

Carlos Navarro Vila

*“El nivel de los
odontólogos
españoles es
excelente”*



Rafael Carroquino
Presidente del Colegio de
Dentistas de Melilla



Fco. Javier Relinque
Socio-Director
Bufete IVB Abogados



Ramón Martínez Corriá
Discípulo del
Profesor Branemark



MOZOGRAU[®]

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

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



Opinión



Actualidad

NOTICIAS

Javier Sanz Serrulla, académico electo de la RANM · La Fundación Odontología Social crea la primera clínica dental en un centro de acogida de inmigrantes

REPORTAJE

EXPODENTAL 2016



Entrevista

Carlos Navarro

Catedrático de Cirugía Maxilofacial de la UCM

Ramón Martínez Corriá

Discípulo del Profesor Branemark

Fco. Javier Relinque

Socio-Director del Bufete IVB de Abogados

Rafael Carroquino

Presidente del Colegio de Dentistas de Melilla



Ciencia y salud

La medicina española en la época de Miguel de Cervantes

Caso Clínico

Diagnóstico precoz de cáncer oral

Caso Clínico

Quistectomía y xenoinjerto

Relación entre el carcinoma oral escamoso y los implantes dentales



Mejora tu gestión

Seguridad de la información en la empresa

Francisco Larios, Socio de Hiss

Cómo conseguir que la primera visita de tu paciente no sea la última

Ros Megías



Ocio y deporte

DESTINOS

San Sebastián, la joya del Cantábrico



Empresas



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, Académico de Número de la RANM.

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



Prof. Javier Sanz Serulla,
Académico electo
de la RANM

10



La Fundación Odontología Social crea la primera clínica dental en un centro de acogida de inmigrantes

16



18

EXPODENTAL 2016

Confirma el importante crecimiento del sector dental

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



Tenemos pacientes, no clientes

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Es la primera vez que escribo para “Odontólogos de Hoy”, así que supongo que tendré que presentarme, mi nombre es Alejandra Llorente, soy una joven odontóloga española que trabaja en una ciudad al norte de Inglaterra, algún día os contare cómo llegue hasta aquí, pero hoy vengo a contaros otra historia.

La vida en Inglaterra, como os imaginaréis, es lluviosa, en invierno a las 3 y media ya es de noche, supongo que esto afecta al carácter. El primer día que empecé a trabajar aquí me di cuenta de que mis pacientes son reservados, incluso distantes, y a la vez muy respetuosos, a los dentistas nos tienen mucho miedo. Mis compañeros son muy profesionales y correctos, muy reservados también, podemos decir que hasta fríos, hasta que llegué yo... no sé si fue para bien o para mal, todavía a veces dudo, pero el día que llegué, les contaminé a todos con “mi virus emocional español”.

Yo crecí viendo cómo mi padre trataba con cariño a sus pacientes, como si fueran de la familia, el típico dentista de toda la vida, y aunque a mí me tocó la generación de las empresas del diente, de los chollos, de las ofertas, de la degradación máxima de la profesión, yo había decidido que no iba a cambiar, así que a mis pacientes ingleses, acostumbrados al trato afectivo o no, los iba a tratar igual que mi padre a los suyos.

A mis pacientes al principio les causé un poco de shock pero poco a poco se fueron acostumbrando, hasta tal punto de que eran ellos los que al final me sorprendían a mí.

Nunca se me olvidará una señora mayor, la típica abuelita inglesa con una rebeca de flores.

Le tuve que hacer varias extracciones y al final unas dentaduras, el día que se las terminé se puso a llorar. Yo le pregunté por qué lloraba, si habían quedado muy bien, me dijo que su hija siempre le decía que se tenía

“ *Unas veces tenemos que emocionarnos con nuestros pacientes y otras veces tenemos que protegerlos.* ”

que arreglar la boca y que, por fin, lo había hecho, pero que no lo vería porque había fallecido. A mí me dio tanta pena que me puse a llorar con ella, para que al cabo de un rato me dijera que a su hija la había pillado un tren hace 50 años. Yo estaba que no salía de mi asombro, pero al fin y al cabo era su hija, pasaran los años que pasaran. Ella se fue contenta porque era algo que tenía que cumplir.

Unas veces tenemos que emocionarnos con nuestros pacientes y otras tenemos que protegerlos...

Después de los atentados de París, como siempre que hay un atentado, el nivel de racismo o recelo hacia la comunidad musulmana crece, no nos damos cuenta de que son odios creados hacia un lado o hacia el otro porque deshumanizamos al bando contrario, por desconocimiento, y metemos a todos en el mismo saco. Mi enfermera Arzoo lleva velo, es musulmana y es de las personas más nobles y buenas que conozco, tiene una paciencia de santa por aguantarme a mí y a todos nuestros pacientes. Si Arzoo no estuviera supongo que a mí también el racismo me habría trastocado los prismas, mezclaría entre terroristas fanáticos y personas normales.

“ *Perteneceemos a una profesión sanitaria, tratamos a personas y, por mucho que se nos esté degradando en un sistema mercantil, tenemos que recuperar la faceta humana.* ”

Por eso, supongo que cuando apareció esa mañana una de mis pacientes con burka creo que ni me inmuté, solo se le veían esos ojos azules. Mi paciente traía una niña pequeña, era la primera vez que venían. La madre me comentó que estaba muy preocupada de que su hija comiera bien, se lavara los dientes, porque no quería que terminara con la boca como ella. La niña estaba perfecta, pero cuando examiné a la madre comprendí sus miedos y su preocupación, ella tenía unos veinte años y la boca completamente destrozada.

Cuando se levantó el burka, más que lo destrozada que tenía la boca, lo que me sorprendió era lo blanca que tenía la piel, esta chica no era de origen pakistaní, ella era.... ¡era inglesa!

¿Una inglesa con burka?

Fueron pasando las citas y su boca fue mejorando, su confianza en mí también, me contó que su madre era alcohólica y drogadicta, que nunca se había preocupado por ella, que había crecido en una familia desestructurada y que cuando tenía dieciséis años conoció al que es su actual marido, que él la cuidó, la protegió, y se casó con ella.

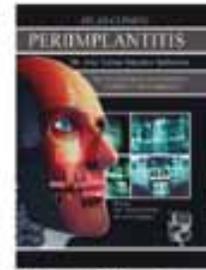
En la última cita me contó que ella se puso el burka por él y se convirtió al Islam. Parecía que en sus ojos me pedía que le dijera si estaba bien o estaba mal, supongo que ese lazo de protección que se había creado mientras yo la había ido tratando se había hecho muy fuerte.

Yo le contesté: “Te has puesto el burka porque has querido, ¿no? Tienes una niña preciosa y yo creo que eres feliz, el día que te quieras quitar el burka te lo quitas igual, como te lo pusiste, por voluntad propia, si tienes algún problema o las cosas cambian, tú ya sabes que puedes venir a tu dentista, que siempre estará aquí para ayudarte y escucharte”. Ella entendió exactamente lo que le estaba diciendo, sonrió y se marchó.

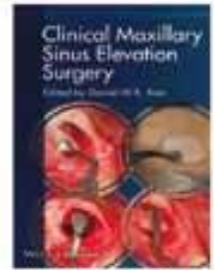
Hay pacientes que entran y salen de nuestra consulta, pero también existen muchos que nos dejan huella y nosotros a ellos. Perteneceemos a una profesión sanitaria, tratamos personas y, por mucho que se nos esté degradando en España en un sistema mercantil que nos quiere convertir en unos “vende-tratamientos”, eso no es así. Tenemos que recuperar la faceta humana. No somos sacacuartos, tenemos pacientes, no clientes •



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regenerativas
Carlo Tinti



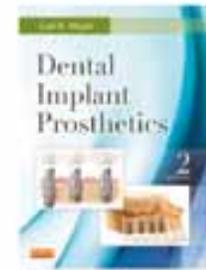
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



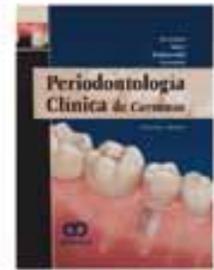
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



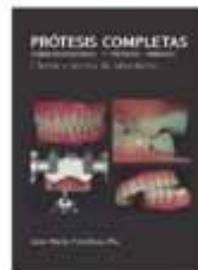
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



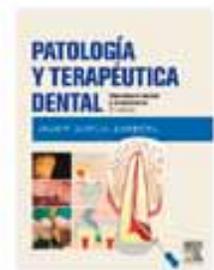
Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



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



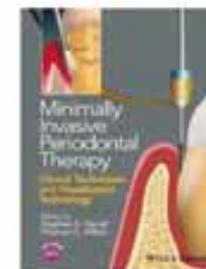
Oclusión funcional: Diseño de la Sonrisa a partir de la ATM
P. Dawson



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





Tribuna de Salud Pública. La salud dental en España: las desigualdades regionales (4)

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

Con este artículo termino la serie dedicada al estado de la salud dental en España y su distribución. Vamos a ver cómo las diferencias condicionadas por determinantes socio-económicos tienen su reflejo también en las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA). Ocurre que, a pesar del descenso de la caries, persisten diferencias por comunidades que siguen un patrón acorde a las diferencias en la riqueza territorial. Según los datos disponibles (hasta 2010) el CAOD nacional en adolescentes es de 1,12; las comunidades con un PIB por encima de la media nacional como País Vasco, Navarra, Cataluña o Baleares tiene una afectación por caries inferior (0,52, 0,63, 0,73 y 0,89 respectivamente), mientras que las situadas por debajo de la media tienen una afectación superior (Andalucía 1,23, Extremadura 1,31 o Canarias 1,51). Esto significa, por ejemplo, que Canarias presenta el doble de caries que el País Vasco, y Extremadura o Andalucía el doble que Navarra. Además, en las regiones donde existe un mayor nivel de caries, también hay una mayor diferencia entre los niveles socio-económicos: el diferencial entre el nivel superior e inferior en Navarra es de 8,3 puntos porcentuales, mientras que en Canarias es de 22,6.

Pero también ocurren diferencias regionales en el acceso a los servicios de salud dental. La odontología pública para adultos es prácticamente inexistente en nuestro país, pero no así la odontología para niños y adolescentes. El RD 1030 del año 2006 contempla la odontología reparadora para estos grupos (6-15 años), aunque no todas las CC.AA. ofertan los mismos servicios. Es cierto que

todas ofrecen prestaciones de odontología preventiva y reparadora, pero también lo es que existen diferencias importantes en su cartera de servicios, cobertura, financiación, soporte legislativo, red de centros asistenciales y dotación de recursos en general. De tal manera que niños o adolescentes de la misma edad que viven en poblaciones limítrofes pero pertenecen a comunidades diferentes, no tienen acceso a la misma asistencia dental, ni en las mismas condiciones, evidenciando un grave problema de equidad.

La puesta en marcha de esos programas ha dependido de la voluntad política de cada administración autonómica, razón por la cual se han producido desarrollos a diferentes velocidades. Esto ha condicionado que no exista un modelo único –como ocurre, en líneas generales, con la asistencia sanitaria general– sino diferentes modelos acordes al impulso político de cada comunidad. Algunas iniciaron estos programas hace ya veinticinco años y otras lo hicieron hace apenas una década.

Los datos que disponemos sobre la utilización de cada uno de los sistemas apuntan en la misma dirección de las desigualdades regionales. La tasa de utilización en las comunidades pioneras se acerca al 70% (techo que nunca ha sido rebasado, aunque lo que se ofrece es odontología libre y gratuita), mientras que en otras se sitúa entre el 30 y el 40%. Esta es una muestra más de lo que a la odontología le falta para integrarse en el sistema sanitario español. En cualquier caso, es necesario no perder de vista que el impulso de la política sanitaria en el ámbito de la salud bucodental debe ir encaminado a la reducción de tantas desigualdades •

NSK

CREATE IT.

Perio-Mate

Eliminador de Película Biológica



999 €*
+865 €*

+ 2ª Pieza de Mano

+ Perio-Mate Powder 2 frascos de 160 g

PARA EL TRATAMIENTO DE BOLSAS PERIODONTALES Y PERIIMPLANTITIS

Conexión rápida a la mayoría de los acoplamientos de turbina

- Puntas de boquilla desechables e higiénicas
- Flujo de polvo preciso y constante
- Todas las piezas son desmontables
- Anillo de control de polvo
- Boquilla fina
- Rotación fluida de 360°



Perio-Mate Powder

Polvo para tratamientos subgingivales con dispositivos neumáticos de pulido
2 frascos de 160 g

59 €*
78 €*

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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

[NOMBRAMIENTO]

El Profesor Javier Sanz Serrulla, Académico electo de la RANM

La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) ha nombrado Académico Electo al Profesor Javier Sanz Serrulla, que ocupará el sillón nº 24 de “Historia de la Medicina”, plaza que quedó vacante tras el fallecimiento del Prof. Luis Sánchez Granjel, quién en su día sucedió a D. Pedro Laín Entralgo. Esta especialidad está integrada en la Sección IV, dedicada a la Medicina Social y Salud Pública.

El Profesor Javier Sanz Serrulla, poseedor de un extenso curriculum es Doctor en Medicina y Cirugía, Doctor en Historia, Doctor en Odontología, Médico especialista en Estomatología y Magíster en Bioética. Como docente es Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina de la UCM.

Por otro lado, es Director del Museo de la Facultad de Odontología de la UCM y Director técnico del Mu-

“ *El Profesor, poseedor de un extenso curriculum, ha sido nombrado por la RANM para ocupar el sillón nº24 de “Historia de la Medicina”.* ”

seo de Medicina Infanta Margarita, y también es el Fundador y Presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología.

A todo esto hay que sumar una amplia experiencia como escritor, ya que es autor de 22 libros de la especialidad y en la actualidad presenta la sección de Historia de la Medicina en el programa “El Ojo Clínico” de TVE-2 ●



NOTA DEL EDITOR:

Desde Odontólogos de Hoy felicitamos al Dr. Sanz Serrulla, ya que su presencia en la Real Academia prestigia una vez más a nuestra profesión, en este caso de forma especial ya que habitualmente felicitamos a los profesionales que ocupan los sillones destinados a odontología y estomatología, pero en este caso, el que ocupará el Dr Sanz es el de Historia de la Medicina, el mismo que en su día ocupasen D. Pedro Laín Entralgo y otros ilustres profesionales. Gracias a este nombramiento la presencia de la odontología es más que relevante en esta prestigiosa institución. ¡Enhorabuena!



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

Preservación de los **tejidos**

- ♥ **Ajuste** implante-prótesis
- ♥ **Superficie integradora**
- ♥ **Delicadeza** en la secuencia de **fresado**
- ♥ **Cuidamos** la **vida** de cada **implante**

MOZGRAU®  ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

[CELEBRADO EN EL PALACIO DE CONGRESOS]

II Simposio de Ortodoncia de la Universidad de Salamanca

El II Simposio de Ortodoncia de la Universidad de Salamanca tuvo lugar el sábado 27 de febrero en el Palacio de Congresos de la ciudad, con la asistencia de más de 500 asistentes. Desarrollado con el lema “Ortodoncia, Arte y Diversión”, el objetivo era contar con un programa científico de máxima calidad junto a una divertida agenda social. Todo estuvo rodeado de la historia y monumentos que encuadran a la ciudad de Salamanca.

El Simposio, organizado por el Dr. Alberto Albaladejo, coordinador de la asignatura de Ortodoncia de la Universidad de Salamanca, contó con un programa científico con el tema “El Tratamiento de la Clase III”, que fue abordado a través de 10 ponencias realizadas por varios de los mejores Ortodoncistas y Cirujanos de España.

