos juntos la sonrisa a sus pacientes

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



Licencia Sanitaria - FMD650CAT

**LA MEJOR FORMA
DE CONOCERNOS**

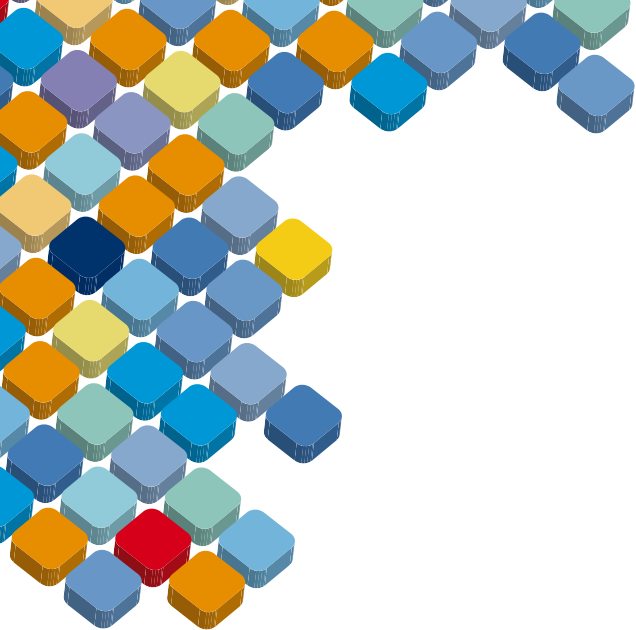




 **932 504 795**

www.sivpdental.es

Laboratorio de prótesis dental - Doble certificación ISO 9001 y 13485



Normoimplant system en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado

 Versatilidad

 Variedad

 Eficacia



Implantes

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

Instrumental



Prótesis



www.normon.es



NORMON
DENTAL