Este plan de trabajo estuvo amenizado por una elaborada agenda social donde diferentes músicos y actores salmantinos amenizaron los intermedios y la cena con su música y sorpresas •



[EN SU 25 ANIVERSARIO AL SERVICIO DE LA INSTITUCIÓN]

El CODE reconoce a José Manuel Cuadrillero

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región (Valladolid, Burgos, Palencia, Soria y Zamora) tuvo un especial reconocimiento a su Gerente D. José Manuel Cuadrillero, que cumplió 25 años al servicio de la institución colegial. En la imagen el Sr. Cuadrillero junto a los tres últimos Presidentes del Colegio, los doctores Moreda Frutos, Rodríguez Ortega y Nieto Bayón •



[EN BARCELONA, DEL 31 DE MARZO AL 2 DE ABRIL]

XXXIII Congreso Mundial de la International Congress of Oral Implantologist



DE IZDA A DCHA: DRES. PABLO GALINDO, PDTE. SCOI, DANIEL TORRES, JORDI GARGALLO, PDTE. CONGRESO SCOI, JOSEP ARNABAT Y MANUEL M^o ROMERO.

Durante los días 31 de marzo al 2 de abril de 2016 se celebró en Barcelona el XXXIII Congreso Mundial de la ICOI (International Congress of Oral Implantologist), que es la organización más grande del mundo de implantes y el proveedor más importante de formación continuada en implantología.

Paralelamente, se celebró el IV Congreso Internacional de la SCOI (Sociedad Científica de Odontología Implantológica), presidido por el Dr. Jordi Gargallo Albiol. Este evento se desarrolló en el Centro de Convenciones Internacional de Barcelona situado en el Forum y reunió a más de 900 personas •

[ORGANIZADA POR LA SEDCYDO]

Jornada de Actualización en Dolor Orofacial

El pasado 13 de febrero se celebró en el Hospital Casa de Salud de Valencia la “Jornada de Actualización en Dolor Orofacial”, organizada por los Dres. Isidoro Cortell Ballester y Raquel González Martínez, en el marco de la Reunión de Invierno de la SEDCYDO.

Con la asistencia de más de 100 participantes, la calidad científica de los ponentes y el interés por los temas tratados en sus conferencias lograron acaparar la atención de los asistentes durante toda la jornada •



[DESDE EL 30 DE ENERO]

La Federación Española de Higienistas Bucodentales ya cuenta con el Colegio de Higienistas de Galicia

La incorporación del Colegio Profesional de Higienistas de Galicia (CPHDG) como nuevo miembro de la Federación se hizo oficial en la primera Asamblea General de HIDES en 2016, que tuvo lugar el pasado 30 de enero.

La adhesión del Colegio Profesional de Higienistas de Galicia a HIDES recibió el respaldo unánime de sus colegiados con el fin de lograr, por un lado, la participación de Galicia en la

defensa y promoción de la profesión en España y por otro, la representación de la comunidad a nivel europeo e internacional.

A partir de ahora, complementará su participación en las actividades de los Colegios Profesionales con su integración en la Federación de Higienistas Bucodentales: “seremos fieles al funcionamiento interno de la Federación HIDES y a las reuniones y acciones de los Colegios, guardando secreto

sobre asuntos cuya divulgación pueda perjudicar los intereses de las organizaciones”, señalaba la presidenta del Colegio gallego, Andrea Pardo.

Con la incorporación del Colegio Profesional de Higienistas de Galicia, HIDES sigue creciendo y ya está presente en doce comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Euskadi, Galicia, La Rioja, Murcia y Navarra •

[EN EL MARCO DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD]

Enrique Peña Nieto, Presidente de México, otorga galardón al Dr. Rolando Peniche Marcín

El pasado 7 de abril, dentro del marco del Día Mundial de la Salud, se celebró la ceremonia de entrega de la condecoración “Dr. Eduardo Liceaga”, así como los Premios al Mérito 2016, que la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General Federal de México otorgan a los profesionales que han destacado por sus avances a la ciencia médica y la administración de servicios asistenciales. Entre los condecorados por el Presidente Enrique Peña Nieto se encontraba en el apartado de Odontología el Doctor Rolando Peniche Marcín, Director de la Facultad de Odontología Anáhuac Mayab.

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 proyectos de odontología social, como el de las Brigadas Internacionales en Yucatán.

El Dr. Peniche agradeció la condecoración con las siguientes palabras: “Yo he sido un privilegiado de la vida, recibir hoy este premio es el momento cumbre de mi profesión odontológica, yo se lo dedico a todos los odontólogos mexicanos, me siento muy honrado, contento y lo disfruto junto con mi familia” •

“ *Rolando Peniche Marcín es una personalidad reconocida a nivel mundial que, actualmente, es el Director de la prestigiosa Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab (México).* ”



ROLANDO PENICHE CON EL PREMIO FOS, OTORGADO A SU UNIVERSIDAD, JUNTO A FERNANDO GUTIÉRREZ, EDITOR DE LA REVISTA.





ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

¿Qué es "Tissue Care Philosophy"?

Preservación de los tejidos peri-implantarios

• **Ajuste** implante-prótesis

La firma está trabajando para lograr el "GAP cero" entre implante y pilar ; como consecuencia, se minimiza la remodelación ósea. Esto es posible gracias al sistema completo implante-pilar de Ticare.

"...the interface or microgap between the implant and abutment has been suggested to have a detrimental effect on the marginal bone level (Henlmann et al. 1997; Brogгинi et al. 2006)."

• **Superficie integradora**

La superficie "RBM TC" está bombardeada con fosfato cálcico y pasivada con ácido. Micro-rugosa, homogénea en todas las partes del implante con una rugosidad entre 1,2 y 1,6 Ra. Totalmente avalada y testada en estudios, incluso realizados en casos extremos como pacientes oncológicos, publicados en revistas de impacto entre las que se encuentran JOMI, JOMS, COIR, etc.

• **Delicadeza** en la secuencia de **fresado**

Estudiada y diseñada para obtener la adecuada preparación del alveolo sin traumatizar por exceso de calentamiento el tejido óseo. Según el estudio del Dr. Blanco obteniendo valores BIC 60 y estabilidad primaria 70 ISQ

Influence on early osseointegration of dental implants installed with a two different drilling protocols: a histomorphometric study in rabbit. Blanco, Juan; Álvarez et al. Clinical Oral Implant Research. 2011; 22: 92-99

Con el Código Explorer cada paciente puede descargar el certificado de su implante o prótesis Ticare

• **Cuidamos** la **vida** de cada **implante**

Con el Código Explorer el concepto de trazabilidad de los implantes Ticare va mucho más allá de lo que hasta ahora se conocía, ofreciendo al paciente la información total de los procesos a los que se someten todos nuestros implantes y aditamentos.

Compartimos las herramientas de comunicación que le ayudarán a que su paciente conozca la excelente calidad del material que le han implantado.

GARANTÍA DE CALIDAD · QUALITY GUARANTEE

MOZGRAU  **ticare**

CERTIFICA QUE:

El producto con Código Explorer 32651234 suministrado bajo la Referencia: 23204210 y lote: 1309201013 ha sido fabricado cumpliendo los protocolos de mecanizado exigidos siguiendo nuestro Sistema de gestión de Calidad según el referencial UNE EN ISO 13485 y la normativa europea de calidad CE.

Gracias a nuestro código Explorer, aportamos el histórico de trazabilidad de fabricación y controles de producto a los que ha sido sometida la pieza.

Referencia: 23204210

Descripción: IMPLANTE 4,25 X 10 MM INHEX STD

Lote: 1309201013

Orden de fabricación: 13018225

Fecha de fabricación: 22/03/2012

Fecha de verificación: 23/03/2012

Operaciones realizadas

Responsable de fabricación de su pieza
SR. PEDRO SANGUINO ARCOS
22/03/2012

Responsable de control
SR. LAURA RO
23/03/2012

Para su información le mostramos el plano de su implante y/o aditamento más significativos de la pieza, que garantizan el cumplimiento del diseño original.

MOZGRAU S.A. asegura la calidad de producto mediante a través de:

CERTIFICA QUE:

El producto con Código Explorer 32651234 suministrado bajo la Referencia: 23204210 y lote: 1309201013 ha sido fabricado cumpliendo los protocolos de mecanizado exigidos siguiendo nuestro Sistema de gestión de Calidad según el referencial UNE EN ISO 13485 y la normativa europea de calidad CE.

MOZGRAU S.A. garantiza la calidad de producto mediante a través de:

El producto con Código Explorer 32651234 suministrado bajo la Referencia: 23204210 y lote: 1309201013 ha sido fabricado cumpliendo los protocolos de mecanizado exigidos siguiendo nuestro Sistema de gestión de Calidad según el referencial UNE EN ISO 13485 y la normativa europea de calidad CE.

MOZGRAU S.A. garantiza la calidad de producto mediante a través de:

El producto con Código Explorer 32651234 suministrado bajo la Referencia: 23204210 y lote: 1309201013 ha sido fabricado cumpliendo los protocolos de mecanizado exigidos siguiendo nuestro Sistema de gestión de Calidad según el referencial UNE EN ISO 13485 y la normativa europea de calidad CE.

[EN LA CIUDAD DE MELILLA]

La Fundación Odontología Social crea la primera clínica dental en un centro de acogida de inmigrantes

La clínica dental solidaria instalada en el Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes (CETI) de Melilla ya es una realidad gracias a la materialización del proyecto “Una sonrisa para el CETI”, promovida por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer, con la colaboración de la Fundación Obra Social La Caixa, y el Colegio de Dentistas de Melilla.

Este proyecto de Odontología Social para los más desfavorecidos, incluye la instalación de un gabinete dental, con toda la aparatología necesaria para garantizar asistencia dental preventiva y terapéutica a los inmigrantes que residen en el CETI, gracias a la colaboración desinteresada de dentistas colegiados en Melilla y otros lugares de España.

Con la instalación de este gabinete dental se contribuye a completar la asistencia sanitaria que reciben los inmigrantes en este centro regulado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social del Gobierno de España.

Al acto oficial de inauguración, que tuvo lugar el viernes 26 de febrero, asistieron el Delegado del Gobierno en Melilla, Abdelmalik el Barkani, el director de la Fundación Odontolo-

“ *Con la instalación de este gabinete se contribuye a completar la asistencia sanitaria que reciben los inmigrantes en este centro regulado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.* ”

gía Social Luis Seiquer, Prof. Antonio Castaño Seiquer; el Director de La Caixa en Melilla, D. Eduardo González; el Presidente del Colegio de Dentistas de Melilla, Dr. Rafael Carroquino, acompañado de su Junta Directiva; el Secretario del Consejo General de Dentistas, Prof. Juan Carlos Llodra; y responsables del Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes.

La Defensora del Pueblo Doña Soledad Becerril, sevillana como el Dr. Antonio Castaño, mostró su satisfacción por la inauguración de este centro y felicitó a sus impulsores.

Organización sin ánimo de lucro

La Fundación Odontología Social es una institución sin ánimo de lucro que, desde su creación en el año 2009, desarrolla su labor en América, Europa y África. En concreto, en el norte de África ha trabajado durante el período 2009-2011 en la Ciudad Española de Ceuta en alianza con el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), y el Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla. En ese período se desarrolló un programa de odontología infantil integral para la población infantil de los barrios El Príncipe Felipe y el Príncipe Alfonso (Centro de Salud El Tarajal). En aquel período se prestó atención a 1.511 niños, realizando un total de 3.148 tratamientos, de los cuales 2.926 correspondían a obturaciones. Se realizaron 121 exodoncias y 46 pulpotomías. Este colectivo infantil fue rehabilitado con 40 coronas metálicas y se colocaron 15 mantenedores de espacio. Por una serie de circunstancias este programa no tuvo continuidad y ahora, gracias al apoyo de la Obra Social La Caixa, se van a reiniciar las actuaciones.





“
En 2010 la Fundación Odontología Social estableció un convenio con la Fundación Hanan de Tetuán, buscando la atención bucodental de más de 800 niños con discapacidades físicas y/o psíquicas.”

En el año 2010, la Fundación Odontología Social estableció un convenio con la Fundación Hanan de Tetuán (Marruecos). La alianza de ambas Fundaciones busca la atención bucodental de los más de 800 niños/as con discapacidades físicas y/o psíquicas que son atendidos/as en el centro modélico que la Fundación Hanan posee en Tetuán. Gracias a esta alianza, centenares de niños/as han recibido atención odontológica durante estos 6 años. La clínica dental creada en las instalaciones de la Fundación Hanan fue equipada en su totalidad por aportaciones de la Fundación Odontología Social. También la Fundación Odontología Social aportó los cooperantes para hacer posible la atención dental del colectivo. La clínica dental FOS-Hanan se constituyó como la primera clínica dental de una Institución para personas de necesidades diferentes del norte de África.

Las peculiares circunstancias geográficas, fronterizas, culturales y multiétnicas de Melilla hicieron concienciar al Presidente de la Fundación Social, el Prof. Antonio Castaño Seiquer de la importancia de desarrollar programas de odontología solidaria en esta ciudad española del norte de África. Desde el año 2012,

la Fundación Odontología Social trabaja en esta línea. Fruto de ello, han sido las dos ayudas otorgadas por el C. G. de O. y E. de España (2012 y 2015) para el desarrollo de este proyecto. Finalmente, el 26 de febrero de 2016 se inauguró la primera clínica dental solidaria de un centro de inmigrantes del arco mediterráneo. Probablemente se trate de la única clínica de sus características a nivel mundial.

Apoyo del Colegio de Melilla

La Fundación Odontología Social desde la visualización del proyecto buscó la máxima vinculación con el Colegio de Odontólogos y Estoma-

tólogos de Melilla. Y desde ese primer momento, encontró la máxima receptividad por parte del Colegio, y es especialmente significativa la ayuda de su Presidente, El Dr. Carroquino. El Presidente del Colegio, con un apoyo significativo de la colegiación ha desarrollado un rol decisivo en todo el elaborado proceso de puesta en marcha de la Clínica Dental Solidaria.

Desde el mes de marzo, la Clínica Dental Solidaria situada en el Centro de Estancia Temporal para Inmigrantes de Melilla (CETI) lleva a cabo de forma regular los programas preventivo-asistenciales establecidos. Trabajan tanto cooperantes provenientes del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla, como odontólogas melillenses con compromiso social. Los doctores Castaño Seiquer y Carroquino Cañas dirigen el proyecto ●



EXPODENTAL 2016 confirma el importante crecimiento del sector dental

El gran evento comercial del sector, EXPODENTAL 2016, celebró en Madrid su XIV edición, del 10 al 12 del pasado mes de marzo. Con una asistencia de 30.364 profesionales de 74 países y la satisfacción general de las empresas participantes, el Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales organizado por IFEMA y promovido por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria,

FENIN, creció de esta forma un 12% respecto a la visita profesional registrada en su pasada convocatoria. Esta edición ha marcado un hito en la historia del certamen ya que ha sido la más numerosa, con la asistencia de 325 empresas y 612 marcas de 34 países, configurando el más completo referente de novedades tecnológicas, tratamientos y soluciones de vanguardia.

EXPODENTAL
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES
INTERNATIONAL DENTAL EQUIPMENT, PRODUCTS AND SERVICES SHOW







En cuanto al perfil del asistente a EXPODENTAL, el colectivo más numeroso ha sido el de dentistas, que ha crecido en un 4% y ha supuesto el 35,65% de los visitantes registrados. Le siguen protésicos, con un 16,97%; higienistas dentales, con un 8,08%; ortodoncistas, con un 5,11%; cirujanos maxilofaciales, con un 3,41%, y auxiliares de clínica, con un 7,23%.

El Salón, que fue inaugurado por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, también recibió la visita del Consejero de Sanidad, Jesús Sánchez Martos.



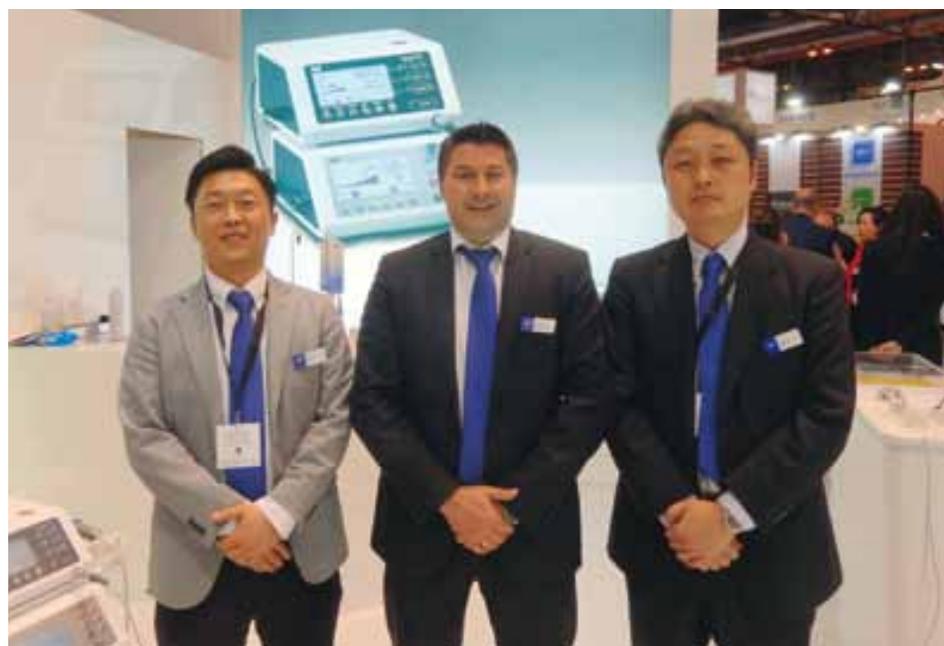


“ El certamen fue inaugurado por Alfonso Alonso, Ministro de Sanidad, y recibió la visita del Consejero Jesús Sánchez Martos. ”





Durante el certamen tuvo lugar el tradicional día del Estudiante, que congregó en torno a EXPODENTAL a 3.328 futuros profesionales del sector, que pudieron conocer de primera mano las últimas novedades tecnológicas de la industria y acceder a la oferta académica actual de programas y estudios de post grado, especialidades, formación continuada y MBAs recogida por primera vez en el nuevo Sector de Formación.





Asimismo, los Speakers Corners ofrecieron más de 50 sesiones sobre productos, tecnologías y tratamientos de vanguardia.

La industria ha asistido a esta nueva edición con sus últimos productos y novedades donde las innovaciones tecnológicas han estado presentes. Los responsables de las empresas asistentes han destacado la calidad y cantidad de contactos comerciales realizados durante el evento ●



“*Las casas comerciales destacan la cantidad y calidad de los contactos realizados durante EXPODENTAL.*”



[CARLOS NAVARRO VILA]

“El nivel de los odontólogos españoles es excelente”

Nuestra entrevista central tiene como protagonista al Profesor Carlos Navarro Vila, Catedrático de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, que en nuestra charla nos cuenta interesantes detalles de esta especialidad.

El Profesor Navarro Vila es poseedor de un completísimo curriculum que abarca múltiples facetas como docente, cirujano y autor de libros y artículos publicados en destaca-

das revistas nacionales e internacionales. Asimismo, ocupa puestos de responsabilidad en importantes instituciones: es Presidente del Board Europeo de Cirugía Maxilofacial, Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, Doctor Honoris Causa por la Universidad Carol Davila de Bucarest (Rumanía) y Vocal del Consejo Superior de Sanidad, entre otros puestos de responsabilidad.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: ¿Cuáles son las áreas de trabajo de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial?

Carlos Navarro Vila: Es una especialidad quirúrgica muy extensa, con campos quirúrgicos muy diferenciados que podríamos resumir en los siguientes apartados:

- Cirugía Oral.
- Implantología Oral.
- Cirugía preprotésica.
- Malformaciones congénitas.
- Cirugía Craneofacial.
- Traumatismo Craneofacial.
- Malformaciones maxilo-mandibulares adquiridas.
- Tratamiento médico y quirúrgico de la patología de la Articulación Temporomandibular.
- Patología y cirugía de las Glándulas Salivales.
- Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello.
- Cirugía Reconstructiva de Cabeza y Cuello.
- Microcirugía.

ODH: *¿Hacia dónde se dirige el futuro de la Cirugía Maxilofacial?*

CNV: Hacia la consolidación de los capítulos expuestos en la pregunta anterior, a la homologación curricular en todos los países de la Unión Europea y, posteriormente, a nivel mundial.

A la incorporación de las últimas tecnologías para el tratamiento de los tumores de Cabeza y Cuello, de la cirugía Reconstructiva en Oncología, tratamiento de las fracturas y de la Articulación temporomandibular.

Se está imponiendo de una forma definitiva el uso de los navegadores en estas tecnologías.

ODH: *¿Cuál es el enfoque que dan en su servicio al tratamiento de los pacientes oncológicos?*

CNV: La Oncología de Cabeza y cuello representa un porcentaje muy importante de nuestros pacientes.

En nuestro departamento, el tratamiento de todos los pacientes es discutido en un comité de tumores, debido al tratamiento multidisciplinario (Oncología médica, Radioterapia y Cirugía) que debe aplicarse a un número importante de estos pacientes.

Refiriéndonos exclusivamente a la Cirugía, nuestro planteamiento en el 100% de los casos se basa en dos principios:

- Cirugía Ablativa locoregional, intentando conseguir márgenes libres de la enfermedad.
- Cirugía Reconstructiva inmediata, en el mismo tiempo de la cirugía Ablativa; esta última cirugía debe atender a la estética y a la función.

Se trata de intentar devolver a los pacientes lo antes posible, y de la mejor forma, a su vida profesional, familiar y social.

“ *Para ser buen médico en el extenso sentido de la palabra, primero hay que ser muy humano y entender al paciente como una persona, no como una enfermedad.* ”

Muchos de estos pacientes son reconstruidos con colgajos microquirúrgicos.

Algunas de estas intervenciones pueden llegar a tener una duración de 12 horas.

ODH: *¿Cuál es su opinión sobre la línea a seguir en el trato con el paciente?*

CNV: Los pacientes deben ser tratados con mucho respeto, con proximidad humana y, por supuesto, con una absoluta ética profesional.

Para ser un buen médico en el extenso sentido de la palabra, pri-

mero hay que ser muy humano y entender al paciente como una persona y no exclusivamente como una enfermedad.

ODH: *Usted es el Presidente del BOARD Europeo en Cirugía Oral y Maxilofacial. ¿Qué representa esta institución y cuál es su papel en esa entidad?*

CNV: El BOARD Europeo en Cirugía Oral y Maxilofacial, es una institución que depende de la Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Unión Europea de Médicos Especialistas.

Cualquier especialidad médica o quirúrgica reconocida en la Unión Europea de Médicos Especialistas, puede organizar su propio BOARD.

El BOARD representa un reconocimiento científico a nivel europeo.

Los cirujanos Maxilofaciales, que superan la prueba del BOARD, en un tribunal internacional, reciben el diploma de “Fellow of the European Board In Oral and Maxillofacial Surgery”.

Actualmente, estoy en mi segundo mandato consecutivo como Presidente del mismo (8 años).

Anteriormente, fui también Presidente por otro periodo de 4 años, y Presidente del comité científico por otro periodo de tiempo de igual duración.

ODH: *Usted ha sido también Presidente de Cirugía Maxilofacial en la Unión Europea de Especialistas, ¿puede explicarnos que significa la UEMS?*

CNV: La UEMS significa Unión Europea de Médicos Especialistas; depende del gobierno comunitario y su sede oficial está en Bruselas.

La UEMS está constituida por diferentes secciones, representando cada especialidad médico quirúrgica reconocida en Europa una sección.

Cada sección la constituyen dos representantes de cada país y se suele reunir un par de veces al año.

Los cargos en las secciones se eligen por votación entre los representantes de los 28 países comunitarios.

Su objetivo principal es la unificación de programas formativos de la especialidad correspondiente de todos los países de la Unión Europea, el estudio de la formación médica continuada, el movimiento de especialistas dentro la Unión Europea, la creación y supervisión del desarrollo de los BOARD Europeos, etc.

Me cabe el honor de haber presidido la sección de Cirugía Oral y Maxilofacial durante 8 años.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de los nuevos profesionales de la odontología?*

CNV: Aunque yo soy Catedrático de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, no me cabe la menor duda de que el nivel actual de la formación que imparten las facultades de Odontología de Universidades públicas y privadas es excelente y el nivel de los profesionales es muy adecuado para el importante papel que desarrollan en el tratamiento de la salud bucal, tan necesaria en la sociedad de hoy.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de los nuevos Profesionales de la Cirugía Maxilofacial?*

CNV: Actualmente, existen servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial en prácticamente todas las provincias Españolas.

Durante 20 años y hasta hace 2, fui el presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad.

Durante este periodo de tiempo, junto con los compañeros que formaban las diferentes juntas directivas, abrimos muchos servicios en muchas capitales de provincia, e igualmente concedimos capacidad docente a muchos de ellos para la formación de residentes.

En mi opinión, el nivel de los Cirujanos Orales y Maxilofaciales Españoles es muy elevado, y en la mayor parte de los servicios se realiza

el tratamiento de toda la patología de nuestra especialidad.

Como dato muy importante de la calidad de nuestros compañeros, puedo decirle que el 50% de los títulos del BOARD en Cirugía Oral y Maxilofacial ha sido obtenido por cirujanos españoles y el otro 50% se ha repartido entre en resto de los países de la UE.

ODH: *¿Cuál es la valoración sobre la oferta de formación continuada en España en Cirugía Maxilofacial?*

CNV: Las posibilidades que existen en España para que los especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial estén en continua formación son muy extensas.

Existen multitud de Reuniones Científicas, Cursos, Congresos, todos ellos de carácter nacional o internacional, a los que pueden asistir.

Estas reuniones pueden ser monográficas, en casos de Cursos o Reuniones Científicas, o pueden abarcar un programa mucho más extenso, como es en el caso de los Congresos.

De igual forma a nivel Europeo es extensísima la oferta.

Existen dos situaciones difíciles para realizar esta formación continuada:

La Primera es que el estado no ayuda económicamente al Especialista para cubrir esta formación continuada.

La Segunda es que muchos Especialistas que trabajan en el Sistema Público de Salud, tienen un número

“ *El 50% de los títulos del BOARD en Cirugía Oral y Maxilofacial ha sido obtenido por cirujanos españoles, y el otro 50% se ha repartido en la UE.* ”



reducido de días al año para asistencia a Cursos y Congresos.

ODH: *Es usted Académico Correspondiente de la real Academia Nacional de Medicina. ¿Qué significado tiene esta Institución en la Sociedad Científica del siglo XXI?*

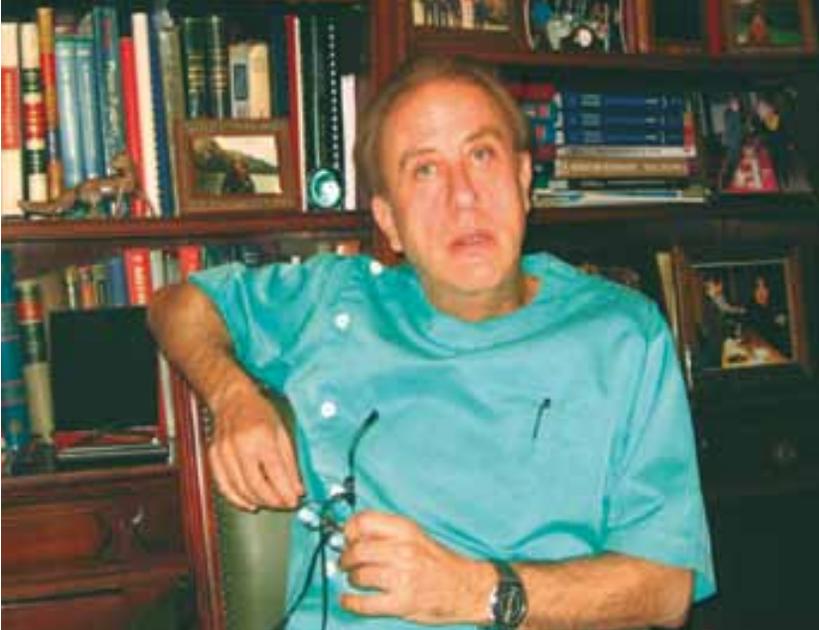
CNV: La Real Academia Nacional fomenta el progreso de la medicina española, publica su historia bibliográfica, forma la geografía médica del país, ha publicado y puesto al día un diccionario tecnológico de la Medicina.

La Real Academia Nacional de Medicina, convoca todos los martes sesión ordinaria de la misma, donde se imparten dos conferencias a cargo de académicos numerarios y académicos correspondientes.

Convoca sesiones extraordinarias prácticamente todas las semanas, así como premios Nacionales de diferentes características.

Podemos decir que mantiene a un altísimo nivel la calidad médica y humanística.

Para mí es un auténtico honor pertenecer a la misma desde el año 2013.



“*La Real Academia Nacional de Medicina fomenta el progreso de la medicina española y mantiene a un altísimo nivel la calidad médica y humanística.*”

ODH: *Su actividad como docente se proyecta más allá de nuestras fronteras, ¿nos puede comentar su experiencia como formador en Latinoamérica?*

CNV: Desde el año 1975 viajo continuamente a Latinoamérica, donde he tenido la oportunidad de impartir Cursos y Conferencias en todos los países.

Suelo ir una media de 4 veces al año y durante 8 años he presidido los Cursos Latinoamericanos de Actualización en Cirugía Maxilofacial y Patología de Cabeza y Cuello.

En la actualidad, todos los meses de agosto imparto junto a mis hijos Carlos e Ignacio, también cirujanos Maxilofaciales, en la Universidad de Monterrey, México, un Curso teórico práctico de disección de Colgajos Microquirúrgicos en Cadáveres. Es un curso institucionalizado desde hace 5 años al que asisten colegas de diferentes países europeos y americanos.

También en el mes de noviembre imparto un curso institucionalizado en la Universidad de Corrientes, Argentina.

Por otro lado, en el departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial tenemos continuamente 2 rotantes extranjeros latinoamericanos que nos visitan durante un periodo comprendido entre 3 y 6 meses, sumando más de 100 los que han compartido, con nosotros, nuestras tareas.

También recibimos rotantes europeos, fundamentalmente italianos y rumanos.

ODH: *Usted fue siete años Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en Tenerife, ¿qué representaron aquellos años en su vida profesional?*

CNV: Obtuve por oposición nacional la plaza de Jefe del servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife siendo muy joven, y me cayó la responsabilidad de crear y organizar el servicio, así como resolver toda la patología existente.

Cuando llegué no había destinada a nosotros ni una silla y, con muchísima lucha y perseverancia, cuando volví a Madrid después de 7 años dejé montado un servicio modélico, con 27 camas, quirófano propio de utilización diaria y unas amplísimas consultas externas, 6 colegas de staff y un personal de enfermería totalmente compenetrado.

Durante esos años organicé varios cursos de internaciones teórico prácticos y presidí el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.

Desde el punto de vista profesional, esos intensísimos años de trabajo han sido absolutamente fundamentales en el desarrollo de mi vida profesional.

ODH: *¿Qué ha representado su actividad profesional en su vida?*

CNV: La profesión, aunque no es todo en la vida, representa un papel importantísimo en nuestro quehacer diario. El desarrollo de mi

profesión ha supuesto para mí el encontrar un valor y un contenido a mi vida.

La vocación médica, si la vives profundamente, te sirve para ayudar a los demás, y eso deja una impronta indeleble en tu alma.

El cirujano, al poder colaborar en el restablecimiento de la salud o en la solución de problemas congénitos o adquiridos, debe sentir una gratitud enorme hacia sus pacientes por haberle dado la oportunidad de ayudarles.

Yo personalmente cuando muchos pacientes me dan las gracias por el tratamiento, les respondo que soy yo el agradecido por haber podido ayudarles.

Quisiera resaltar que para mí, aún siendo de capital importancia la vida profesional, le doy aún más valor a la vida familiar y a la amistad.

ODH: *¿Cuáles son sus hobbies?*

CNV: Mis hobbies son la lectura y viajar por el mundo. Como deporte práctico natación y footing. Soy un lector empedernido, tanto de lectura clásica como moderna, pero sobre todo me encanta la historia. Es apasionante viajar por el mundo conociendo las diferentes culturas y costumbres.

Afortunadamente, mi profesión me ha permitido, y me sigue permitiendo, viajar constantemente por los 5 continentes y lo que es mucho más importante para mí, tener amigos cercanos repartidos por todo el mundo ●

[RAMÓN MARTÍNEZ CORRIÁ]

“España es uno de los países del mundo que coloca más implantes”



El Profesor Ramón Martínez Corriá, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra (1978), y especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid (1980), es especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial desde 1982. Fue discípulo del Profesor Per-Ingvar Branemark, el "padre" de la implantología moderna, fallecido hace poco más de un año, y desde uno de los centros que éste fundó, trata de proseguir con la labor iniciada por el científico sueco.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de Hoy: *Usted es discípulo del Profesor Branemark, desde su punto de vista ¿qué significó el Profesor Branemark para la implantología y la odontología mundial?*

Ramón Martínez Corriá: El Profesor Branemark cambió de forma radical la manera de ejercer la odontología. Antes de que él desarrollase los implantes dentales, muchos de los tratamientos con pacientes edéntulos se basaban en aparatología removible. Actualmente, la mayoría de nosotros ofrecemos implantes dentales como tratamiento de elección para los pacientes edéntulos y es difícil concebir el realizar un tratamiento en el que es necesario reponer piezas perdidas sin usar implantes dentales. Para mí, el hecho de que hoy en día sea difícil

encontrar una clínica dental en la que no se realicen tratamientos con implantes dentales es el factor más ilustrativo de que Per-Ingvar Branemark revolucionó la odontología moderna.

ODH: *El próximo mes de noviembre se celebra en Madrid el Primer Memorial Symposium Branemark. Como representante del Comité Organizador, ¿cuál es el objetivo de este gran evento, además de honrar la memoria del Profesor Branemark?*

RMC: Antes de fallecer, Branemark dijo que cuando él muriese no quería un funeral, él quería un congreso en el que se reuniesen profesionales de todo el mundo para hablar sobre oseointegración, rindiendo homenaje a toda su investigación.

Además de un científico y un clínico formidable, P-I también era una magnífica persona, y una de sus obsesiones fue conseguir que sus tratamientos pudieran llegar a todo el mundo sin que el coste fuese un problema. Es por ello que creó el centro Branemark de Baurú, en Brasil. Un centro en el que se tratan pacientes con fisura palatina,

“ Una de las obsesiones de Branemark fue conseguir que sus tratamientos llegaran a todo el mundo sin que el coste fuese un problema. ”

BRÅNEMARK

MEMORIAL SYMPOSIUM

MADRID 2016

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS

11 / 12 NOVIEMBRE

www.memorialbranemark2016.com

¡APUNTA ESTAS
FECHAS EN
TU AGENDA!

Per-Ingvar Brånemark
3 MAYO, 1929 - 20 DICIEMBRE, 2014



COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Laercio W. Vasconcelos
Dr. Yataro Komiyama
Dr. Nikos Krompas
Dr. Ali Mirkarimi
Dr. Jorge Huamani
Dra. Helena Francisco
Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Jaime Jiménez
Dr. Alexander Volchonok
Dr. Víctor Méndez Blanco
Dr. José Sanz Casado

COMITÉ ORGANIZADOR

Mrs. Barbro K. Brånemark
Dr. Ramón Martínez Corría
Dra. Belén Martínez Salmerón
Dra. Begoña Fernández Ateca
Dr. Ramesh Chowdhary
Dr. Costa Nicolopoulos
Dr. Abid Faqir
Dra. Vanessa Ruiz Magaz
Dr. Ramón Lorenzo Vignau
Dr. Alberto Rico Cardenal
Dr. Guillermo Madriz Domínguez
Sra. Teresa Boronat Olivart

PONENTES

Dr. Tomas Albrektsson
Dr. Nitzan Bichacho
Dr. Rino Burkhardt
Dr. Joao Carames
Dr. James Chow
Dr. Pablo Galindo
Dr. Federico Hernández-Alfaro
Dr. Peter K. Moy
Dr. Patrick Palacci
Dr. Joan Pi Urgel
Dr. Mariano Sanz
Dr. Albeto Sicilia
Dr. Istvan Urban
Dr. Eric Van Dooren
Dr. Ion Zabalegui

SEDE DEL SIMPOSIO

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS DE MADRID
Campo de las Naciones, Avenida de la Capital de España, 7
28042 Madrid

INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Todas las inscripciones y reservas de hotel, deben formalizarse a través del formulario online que encontrará en la página web de la reunión: www.memorialbranemark2016.com. Los precios de las inscripciones son los siguientes:

	Hasta el 30 Sept. 2016	Desde el 1 Oct. 2016
Doctores	300 €	380 €
Estudiantes (*)	120 €	150 €

La inscripción incluye: Acceso a las sesiones científicas, documentación del simposio, Pausa café y Certificado de asistencia. Todos los precios incluyen IVA.

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPOPACIFICO
The power of meeting

C/ Marià Cubí 4, 08.006 Barcelona
Tel. 93 238 87 77 - Fax: 93.238.74.88
branemark2016@pacifico-meetings.com

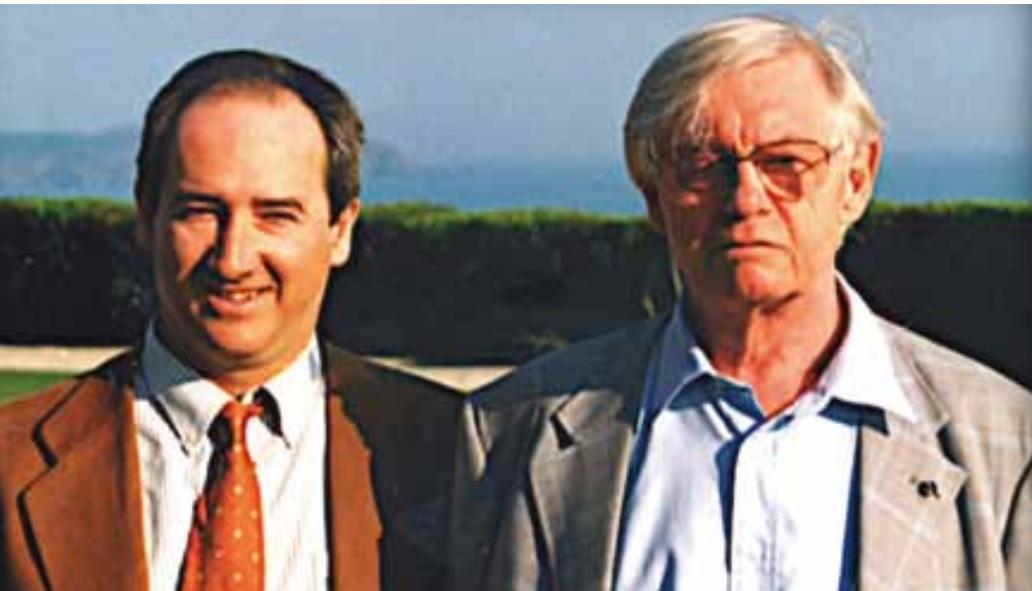


IMAGEN RETROSPECTIVA DEL PROF. BRANEMARK CON RAMÓN MARTÍNEZ CORRIÁ



UNO DE LOS CENTROS BRANEMARK EN ESPAÑA (LLEIDA)

tumores y deformaciones maxilofaciales con ayuda de implantes oseointegrados de manera gratuita. Cuando el centro abrió, muchas casas comerciales se volcaron con la iniciativa e hicieron grandes donaciones para que pudiese funcionar, pero desgraciadamente ahora mismo las aportaciones escasean y, si no se consigue dinero suficiente, el centro cerrará. Es por ello que se nos ocurrió que podía ser una gran idea el realizar ese homenaje a Branemark que queríamos organizar los centros Branemark y, al mismo tiempo, utilizarlo para recaudar fondos para continuar con la gran obra que nuestro mentor inició. Nos parece que realizar un congreso con carácter benéfico es una de las mejores formas de rendir homenaje a la memoria de P-I.

ODH: *¿Cree que España es uno de los países que ha seguido más fielmente la filosofía del Profesor Branemark en el ámbito de la implantología?*

RMC: España es uno de los países que más se ha beneficiado de los trabajos del profesor Branemark, de hecho está entre los países que más implantes coloca del mundo. Creo que debemos estar orgullosos de vivir en un país en el que pode-

“ *Muchas de las técnicas que hoy en día se piensa que son muy novedosas, en realidad fue Branemark quien las inventó en su momento.* ”

mos ofrecer a nuestros pacientes los tratamientos más punteros a nivel mundial.

ODH: *¿Cómo valora la situación de la implantología en nuestro país?*

RMC: Bajo mi punto de vista, en España el nivel de la odontología en general es altísimo. Es muy común ir a congresos internacionales y ver ponentes españoles en el cartel. La implantología es una especialidad de la odontología que requiere una gran formación, creo que es importante que todos los dentistas que se quieran dedicar a poner implantes entiendan perfectamente el tipo de tratamientos que están realizando y tengan los recursos necesarios para resolver cualquier complicación que pueda surgir.

ODH: *¿El Memorial es puntual o tendrá más ediciones?*

RMC: Como os he explicado en la pregunta anterior, el Memorial se realiza por dos razones: homenajear a nuestro mentor el Profesor Per-Ingvar Branemark y recaudar fondos para evitar que el centro Branemark de Baurú cierre. Es por ello que, junto con los centros Branemark de todo el mundo, hemos decidido que realizaremos un congreso anual. El próximo 11 y 12 de noviembre de 2016 se celebrará la primera edición en España y la siguiente será en Hong Kong en el año 2017.

ODH: *¿Las técnicas actuales han cambiado mucho desde los primeros pasos del Profesor Branemark?*

RMC: Las bases y principios de oseointegración que el profesor Branemark describió después de sus primeros trabajos apenas se han modificado. Él era una persona extremadamente rigurosa con su trabajo y es por ello, seguramente, que consiguió desarrollar un protocolo de trabajo que se ha mantenido prácticamente igual durante más de 40 años. Es cierto que las técnicas han ido evolucionando y también tenemos aparatología que



EL PROF. PER-INGVAR BRANEMARK
FALLECIÓ EN DICIEMBRE DE 2014

nos facilita mucho el trabajo, ya sea diagnóstico o quirúrgico. Pero muchas de las técnicas que hoy en día se piensa que son muy novedosas, en realidad fue Branemark quien las inventó en su momento. Un buen ejemplo de ello son las cargas inmediatas, el sistema Novum que diseñó P-I hace más de 20 años demostró que, en algunos casos, los implantes se podían cargar el mismo día de la cirugía.

ODH: *Usted ha tenido una estrecha relación con el Profesor Branemark. Cuéntenos alguna anécdota que haya vivido con él.*

RMC: Más que una anécdota me gustaría que se recordara a P.I Branemark como un gran científico, además de ser una persona tremendamente imaginativa.

Era alguien muy humano y muy cercano, con una gran preocupa-

“*El Prof. Branemark era muy humano y cercano con sus colaboradores.*”

ción por los pacientes y su gran ilusión era que de sus trabajos se beneficiara el mayor número de personas.

Una frase suya era “nadie debería morir con los dientes en un vaso de agua”.

ODH: *Como discípulo del Profesor Branemark, denos el consejo que él hubiese trasladado a los jóvenes dentistas que empiezan ahora su vida profesional.*

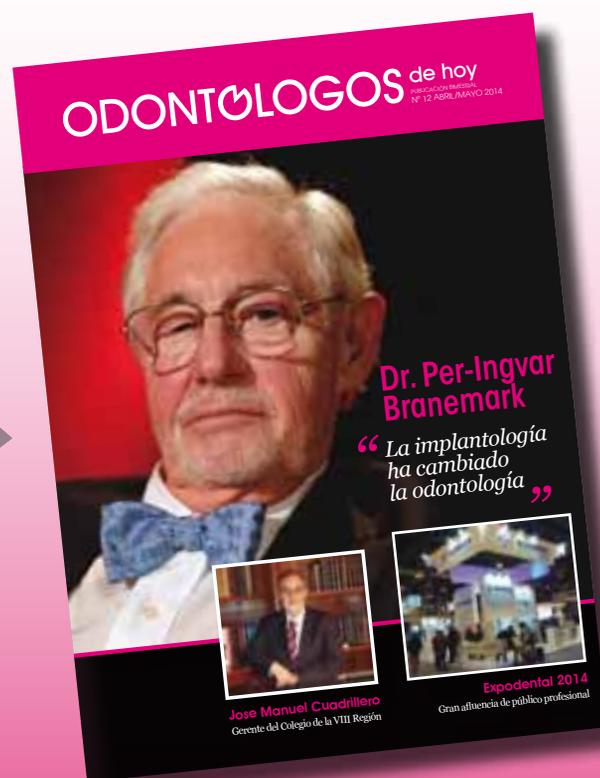
RMC: “Respetar a la madre naturaleza y escuchar a tus pacientes” •

Si quiere leer la entrevista completa con el **Dr. Branemark,**

haga clic [aquí](#)

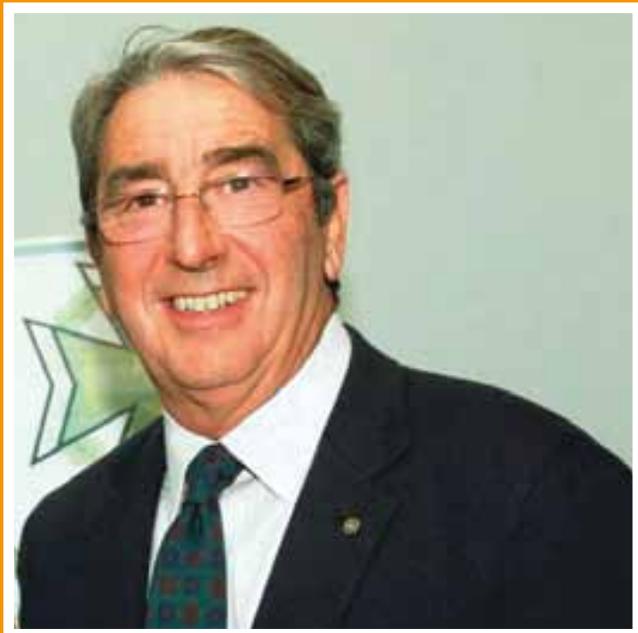
publicada en el número 12 de

ODONTÓLOGOS
de hoy



[RAFAEL CARROQUINO CAÑAS]

“Nuestra profesión se encuentra en un momento preocupante, necesitamos mayor regulación”



Poseedor de un amplísimo curriculum académico y profesional, Rafael Carroquino es, además de Médico especializado en Estomatología, Coronel de Sanidad Militar, un profesional con una activa participación en Congresos, donde ha intervenido como ponente, y miembro de importantes sociedades científicas. Además, en la actualidad ocupa la Presidencia del Colegio de Dentistas de Melilla, desde donde dirige interesantes y comprometidos proyectos como el nuevo Centro Social en el que han participado la Fundación Luis Seiquer de Odontología Social y el propio Colegio de Melilla.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de Hoy: *¿Cuál es la situación actual del Colegio de Melilla?*

Rafael Carroquino: Icoe Melilla es un Colegio pequeño con 39 colegiados, aunque hay más dentistas que trabajan en franquicias y se encuentran colegiados en otras provincias. Esto, referido a un territorio de 12 km cuadrados, es más que suficiente para una población entorno a los 80.000 habitantes. Económicamente somos un colegio deficitario pues las cuotas colegiales no cubren los gastos de sede, gerente, etc. De manera que, al igual que Ceuta, somos financiados por el Consejo General de Dentistas de España para

poder subsistir. No nos podemos permitir nada extraordinario.

ODH: *¿Qué relación mantiene usted como Presidente con los colegiados melillenses?*

RC: Mi Junta Directiva es mayoritariamente joven. En torno a los 30 años de edad porque el conjunto colegial es también muy joven. Tengo una buena relación con ellos porque son el futuro y colaboramos todos en proyectos generales, comisiones de estudio y deontológicos, así como grupos solidarios. Procuero hacerlos partícipe de los asuntos del colegio y ofrecerles el mayor número de cursos que po-

damos realizar en nuestra ciudad. En 2015 realizamos 6 cursos además de los dos propios del Consejo General.

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

RC: Nuestra profesión se encuentra en un momento complejo y preocupante. No voy a decir nada nuevo que no sepamos, pero sin duda necesitamos una regulación del modelo de franquicias y cadenas franquistas dentales. Es fundamental que el control de la dirección facultativa de las mismas corresponda a

profesionales. La regulación de la publicidad sanitaria es engañosa, los anuncios que vemos y oímos supeditan el interés comercial a la salud de las personas. Evitar la plétora profesional estableciendo numerosas clausuras como hacen en Europa en general. Hay tema para debate y en ello estamos todos los colegios implicados. Ha sido muy importante la noticia de que el Parlamento de la comunidad autónoma de Murcia pida por unanimidad al Gobierno Central que tome cartas en el asunto. Así lo haremos aquí, al menos lo intentaremos.

ODH: *Melilla es, prácticamente, como una isla, ¿cómo afecta este hecho a la formación continuada de sus colegiados?*

RC: Me encanta la pregunta. Efectivamente Melilla tiene carácter de insularidad. Desplazarse exige avión ó barco. Los profesionales de “algunos años”, como yo, hemos pasado por ese trance. Para cualquier curso o congreso teníamos que desplazarnos para continuar

“*Melilla tiene carácter de insularidad. Para cualquier curso o congreso teníamos que desplazarnos, de manera que hicimos cientos de viajes.*”

con la formación, de manera que hicimos cientos de viajes y le puedo decir que un porcentaje de mis ganancias iba destinado mensualmente a este cometido. Porcentaje alto, pues no solamente eran los viajes de avión ida y vuelta, sino salir un día antes y volver un día después, además de hoteles. Todo ello en detrimento de los días de

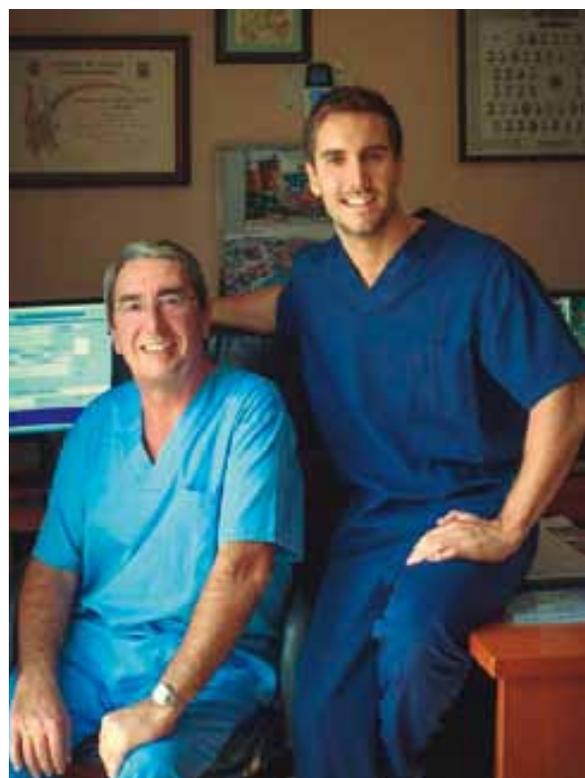
consulta. Lo hemos sufrido mucho pero había que hacerlo. En la actualidad, y desde hace unos años, desde el Colegio impulsamos la formación continuada con cursos realizados en Melilla. Ya indiqué antes que el año pasado realizamos 8 cursos pero los años anteriores estábamos en el mismo nivel. Pretendemos con ello ofrecer a los colegiados mayoritariamente jóvenes, la oportunidad de formarse sin desplazarse y trayendo a primeras figuras de la Odontología nacional. Prácticamente las cuotas son para los cursos. Habida cuenta que la mayoría de los colegiados actualmente son trabajadores por cuenta ajena y con sueldos determinados. Hay que ayudarlos. En lo que llevamos de año, es decir hasta el mes de abril, hemos realizado dos cursos, y tengo algunas casas comerciales interesadas en ofrecernos más eventos. Yo les digo a los ponentes que lo único que les podemos ofrecer al venir aquí es hospitalidad, amistad y turismo. He constatado que se van encantados.

ODH: *La publicidad y el intrusismo en la profesión son algunos de los problemas que, lamentablemente, abren la crónica de sucesos de los medios en las últimas semanas. ¿Cómo afectan a Melilla?*

RC: Si se refiere a franquicias, aquí tenemos cuatro establecimientos para 12 km². Lógicamente, la publicidad que realizan está a la orden del día y de todos es sabido que son efectivas. Yo guardo en el colegio presupuestos realizados con una tarifa de implantes de 220 euros unidad y más abajo “cirugía de colocación del implante 560 euros”. Eso es publicidad engañosa y mercantilista. Es muy triste que a los colegios nos hayan reducido a oye, mira y calla. No podemos regularizar nada de lo que antes hacíamos y encima está penado y perseguido por el TC, por eso pedimos al Gobierno Central que lo regularice.

ODH: *¿Cuáles son los proyectos más inmediatos del Colegio de Melilla?*

RC: El colegio pretende seguir con el mismo nivel de cursos que estamos realizando. Además, pretendemos poder optar a cursos modulares de experto en algunas materias y para ello nos interesa que alguna Universidad nos apoye, así como casas comerciales. Intentamos también que se puedan impartir estudios de Higienista Dental en esta ciudad, dado que el número de auxiliares de clínica se ha cuadruplicado en pocos años, o establecer algún curso puente para que estas titulaciones accedan a Higienistas. También realizamos hace tres años el 1^{er} Symposium de Odontología Ciudad de Melilla y queremos celebrar ya el segundo.



RAFAEL CARROQUINO CON SU HIJO EN SU CONSULTA



DOS IMÁGENES DE RAFAEL CARROQUINO, CON SU MUJER Y CON SU UNIFORME DE CORONEL DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO DE TIERRA

ODH: *En estos días se ha inaugurado un centro social en el que participan el Colegio y la Fundación de Odontología Social Luis Seiquer, del que hablamos en este mismo número. ¿Cuál es su impresión como Presidente de esta actuación?*

RC: La verdad es que estoy muy satisfecho, sobre todo por el alcance social que ha tenido. No paran de llover felicitaciones por este asunto, que fue muy complicado llevar a cabo, y costó su tiempo y trabajo. Pero el Dr. Antonio Castaño Séiquer y nosotros como colaboradores lo hemos llevado a término, y actualmente se trabaja 4 días en la clínica solidaria con una aceptación impresionante. La aportación económica que hizo la Obra Social La Caixa fue decisiva para el proyecto y nos ha permitido hacer una clínica solidaria bien equipada.

Actualmente tenemos en Melilla 5 colaboradoras que regula la Dra. Sonia Rubiano. Además de alumnos del Máster que dirige el Prof. Castaño. Estamos muy satisfechos de haber realizado este proyecto en un Centro de estancia temporal de inmigrantes CETI, que

creemos es único en el mundo. Desde aquí pedimos a las casas comerciales ayudas en materiales fungibles y de odontología conservadora para poder continuar con el proyecto.

“ *La odontología militar es una salida a tener en cuenta por su prestigio y futuro asegurado, pero hay que tener vocación de servicio, disponibilidad internacional y dominar otro idioma.* ”

ODH: *¿A qué problemas específicos se enfrentan los colegiados melillenses?*

RC: Yo creo que a los mismos que en el resto de España. Pero, trabajo precario, por cuenta ajena, añadiendo la insularidad y los desplazamientos costosos.

ODH: *Usted es Militar en la Reserva del Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército de Tierra. Cuéntenos algo sobre esta faceta de su vida.*

RC: Pertenezco a una familia castrense que ha tenido tres generales entre sus miembros. De manera que no era de extrañar que, después de hacer Medicina en Sevilla, optara por realizar la oposición para Médico Militar en el año 1979. Sí, soy Coronel Médico Especialista en Estomatología y en la Reserva Militar. Quiere decir que ya he pasado 35 años de servicio en las Fuerzas Armadas. Aunque mi actividad fue específicamente hospitalaria, en la que he prestado 32 años, 27 de ellos como Jefe de Servicio de Estomatología y cirugía bucal.

He compatibilizado bastante bien mis dos actividades, pública y privada, y desarrollado mi profesión perfectamente. Soy cirujano cocal e implantólogo desde 1989, y mis cometidos en el área pública eran fundamentalmente la asistencia odontológica y evitar las evacuaciones con mi impronta quirúrgica, de manera que, en esta zona del norte de África, he operado miles de casos.

Actualmente la odontología militar es una salida a tener en cuenta por su prestigio y futuro asegurado. Pero hay que tener vocación de servicio, disponibilidad para misiones internacionales y dominar otro idioma. Yo he estado en Ceuta, Sevilla, Granada y por último en Melilla. Siempre a gusto en cada destino.

ODH: *¿Cómo es la relación del Colegio con las autoridades administrativas de Melilla?*

RC: No soy una persona políticamente correcta, es mi gran defecto, "no me caso con nadie". Eso me ha traído a veces complicaciones, pero con la madurez llega la sensatez y, cada vez más lejos, la soberbia justificada de la juventud. De manera que trato de conciliar todos los estamentos, sobre todo por el bien del Colegio y sus componentes. Pienso que es difícil desde la responsabilidad que te solicitan resolver todos los problemas que te llegan sin decir basta o hasta aquí hemos llegado. Pero, en ocasiones, hay que hacerlo aunque vaya en detrimento de tu persona por el bien de los que han confiado en ti. Pero, en defini-

tiva, nunca he tenido contratiempos y la relación ha sido siempre correcta y fluida.

ODH: *A nivel personal. ¿Qué es lo que más satisfacciones le ha proporcionado en la vida?*

RC: Yo siempre he dicho que la familia siempre la tienes, pero a los amigos hay que cuidarlos. Quizás mi mejor curriculum son los amigos

“
Nuestra profesión reúne ciencia, sanidad y arte, y es de las más bonitas que se pueden desarrollar, aunque muchas veces incomprendida.
 ”

que tengo, que si leen esta entrevista se darán cuenta de por qué lo digo.

El respeto y lealtad hacia ellos me ha guiado siempre para bien o para mal. Desde luego la admiración que he tenido por mis padres

a los que debo todo, y mi orgullo de que mi padre haya sido General de División con una gran carrera. Mi madre me enseñó la elegancia y ecuanimidad y el respeto a los demás. Mi esposa, Rosa, mi guía y apoyo en todo lo que he hecho y que ha aguantado mis idas y venidas continuas a lo largo de mi carrera cuando, además de trabajar como profesora, cuidaba de mis dos hijos, que han hecho unas brillantes carreras y están muy bien colocados. Mi hija Rosita, que hizo Icade E3, Derecho y Dirección y Administración de Empresas y mi hijo Francisco, Odontólogo y Periodoncista, que trabaja conmigo.

ODH: *¿Nos puede dar alguna una recomendación para los jóvenes dentistas?*

RC: Sí, decirles que nuestra profesión reúne tres elementos: CIENCIA, SANIDAD Y ARTE, y que es de las más bonitas que se pueden desarrollar. Muchas veces incomprendidas, pero que no desistan de la oportunidad que tienen y que la desarrollen ampliamente. Si los tiempos son malos, ya vendrán tiempos mejores ●



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA

[FRANCISCO JAVIER RELINQUE]

“Desde hace años vivimos una campaña electoral constante con ‘leyes anuncio’”



Francisco Javier Relinque, nuestro colaborador en la sección “Mejora tu Gestión”, nos explica en la siguiente entrevista cuestiones relacionadas con la actividad del odontólogo como empresario, los temas más importantes que debe resolver y cómo asesorarse para la correcta gestión de su negocio.

Relinque, Socio-Director del Dpto. Jurídico de la firma IVB Abogados y Economistas, es Letrado en ejercicio, Auditor Interno de Empresas, Especialista en Tributos, Empresas, Mercantil, y Prevención de Blanqueo de Capitales, Experto en Compliance Officer y Especialista en Concurso de Acreedores.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de Hoy: *¿El odontólogo es, por regla general, un buen empresario?*

Francisco Javier Relinque: Generalmente sí. El odontólogo suele tener madera de empresario, quizá más madera que otros profesionales del ámbito sanitario.

Por regla general, el odontólogo es una persona organizada y conocedora de la responsabilidad de su profesión, donde la guerra de precios de las franquicias y clínicas “low cost” es combatida con mucha profesionalidad y con servicios diferenciados a la vez que cercanos al paciente-cliente. Y esa tarea de permanente diferenciación, cercanía, dedicación, seriedad y rentabilidad son componentes reales de la

innovación que requiere todo empresario y que tanto lo enriquece.

ODH: *¿Son los dentistas clientes complicados?*

FJR: En absoluto. En primer lugar son conscientes de su papel en el sector sanitario, es decir, tienen una vocación innata de servicio a las personas en el ámbito de su salud. Como hemos dicho, suelen ser organizados y leales a su vocación. Si bien, el mundo sanitario suele discurrir en un ambiente muy distante del jurídico, donde la lógica de uno y de otro son muy diferentes y apenas se cruzan.

Para colmo, el legislador no para de efectuar reformas legislativas —en muchas ocasiones meros par-

ches— que nos traen de cabeza a todos. Y para un científico sanitario, esto tiene difícil encaje en su esquema mental, especialmente cuando abordamos el terreno de Hacienda o de la Seguridad Social, donde no sólo hay cambios permanentes de normas sino de criterios. Y ahí es fácil que se pierda quien no está acostumbrado a bregar con la Administración.

Pero no. El odontólogo no es complicado; lo complicado es el sistema. Antes al contrario, aquél suele tener un comportamiento de confianza y sana exigencia con su asesor. En pocas ocasiones firman documentos que no entienden, sino que realizan una tarea de entendimiento de los documentos. Y eso es bueno.



ODH: *¿Cuáles son las principales cuestiones en las que vuestra firma asesora a los odontólogos?*

FJR: Especialmente en tres áreas: (1) la tributaria, tanto en materia de gestión y asesoramiento diario como de optimización y proyección fiscal; (2) económica, en la confección y análisis de sus cuentas y asesoramiento en sus necesidades financieras; y (3) en el ámbito jurídico, el cual abarca tanto la relación con sus clientes como la asistencia y prevención de los problemas y riesgos inherentes a la profesión odontológica, esto es, consentimiento informado, contratos, asesoría laboral, morosidad, LOPD, etc. y ello sin dejar atrás la asistencia mercantil en su sociedad, si es que la tiene.

En el sector de la odontología nos encontramos con frecuentes empresas familiares, donde el llamado “protocolo familiar” juega un papel fundamental.

Y como no paramos, en estos momentos estamos elaborando otro protocolo específico para Odontólogos en materia de Prevención de comisión de delitos en el seno de las clínicas a raíz de la reforma del Código Penal –art.31.bis–; lo que se ha comenzado a llamar el programa de “compliance” y que será muy decisivo en el terreno sanitario.

Este es un tema muy serio que abordaremos en el próximo número de “Odontólogos de Hoy”.

ODH: *¿Qué puede resultar más cómodo, defender al profesional o al paciente?*

FJR: Teniendo en cuenta que nosotros somos profesionales, estamos especializados en atender a quien pone todo su empeño y diligencia en que sus servicios sean de calidad técnica y humana, con independencia de que el resultado no sea el esperado por el paciente, quien, sin duda alguna, tiene sus derechos perfectamente reconocidos.

Pero no sólo abordamos la defensa. Ese es el último eslabón. La auténtica defensa y asistencia jurídica debe ser más bien preventiva. Ahí está una de las claves del alto rendimiento y del éxito. Prevenir la morosidad, prevenir las sanciones administrativas, prevenir las insolvencias o las responsabilidades económicas y profesionales, preparar y diseñar la optimización fiscal, programar el crecimiento de la empresa y sus riesgos, el diseño laboral, etc.

Después, la defensa judicial o extrajudicial se abordará con más garantías de éxito.

ODH: *¿Cómo valora la legislación sanitaria de nuestro país?*

FJR: De la legislación mejor no hablar. Somos muy críticos con el vaivén que sufren los profesionales y empresarios en general.

Desde hace no pocos años vivimos en una permanente catarata normativa a causa de las disputas políticas, la campaña electoral constante con “leyes anuncio”, una cierta deslealtad institucional entre Administraciones, y una dispersión de competencias donde el administrado siempre pierde al tener que peregrinar desde la administración o legislación local hacia la autonómica, para acabar o enredarse en la estatal. Por supuesto, no falta esa espada de Damocles que nos pulveriza con eso de que el desconocimiento de la Ley no exime de su cumplimiento.

Desde luego, opino que no se trabaja por la integración normativa en nuestro país. En mi opinión, carece de sentido tanta competencia normativa superpuesta y tanta disparidad de soluciones dependiendo de en qué comunidad autónoma tengas la actividad.

ODH: *¿Qué recomendación le haría a un dentista que va a abrir su primera consulta? ¿Qué tipo de sociedad recomienda constituir?*

FJR: De momento, formarse en materia empresarial. El odontólogo debe saber analizar sus cuentas, debe conocer su entorno económico y debe saber reconocer las coordenadas jurídicas en las que se desenvuelve su profesión. Si no, irá a la deriva el resto de su vida profesional.

“ *El odontólogo debe saber analizar sus cuentas, conocer su entorno económico y saber reconocer las coordenadas jurídicas en las que se desenvuelve.* ”

En IVB, la formación empresarial básica a los clientes del sector sanitario es una primera oferta de nuestra cartera de servicios que le ahorrará no pocos quebraderos de cabeza.

Yendo a la cuestión concreta del tipo de sociedad, todo depende del proyecto. Si es individual, la sociedad carece de cierto sentido inicialmente, pero si el profesional quiere afrontar el reto de manera asociada, la sociedad civil profesional puede ser una primera fórmula viable por su flexibilidad en los pactos y su rápida constitución y –en su caso– la disolución. Más adelante, si el pro-



yecto va tomando fuerza, aconsejamos la sociedad de responsabilidad limitada profesional (la SLP) por la cobertura de los riesgos económicos frente a los socios y por cuestiones fiscales. Pero cada proyecto requiere un estudio específico.

ODH: *¿Seguimos sin cumplimentar el consentimiento informado?*

FJR: Tal y como se requiere por la Ley, a muchos les cuesta asumir que haya que recogerlo en un documento.

Durante muchos años he participado en seminarios y cursos de empresa dirigidos a odontólogos, en la formación que imparte la Facultad de Odontología en Sevilla, y esa era una de las asignaturas pendientes.

El problema es que en ocasiones se piensa que el paciente ya sabe a lo que viene al dentista, pero cuesta asumir que el paciente sólo es consciente de que tiene un problema de salud bucal. Es él quien debe valorar los riesgos de la intervención, reflexionar y decidir afrontarla en términos económicos y sanitarios, y eso sólo es posible desde un consentimiento bien formado e informado.

En este tema de la cumplimentación del consentimiento informado, al sector jurídico y al sector sanitario les cuesta entenderse.

ODH: *¿Qué tipo de problemas surgen en la gestión de una clínica dental como negocio?*

FJR: Sobre todo, la guerra de precios, la competencia de franquicias y de la intrusión de los mercantilistas en el sentido negativo del término.

Por su parte, los cambios normativos permanentes –muchas veces ininteligibles, injustos e infumables– generan una inseguridad jurídica más propia de un país mediocre con voracidad recaudatoria.

ODH: *IVB Abogados y Economistas SLP tiene sede en Madrid y en Sevilla, ¿hay diferencias entre los problemas que se generan en uno u otro lugar?*

FJR: Los problemas son los mismos y se habla el mismo idioma. Los empresarios nos reconocemos rápidamente.

Pero en ambas sedes tenemos mucho trabajo por delante. La nueva visión legislativa de las obligaciones del odontólogo, y del empresario en general, nos va a obligar a cambiar los esquema... sí o sí.

En caso de insolvencia, a raíz de las últimas reformas de la Ley de Sociedades de Capital y de la Ley Concursal, se va a mirar con lupa cómo ha desarrollado su labor el empresario y las demás personas responsables de la empresa o clínica. Se analizarán las decisiones tomadas, los datos contrastados, los criterios adoptados y qué diligencia se ha tenido para evitar un mal resultado económico que afecta a los acreedores.

Por su parte, la responsabilidad penal de la empresa está ahí, la nueva figura obligatoria del “Compliance Officer” en toda empresa es ya una realidad que ha venido para quedarse.

Los delitos relacionados con las tecnologías, la salud, la intimidad, los derechos laborales, los derechos de los consumidores, la Hacienda Pública, el sistema económico, etc. se pueden imputar a las empresas cuando se cometan en el seno de la misma, y la condena recaerá tanto

en aquélla como en sus administradores, apoderados generales y responsables. Ello, salvo que se haya llevado a cabo un efectivo y real programa de cumplimiento normativo en prevención de delitos.

A mi juicio es una vuelta de tuerca sobre la responsabilidad en el efectivo cumplimiento de las obligaciones. Lástima que no se emplee la misma vara de obligar, medir y castigar en materia de decisiones políticas o con la forma de actuar de las Administraciones Públicas. Éstas, están exentas de ese programa de cumplimiento normativo establecido en el Código Penal.

“ *Los cambios normativos permanentes generan una inseguridad jurídica más propia de un país mediocre con voracidad recaudatoria.* ”

Al margen de lo anterior, desde el punto de vista de la empresa, en Madrid –sin duda– hay más oportunidades de negocio que en Sevilla debido a que en Andalucía el paro es más acuciante desde hace décadas. Por su parte, las infraestructuras existentes en Madrid son mucho más avanzadas que en Sevilla.

En mi opinión, el cliente en Madrid valora mucho la seriedad y la profesionalidad. En Sevilla se valora más la relación personal y el tiempo va más lento.

ODH: *¿Qué le motivó para estudiar la carrera de Derecho?*

FJR: Poder aportar ideas y valores al ejercicio de la abogacía, que no es más que un sector más desde el cual se puede contribuir al bien común y al particular de personas concretas, especialmente las más desprotegidas •

VI Simposio Internacional / VI International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER

San Sebastián – Donostia (Palacio Miramar)

País Vasco - Basque Country



NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



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

- Talleres
Workshops
- Presentaciones de investigación
Research presentations

- Sesión Clinicopatológica
Clinicopathological Session
- Posters
- Conferencias

ACTGACTACAGACTACGATCGACATCAGATC



Conferences



21-22 Julio, 2016 // July 21th-22th, 2016
San Sebastián – Donostia (Palacio Miramar)
País Vasco - Basque Country



Información/information: vioralcancersymp@gmail.com



En el IV Centenario de
la muerte de Cervantes (I)

La Medicina española en la época de Miguel de Cervantes

En este año, en el que se cumple y celebra el IV Centenario de la muerte de Miguel de Cervantes Saavedra, hacemos desde el palco de la Medicina y de la Odontología una reflexión sobre la época que vivió el genial escritor español. En el próximo número nos centraremos en el asunto odontológico que aparece en “El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha.”

**AUTOR: JAVIER SANZ SERRULLA, ACADÉMICO
DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA**

En la primera parte del Quijote, Capítulo IX, donde se narra la aventura del vizcaíno leemos lo siguiente:

...debiendo ser los historiadores puntuales, verdaderos y nada apasionados, y que ni el interés ni el miedo, el rencor ni la afición, no les hagan torcer del camino de la verdad, cuya madre es la historia, émula del tiempo, depósito de las acciones, testigo de lo pasado, ejemplo y aviso de lo presente, advertencia de lo por venir.

Nos corresponde, pues, en este momento, bosquejar el paisaje de la medicina española en tiempos en que vivió el escritor. Pero, ¿cuál es la “época” de Miguel de Cervantes? Hemos de recordar que su periodo vital transcurre entre el 29 de septiembre de 1547 y el 22 de abril de 1616. Por tanto, vive Cervantes la segunda mitad del siglo XVI y en el primer tercio del XVII. 69 años que dan mucho de sí cuando la esperanza de vida apenas ronda la mitad (recordemos que, por ejemplo, Carlos I cumpliría 58 años, Felipe II llegó a celebrar los 71, Felipe III “solamente” los 42 y Felipe IV cumpliría 60). Evidentemente, no existe una época tan cerrada que comience y termine con ambas fechas, las de su biografía, pero sí es cierto que en el momento en que el escritor viene al mundo, España está cumpliendo una medicina de nivel, que va a derivar en una medicina mediocre, y ambos momentos tienen que ver con la configuración política española representada por sus monarcas. Podemos avanzar que, si Cervantes hubiera estado ojo avizor al asunto médico español –desde luego fue menos ajeno al mismo que otros contemporáneos suyos desde el punto que su padre ejerció

la cirugía-, habría visto rodar la medicina española desde la cumbre por la falda de la montaña, valga el símil.

Ahora bien, conviene hacer otra precisión. Si bien la anterior es una apreciación imaginaria para posibles eruditos, lo cierto es, y acaso lo más importante, que los médicos prácticos, como también los cirujanos –latinos y romancistas–, dispensaron una atención cimentada en criterios que nunca antes había vivido la medicina española. En las aulas universitarias se disertaba una teoría científica que había desplazado cualquier resto de empirismo a ultranza.

Así, pues, es opinión fundamentada de Luis Sánchez Granjel que *"En el siglo XVI la Medicina española vive el más brillante momento de su historia, como también que el porvenir que parecía augurársele al promediar la centuria va a trocarse sin embargo en decadencia manifiesta en el siglo XVII y el suceso ya se hace previsible tras el nuevo rumbo que impone a la ciencia española la política cultural de Felipe II gobernada por el movimiento contrarreformista."*

“ *El potencial médico de finales de siglo es notable, sin embargo se va a ver interrumpido por la apuntada política de Felipe II, quien impone un nuevo ritmo a la ciencia española.* ”

De las tres promociones en las que Granjel clasifica a los médicos del siglo, Cervantes es contemporáneo de las dos últimas: la segunda, –si bien lo es en su infancia– es la de los “Médicos imperiales” cuya máxima autoridad corresponde al citado en el Quijote, Andrés Laguna, sin olvidar los altos nombres de Miguel Servet o, también, Gómez Pereira; y la tercera, los “Médicos de Felipe II”, o sea, lo más granado de la estirpe médica, que corresponden en su ejercicio a los años de madurez de quien nos convoca, representada, entre otros, por sus paisanos de la universidad alcalaína: Francisco Valles, Fernando Mena y Cristóbal de Vega. No obstante, conviene no olvidar que si estos últimos son también notables es a costa del magisterio dictado o impreso de sus predecesores, quienes sembraron la mejor semilla. Podemos resumir que el potencial médico humano de finales de siglo es notable, sin embargo se va a ver interrumpido, lamentablemente, por la apuntada política de Felipe II, quien impone un nuevo ritmo a la ciencia española mediante un movimiento contrarreformista que impide salir del país a quienes van en busca del más alto conocimiento que se despacha en las universidades europeas, especialmente en Italia, y llama al regreso de los que andan fuera, interrumpiendo su itinerario pues les amenaza con la pérdida de sus derechos civiles si no lo hacen en plazo. Todo ello queda firmado en la ley contundente de 1559, el mismo año en que, también, se publica el Índice de

libros prohibidos y expurgados que firma el Inquisidor general de España Fernando de Valdés. (No olvidemos que después de la edición del Índice se instituyó en 1571 la Sagrada Congregación del Índice que fue actualizado hasta su suspensión, en 1966.)

Los últimos años de Miguel de Cervantes coinciden con la primera etapa del siglo XVII, que se superpone en el tiempo a la del reinado de Felipe III (1598-1621) y, ahora con López Piñero, la actividad es una *mera prolongación de lo realizado en el Renacimiento. El nivel es todavía muy considerable... si bien las aportaciones españolas se realizan de espaldas a las manifestaciones claras de las nuevas corrientes.* A ella pertenecen, bajo el influjo de los catedráticos de Alcalá y Valladolid, García Carrero, Pedro Miguel de Heredia, Henríquez de Villacorta, Ponce de Santa Cruz o Cristóbal Pérez de Herrera, entre otros.

Todos estos médicos están vinculados como profesores a las universidades, y obligatoriamente antes como alumnos pues por sus aulas han de pasar para obtener el título que les permita el ingreso en su profesión. La mencionada de Alcalá de Henares, o las de Salamanca, Valladolid, también Sevilla y Granada, entre las “mayores”, llevan la gloria mientras una larga lista de “universidades menores” (Sigüenza, Osuna –ambas citadas al inicio de las dos partes del Quijote como prototipo de tales centros menores–, Toledo, Oñate, Irache, Osma...) son más bien centros de expedición de títulos, por generar gastos menores para los graduados. Una punta de estudiantes acude también a centros extranjeros, especialmente italianos, hasta que, como queda dicho, la corona lo impide. El caso más singular quizá sea el de Montpellier, donde estudia-



ron Medicina más de 300 alumnos españoles entre 1503 y 1558, cifra que no llega a superar la decena a partir de la fecha de la ley prohibitoria del 59. En nuestros centros se enseña la medicina en los textos de Avicena, Galeno e Hipócrates, con intentos aislados de recuperación de los originales. Se incorpora la enseñanza de la anatomía y la cirugía, si bien en Alcalá o Valladolid no se dota la primera cátedra quirúrgica hasta 1594, que conllevará la disección de cadáveres, admitida no sin reticencias. Caso excepcional y prestigioso será el de Guadalupe, en cuyos hospitales se enseña una cirugía de conexión muy directa entre el profesor y sus escasos alumnos.

El idioma científico no es otro que el latín e incluso marca una diferencia entre los cirujanos prevaleciendo la categoría de los latinos sobre la de los romancistas, en cuyo adjetivo va implícito el idioma en que estudian, correspondiéndose también con el ámbito universitario y el que no lo es. No obstante se alzan voces, alguna tan autorizada como la del humanista Huarte de San Juan, reivindicando cabalmente el castellano: *Ninguno de los graves autores antiguos –dirá en su “Examen de ingenios”– fue a buscar lengua extranjera para dar a entender sus conceptos; antes los griegos escribieron en griego, los romanos en latín, los hebreos en hebraico y los moros en árabe; y así hago yo en mi español, por saber mejor esta lengua que otra ninguna.*

Médicos y cirujanos, pues, forman el cuerpo de profesionales de la medicina que podemos llamar de primer nivel, con preeminencia de aquellos, que minusvaloran la labor de los segundos a quienes consideran meros artesanos ejecutores de más arte que ciencia con sus manos. También el pueblo los tiene por tales: en el entremés cervantino “El juez de los divorcios”, esto dice Minjaca al juez: *fui engañada cuando con él me casé, porque él dijo que era médico de pulso, y remaneció (amaneció de nuevo e inopinadamente) cirujano, y hombre que hace ligaduras y cura otras enfermedades, que va decir de esto a médico la mitad del justo precio.* No obstante, hallamos muy honrosas excepciones, como son los quirurjos al servicio de la Casa Real, Daza Chacón y Francisco Díaz, por ejemplo, y entre no pocos, imponen respeto no ya con su destreza sino también por sus elevados conocimientos de medicina.

En efecto, al servicio de la realeza se sitúan los más egregios profesionales, que suelen desempeñar por lo común cátedras universitarias. Siendo éste el destino de mayor pretensión, no son desdeñables los contratos que ofrecen los concejos de ciudades populosas como tampoco los de cabildos catedralicios o los particulares de señores de la nobleza y de la iglesia. La ajustada producción de profesionales no dio de sí para que cada núcleo urbano contara con un algún profesional a su servicio, de ahí que la presencia de em-



MIGUEL DE CERVANTES

píricos sea notable y cumplen éstos un papel que asienta principalmente en la experiencia, en algunos casos la escasa población ilustrada se documenta a través de manuales de medicina popular o acuden a las boticas de los conventos buscando remedio farmacéutico. Sin tener asiento estable circula por el país algún que otro itinerante como es el caso de los barberos, cuya actividad se limita a practicar sangrías o remediar los dolores bucales mediante la extracción dental, aunque precisan para ello al menos de una carta de autorización como dispusieran los Reyes Católicos en 1500. En el capítulo 45 del Quijote, que trata del yelmo y la albarda, leemos: *Señor barbero, o quien sois, sabed que yo también soy de vuestro oficio, y tengo más ha de veinte años carta de examen...* No podemos ver en ésta sino el título que debió acreditar al padre del autor para desempeñar la cirugía menor, competencia de barberos autorizados.

No falta, por último, quien ejerza arrogándose títulos que no posee, esquivando la ley o por mejor decir a quien la defiende, que es la institución del Protomedicato, crea-

da por los Reyes Católicos, cuya autorización es ineludible para acceder al ejercicio legal y no sólo la posesión de un título universitario. Tampoco debemos omitir el papel de las Cofradías, en las que se agrupan médicos, cirujanos o boticarios para defensa de sus intereses en cuanto que colectivo pero también individualmente. Por último, a vuelapluma, no podemos ignorar la caterva de personajes que practicaron la brujería o la milagrería, si se pueden separar, prometiendo

la salud a un público que en su mayoría es indocto.

Son pues, si bien de forma muy resumida, estos profesionales y los pacientes, o los enfermos, los protagonistas de la relación clínica. Aunque se adivina su ubicación, en la cama, en el tajo, en la batalla, conviene citar cuando menos, siquiera de pasada, algunas instituciones particulares en las que se dispensó la asistencia médica, tal es el caso de los hospitales, que gozan de una larga y hermosa tradición en nuestro país. No hay un villorrio que

“ *La ajustada producción de profesionales no dio de sí para que cada núcleo urbano contara con un profesional, de ahí que la presencia de empíricos sea notable y que, sin asiento estable, circulen los barberos.* ”

carezca al menos de una casa en la que acoger al peregrino o al desvalido. Y desde ahí caben todas las escalas posibles hasta los hospitales de grandiosa arquitectura, reales y eclesiásticos –en éstos se entrenan en la caridad determinadas órdenes hospitalarias–, como son el General de Madrid, el de Tavera en Toledo, el de Simón Ruiz en Medina del Campo, el General de Zaragoza, el mencionado de Guadalupe –y sus varios hospitales adyacentes–. Qué decir del Real de Santiago de Compostela, el de Santa Cruz de Toledo o el de los Reyes de Granada. El menesteroso y el desvalido, el niño abandonado que se acoge en inclusas, pero también el enfermo, encuentran consuelo y remedio, incluso en hospitales no ya generales sino propiamente especializados o bien en algunas de las salas de aquellos generales, especialmente para enfermos de males contagiosos como la lepra –en lazaretos o leproserías– o la sífilis.

Llegados a este punto es el momento de acusar recibo de las especialidades médicas y quirúrgicas, que las hubo en cuanto que se abordaron como cuerpo con entidad propia y quedaron signadas en libros que se constituyen de referencia, y si fue así lo fue a consecuencia de la detección de enfermedades localizadas topográficamente. Varias de ellas, por su particular régimen –abusivo– de vida, afectan a determinado estatus, y así lo advierte Luis Lobera en su alusión a las enfermedades “cortesanas”, a saber: dolor de juntas, ciática, calculosis renal y vesical y la sífilis. Fray Antonio de Guevara dirá en su libro “Menosprecio de corte y alabanza de aldea”: *si no hay hombre contento tampoco le ay sano, porque unos tienen buvas, otros sarna, otros tiña, otros cáncer, otros gota, otros ciática, otros piedra, otros ijada, otros quartana, otros perlesía, otros asma y aun otros locura*. Generalmente, como Lobera, se prescribe un saludable régimen de vida con la intención de evitar tanto desarreglo, como asimismo hace Blas Álvarez de Miraval en su obra “La conservación de la salud del cuerpo y del alma”. Si bien son enfermedades, llamémoslas “de adultos”, no es escasa la presencia de libros pediátricos en esta época, de la pluma de Francisco Núñez de Oria, Pedro de Peramato o Luis de Mercado.

Varias, la mayoría, de las enfermedades citadas por Guevara son de índole particular, pero el español coetáneo de Cervantes también enferma de manera comunitaria, en especial a consecuencia de las epidemias de peste, de la que hay testimonio incluso en textos quirúrgicos y proliferación de imágenes del abogado protector de las mismas, San Roque, en los altares de la mayoría de las iglesias castellanas. Otras pestilencias presentes fueron el tabardillo, el garrotillo, el sarampión o la viruela. Para mejor conocimiento de la huella de la enfermedad, se recurrió, tras no pocas gestiones con la autoridad, especialmente eclesiástica, a la práctica de la autopsia. Como enfermedad nueva apareció la sífilis y, como las pestilencias, no estuvo ajena a la creencia de haber llegado como castigo divino.

Para entendimiento y cura de ellas, y de todas las observadas por los médicos de la época, se mejoraron tratamientos médicos y quirúrgicos, entre éstos se desarrollaron especialidades como la traumatología –a cargo de los



ANDRÉS LAGUNA

algebraístas–, la tocoginecología, la oftalmología, la urología o la odontología –se verá en un artículo posterior–, cuyas reflexiones aparecen en libros generales o monográficos, algunos de altura sorprendente. No son la medicina y la cirugía de la época un pescar a río revuelto para ganancia de pescadores, aunque tampoco faltaran, sino que la medicina se escribe afilando el lápiz de la racionalidad y puestos los cinco sentidos –y no es una licencia– en la expresión clínica. Todo ello se entiende mejor que nunca con el magnífico conocimiento del cuerpo humano

“ *Para el entendimiento y cura de las enfermedades, se mejoraron tratamientos, entre éstos se desarrollaron especialidades como la traumatología, tocoginecología, oftalmología, urología o la odontología.* ”

a raíz de la obra de Vesalio y sus seguidores, entre los que no falta algún español, como Pedro Jimeno, Montaña de Montserrat o el gran Juan Valverde de Amusco con su “Historia de la composición del cuerpo humano”. Se entiende bien que Huarte de San Juan se atreviera con esta frase en su “Examen de ingenios”: *es cosa muy importante saber primero el arte de medicina, porque en dos o tres años aprende el hombre todo lo que alcanzaron los antiguos en dos mil*. Tal era el estado de la magnífica progresión de la ciencia médica renacentista.

Si abrimos este artículo con una cita alusiva a la historia y al oficio de historiador, volvemos a hacerlo a la hora de abrocharla con otra asimismo juiciosa, recogida en el capítulo tercero de la segunda parte, en “el ridículo razonamiento que pasó entre Don Quijote, Sancho Panza y el bachiller Sansón Carrasco”, en el que éste dice así:

Pero uno es escribir como poeta, y otro como historiador: el poeta puede contar o cantar las cosas, no como fueron, sino como debían ser; y el historiador las ha de escribir, no como debían ser, sino como fueron, sin añadir ni quitar a la verdad cosa alguna.

Valga también, cómo no, para este nuestro tiempo •

Diagnóstico precoz del cáncer oral

El cáncer oral representa desde la 6ª a la 10ª neoplasia maligna más frecuente en el ser humano, aunque en algunas regiones alcanza posiciones más altas. Más del 90% de los casos de cáncer oral corresponde al carcinoma de células escamosas, que todavía mantiene una gran morbilidad y una alta mortalidad, con una supervivencia a los 5 años menor del 50%.

Tratar de reducir los datos negativos de esta neoplasia maligna es una obligación para todos los profesionales sanitarios que nos dedicamos a preservar la salud oral.

La prevención primaria del cáncer oral se dirige a reducir/evitar el consumo de tabaco y alcohol, mantener una buena salud bucal, aconsejar una dieta sana y una actividad sexual segura, evitar la hiposialia, etc.

La prevención secundaria del cáncer oral debe ser un objetivo fundamental en el quehacer diario del odontólogo, dirigida a diagnosticar y tratar precozmente el cáncer inicial y los trastornos orales potencialmente malignos.

La leucoplasia oral es el trastorno potencialmente maligno más característico y puede desarrollarse de forma única o como lesiones múltiples, lo que tiene implicaciones pronósticas importantes.

Desde el Máster de Patología Oral del Departamento de Estomatología II de la Universidad del País Vasco/EHU presentamos 2 casos clínicos de "leucoplasia", en dos mujeres de edad, exponiendo sus consideraciones clinicopatológicas propias y llamando la atención sobre la importancia de realizar un diagnóstico correcto y completo en todos los casos, que nos permita valorar la actitud terapéutica y el seguimiento.



Jose Manuel Aguirre-Urizar
Máster Patología Oral
Departamento de Estomatología II.
UFI 11/25UPV/EH

Caso Clínico 1: Señora fumadora con una placa blanca en la lengua que le molesta

INTRODUCCIÓN

La leucoplasia oral es el trastorno oral potencialmente maligno más común y reconocido, que lamentablemente todavía no tiene una definición universalmente aceptada, siendo la más reciente la que señala como leucoplasia a toda aquella lesión o placa predominantemente blanca de comportamiento cuestionable, habiendo excluido clínica e histopatológicamente cualquier otra enfermedad o trastorno blanco definible ^(1, 2).

La tasa de transformación maligna de la leucoplasia en un carcinoma oral

de células escamosas es muy variable y va desde el 0,13 al 34% ⁽³⁾. Estas cifras tan dispares están estrechamente relacionadas con las diferencias en los criterios diagnósticos utilizados y en el seguimiento de este trastorno ⁽⁴⁾.

Clásicamente las leucoplasias orales se han dividido, en relación con su aspecto clínico, en leucoplasias homogéneas y leucoplasias no homogéneas (moteada, eritroleucoplasia y verrugosa), siendo estas últimas las que presentan un mayor riesgo de malignización ^(2, 4, 5).

El diagnóstico de una leucoplasia oral exige un análisis clínico porme-

norizado y una buena exploración para alcanzar un diagnóstico clínico provisional, que en todos los casos debe ser confirmado, tras la eliminación de factores carcinogénicos y la realización de una o varias biopsias ⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Recibimos en la consulta de la Unidad de Medicina Bucal del Máster de Patología Oral de la UPV/EHU a una paciente mujer de 78 años de edad, remitida por su odontólogo para valorar una lesión lingual molesta. La paciente se había visto la lesión blanca en el borde de la lengua, que

AUTORES:

JUAN PABLO MUÑOZ ZAPATA

JAVIER ALBERDI NAVARRO

BEGOÑA MARTÍNEZ REVILLA

CARMEN PARRA PÉREZ

ANDONI DE JUAN GALÍNDEZ

* MÁSTER EN PATOLOGÍA ORAL (DIRECTOR JOSÉ M. AGUIRRE URIZAR). DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA II. UFI 11/25. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EHU

le causa molestias imprecisas de manera ocasional desde hace 4 meses.

Como antecedentes médicos de interés la paciente presenta osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos orales (ácido ibandronico) y era alérgica al yodo. Refiere ser fumadora de 20 cigarrillos al día desde hace mu-



FIGURA 1. ASPECTO CLÍNICO DE LA LESIÓN LEUCOPLÁSICA NO HOMOGÉNEA EN EL BORDE LATERAL DE LENGUA

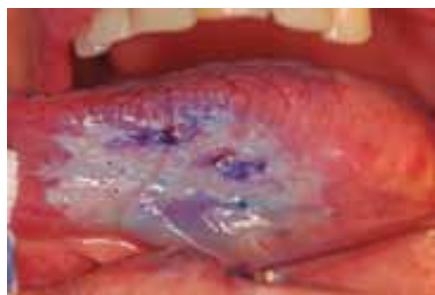


FIGURA 2. TINCIÓN VITAL CON AZUL DE TOLUIDINA

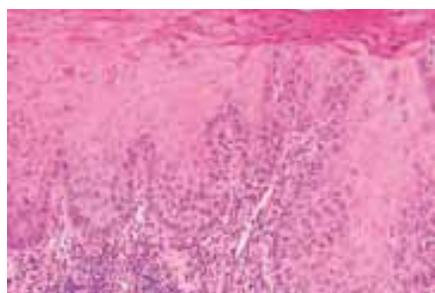


FIGURA 3. HIPERQUERATOSIS, DISPLASIA EPITELIAL MODERADA E INFILTRADO INFLAMATORIO CRÓNICO EN LA LÁMINA PROPIA.

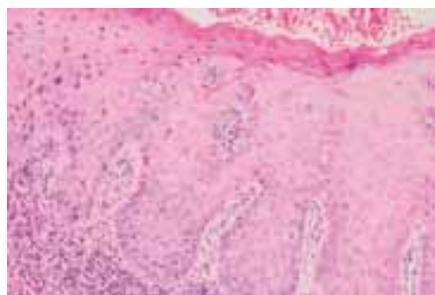


FIGURA 4. HIPERPARAQUERATOSIS, DISPLASIA EPITELIAL MODERADA E INFILTRACIÓN INFLAMATORIA CRÓNICA EN EL CORIÓN.

chos años y consumidora esporádica de alcohol (4U a la semana).

En la exploración intraoral se reconoce una placa blanca grande situada en la zona ventro-lateral izquierda de la lengua, única, mayoritariamente homogénea pero con áreas no homogéneas con zonas más eritematosas (Fig. 1). La lesión mide 3,5 x 2,5 cm en el eje menor. La lesión no se desprende por el raspado y a la palpación se reconoce cierta rugosidad en la superficie, sin encontrar induración o infiltración en profundidad. A nivel extraoral no se aprecian adenopatías ni asimetrías.

Con estos datos se estableció un diagnóstico clínico de presunción de "leucoplasia oral no homogénea en borde lateral de la lengua".

Con este diagnóstico clínico y dado las características de la lesión se programó una biopsia incisional tras la aplicación de la técnica de azul de toluidina, con la que se reconocieron 2 zonas que se teñían de azul oscuro (Fig.2), decidiéndose tomar una muestra en ambas zonas.

La biopsia de la zona anterior mostró una hiperqueratosis y alteraciones arquitecturales y citológicas sugestivas de displasia epitelial moderada. La segunda muestra, perteneciente a la zona posterior, mostró hiperqueratosis y alteraciones arquitecturales y celulares correspondientes a displasia epitelial moderada. Además, en ambas biopsias se reconoció un infiltrado inflamatorio crónico a nivel del corión representativo del proceso de inmunovigilancia tumoral.

Reuniendo los datos clínicos e histopatológicos se informó a la paciente sobre la importancia biológica de la lesión y la necesidad de realizar tratamiento completo de la lesión por lo cual se le remitió a un Servicio Hospitalario de Cirugía Oral y Maxilofacial. Además, se le indicaron la necesidad de cesar en el hábito tabáquico y se instauró un plan de seguimiento con revisiones periódicas.

DISCUSIÓN

La leucoplasia oral es el trastorno oral potencialmente maligno más característico, y es indiscutible que los pacientes que sufren esta patología tienen un mayor riesgo de desarrollar un carcinoma oral de células escamosas (3, 4, 6).

El caso clínico presentado se puede considerar un caso clásico de esta patología: en una paciente mayor y fumadora, con una lesión de leucoplasia única no-homogénea (eritroleucoplásica), de gran tamaño, en el margen lingual y en la que la biopsia demuestra la existencia de displasia epitelial.

Clásicamente se ha considerado que el pronóstico de los casos de leucoplasia oral varía según algunos aspectos clínicos y que son las lesiones no-homogéneas y las lesiones de gran tamaño las que presentan un mayor riesgo de malignización (1, 2, 4, 5, 7).

En relación a la localización, se conoce que algunas zonas presentan un mayor riesgo, como son el borde lateral de lengua, el suelo de la boca y el paladar blando (6, 7). En nuestro caso la lesión se desarrolló en una de las localizaciones consideradas con mayor riesgo de transformación maligna como son las áreas ventrolaterales de la lengua.

El tamaño de la leucoplasia ha sido otro parámetro a considerar en relación con la capacidad de transformación maligna, ya que se ha observado una mayor tasa de transformación maligna en las lesiones mayores de 200 mm² (5, 6, 7). Este es un motivo importante para que, en todas las lesiones leucoplásicas grandes, se deban realizar siempre tantas biopsias como sean necesarias para que sean representativas de la lesión. En nuestro caso, se realizaron dos biopsias en las áreas que se teñieron de modo intenso con azul de toluidina, que es un elemento que en ocasiones nos puede servir de ayuda.

CONCLUSIÓN

La conclusión de este caso de leucoplasia oral es la necesidad de hacer siempre un buen diagnóstico clínico y un estudio histopatológico representativo para poder valorar el pronóstico de cada lesión. Una vez diagnosticada y tratada, es necesario realizar un control y seguimiento de por vida de estos pacientes ya que el proceso carcinogénico está presente en su cavidad oral y se pueden desarrollar otras lesiones precancerosas. La detección temprana, el tratamiento precoz y la prevención son, por el momento, nuestras únicas opciones ante esta patología ●

Caso Clínico 2: Señora que no fuma con múltiples placas blancas en la cavidad oral que no le molestan

INTRODUCCIÓN

La leucoplasia oral es considerada a día de hoy como un trastorno oral potencialmente maligno y se define como “toda aquella lesión o placa predominantemente blanca de comportamiento cuestionable, habiendo excluido clínica e histopatológicamente cualquier otra enfermedad o trastorno blanco definible”^(1,2).

A la hora de realizar un diagnóstico de leucoplasia oral, se recomienda hacer primero un diagnóstico clínico presuntivo o provisional y realizar una biopsia con confirmación histopatológica en la que se valore la presencia y el grado de displasia epitelial⁽³⁾.

Desde hace unos años se ha identificado una forma particular de leucoplasia oral conocida como “leucoplasia verrugosa proliferativa” (LVP) o “leucoplasia multifocal proliferativa” (LMP)^(4,5), que se caracteriza por el desarrollo de múltiples placas blancas que crecen y se extienden, y presentan una alta tasa de malignización (>50%)⁽⁶⁾. A diferencia de la leucoplasia convencional, en la LVP no se ha identificado su relación con factores etiopatogénicos clásicos como el tabaco.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente mujer de 86 años de edad que es remitida a la Unidad de Medicina Bucal del Máster de Patología Oral de la UPV/EHU por presentar varias lesiones blancas asintomáticas en la cavidad oral.

Como antecedentes médicos de interés, presentaba hipertensión arterial e hipercolesterolemia tratados con enalapril 10 mg y simvastatina 20 mg. Además, no refería hábitos tóxicos carcinogénicos (no tabaco, no alcohol).

La paciente no presentaba ninguna sintomatología y desconocía el tiempo de evolución de las lesiones, que fueron observadas en una revisión odontológica. En la exploración clínica intraoral se reconocieron varias placas blancas con diferentes aspectos: lesiones no homogéneas en la encía lingual y mucosa alveolar del cuarto cuadrante, con unas áreas eritematosas y otras ligeramente exofíticas (Fig. 1), lesiones homogéneas en ambos bordes laterales y cara ventrolateral de la lengua (Fig. 2 y 3). A la palpación no existían zonas de induración y ninguna de las lesiones se desprendía al raspado. A nivel extraoral no se reconocieron adenopatías u otras alteraciones o asimetrías. Se realizó una ortopantomografía que no mostró alteraciones evidentes.

Con todos estos datos clínicos, realizamos un diagnóstico clínico presuntivo de “leucoplasia multifocal/verrugosa proliferativa”.

Decidimos realizar dos biopsias incisionales, previa tinción con azul de toluidina. Una biopsia de la zona azul oscura en el cuarto cuadrante (Fig. 4) y otra en la lesión del borde lateral derecho de la lengua.

En la biopsia de la mucosa alveolar se observó una hiperplasia epitelial

con hiperqueratosis y evidentes alteraciones arquitecturales y celulares sugestivas de displasia epitelial moderada (Fig. 5). En la muestra del borde lateral de lengua se reconoció una hiperortoqueratosis y alteraciones celulares de displasia epitelial leve (Fig 6).

Ante esta histopatología se informó a la paciente sobre la importancia de los hallazgos y la necesidad de realizar tratamiento completo de la lesión del cuarto cuadrante, por lo cual se le remitió a un Servicio Hospitalario de Cirugía Oral y Maxilofacial. Además, se instauró un plan de seguimiento minucioso con revisiones periódicas.

DISCUSIÓN

La leucoplasia verrugosa proliferativa o multifocal proliferativa⁽⁵⁾ es una forma agresiva de leucoplasia descrita por Hansen y cols. en 1985⁽⁴⁾, que presenta un alto índice de transformación maligna⁽⁶⁾.

Esta forma especialmente agresiva de leucoplasia oral afecta sobre todo a mujeres a partir de la sexta década y que no presentan hábitos tóxicos (no tabaco, no alcohol)^(6,7).

No se reconocen a día de hoy factores etiopatogénicos claramente asociados a esta patología, lo que hace imposible realizar una prevención primaria.

Clásicamente, se ha reconocido como una característica clínica patognomónica de esta entidad la presencia de áreas o zonas verrugosas, sobre todo en los casos que mayo-

AUTORES:

DÍDAC SOTORRA FIGUEROLA

BEGOÑA MARTÍNEZ REVILLA

ANDONI DE JUAN GALÍNDEZ

MARIA ÁNGELES ECHEBARRIA GOICOURIA

JAVIER ALBERDI NAVARRO

* MÁSTER EN PATOLOGÍA ORAL (DIRECTOR JOSÉ M. AGUIRRE URIZAR). DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA II. UFI 11/25. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO/EHU



FIGURA 1. ÁREAS DE LEUCOPLASIA NO HOMOGÉNEA EN CUARTO CUADRANTE.



FIGURA 2. ÁREAS DE LEUCOPLASIA HOMOGÉNEA EN BORDE LATERAL DERECHO DE LA LENGUA.



FIGURA 3. LESIÓN LEUCOPLÁSICA EN BORDE LINGUAL IZQUIERDO.



FIGURA 4. TINCIÓN CON AZUL DE TOLUIDINA.

ritariamente han sido diagnosticados de modo retrospectivo. Nuestro caso pone de manifiesto que en los primeros estadios de este trastorno pueden no reconocerse claramente áreas verrugosas, por lo que se trata de un dato no patognomónico. Como refiere Aguirre-Urizar⁽⁵⁾ y muestra el estudio de García-Chías y cols.⁽⁸⁾ las principales características clínicas de estos pacientes son el carácter multifocal de las leucoplasias y el crecimiento o proliferación de las lesiones a lo largo del tiempo, reconociéndose áreas verrugosas solo en el 25% de los casos⁽⁸⁾.

En relación a la localización de las lesiones, la zona más afectada es la encía y la mucosa alveolar, seguido de la lengua y la mucosa yugal^(9,10). En nuestro caso la paciente presentaba lesiones en encía y mucosa alveolar, así como en los bordes laterales de la lengua. Las principales características clínicas de la LMP se describen en la [tabla 1](#).

La histopatología de la LMP es inespecífica y puede mostrar una hiperqueratosis, con o sin displasia epitelial de diferentes grados, una hiperplasia verrugosa, un carcinoma verrugoso o un carcinoma oral de células escamosas⁽¹¹⁾. Por ello, la realización de una o varias biopsias incisionales es inexcusable en esta patología.

En nuestro caso, la lesión de la mucosa alveolar mostró hiperqueratosis

con displasia epitelial moderada y la del borde de lengua hiperqueratosis y displasia epitelial leve. El hecho de que aparezcan fenómenos de displasia epitelial en lesiones separadas topográficamente, pone de manifiesto la existencia de fenómenos de cancerización de campo en la LMP⁽¹²⁾, lo que explicaría que en algunos de estos casos aparezcan múltiples carcinomas⁽⁶⁾.

En relación con el tratamiento de la LMP, se han propuesto diferentes alternativas: tratamiento quirúrgico convencional, cirugía con láser CO₂, retinoides, terapia fotodinámica, etc.^(6, 10, 13, 14). Hasta este momento ninguna de estas posibilidades ha demostrado una evidencia suficiente, no disminuyendo la aparición de eventos neoplásicos y presentando una alta tasa de recurrencia^(6, 9). Por ello, el diagnóstico precoz, el control periódico exhaustivo y un tratamiento adecuado de las lesiones malignas, si se producen, son los elementos terapéuticos fundamentales en estos pacientes.

CONCLUSIÓN

Creemos que este caso clínico es muy demostrativo de que debemos tener una atención especial en aquellos pacientes que presentan lesiones leucoplásicas orales múltiples, aunque no muestren áreas verrugosas o sean asintomáticas. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz en este

trastorno, antes de que se produzca un carcinoma. La biopsia o biopsias y su análisis histopatológico son indispensables en cualquier leucoplasia oral sea aislada o múltiple. Estos pacientes deben controlarse periódicamente de por vida ●

Mujeres
No tabaco, no alcohol
Lesiones de largo tiempo de evolución
Lesiones múltiples y algunas pueden ser no homogéneas
Carácter “proliferativo”
En cualquier lugar, más frecuente encía y reborde alveolar
Lesiones recurrentes
Alta tasa de transformación maligna
Aparición de segundos primarios (cancerización de campo)
Histopatología no específica

TABLA 1. DATOS CLINICOPATOLÓGICOS PRESENTES EN LA LVP.

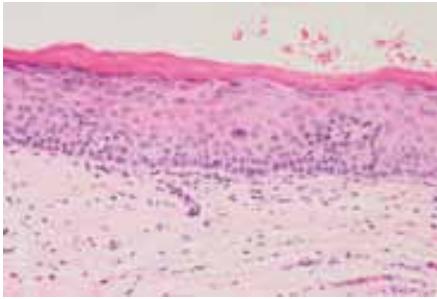


FIGURA 5. IMAGEN HISTOLÓGICA DE BORDE LATERAL DE LA LENGUA DONDE SE APRECIA HIPERQUERATOSIS Y DISPLASIA EPITELIAL LEVE (HE 20X).

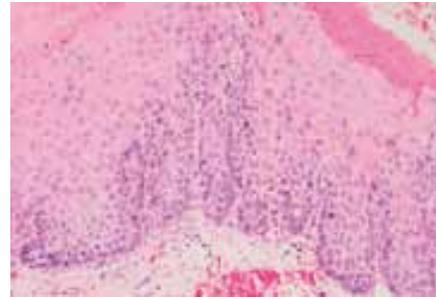


FIGURA 6. BIOPSIA LESIÓN MUCOSA LINGUAL QUE MUESTRA DISPLASIA EPITELIAL MODERADA (HE 40X).

BIBLIOGRAFÍA CASO 1

1. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(10):575-580.
2. Brouns ER, Baart JA, Bloemena E, Karagozoglou H, van der Waal I. The relevance of uniform reporting in oral leukoplakia: definition, certainty factor and staging based on experience with 275 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013; 18(1): e19-26.
3. Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. *J Oral Pathol Med.* 2016; 45(3): 155-66.
4. van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009; 45(4-5): 317-323.
5. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. *Oral Oncol.* 2006; 42(5): 461-74.
6. Arduino PG, Bagan J, El-Naggar AK, Carrozzo M. Urban legends series: oral leukoplakia. *Oral Dis* 2013; 19(7): 642-659.
7. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008; 37(1): 1-10.

BIBLIOGRAFÍA CASO 2

1. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 575-80.
2. Brouns ER, Baart JA, Bloemena E, Karagozoglou H, van der Waal I. The relevance of uniform reporting in oral leukoplakia: definition, certainty factor and staging based on experience with 275 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18: 19-26.
3. Carrard VC, Brouns E, van de Waal I. Proliferative verrucous leukoplakia; a critical appraisal of the diagnostic criteria. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18: 411-3.
4. Hansen LS, Olson JA, Silverman S. Proliferative verrucous leukoplakia: a long-term study of thirty patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 285-98.
5. Aguirre-Urizar JM. Proliferative multifocal leukoplakia better name than proliferative verrucous leukoplakia. *World J Surg Oncol* 2011; 9: 122.
6. Bagan JV, Jiménez-Soriano Y, Díaz-Fernández JM, Murillo-Cortés J, Sanchis-Bielsa JM, Poveda-Roda R, Bagan L. Malignant transformation of proliferative verrucous leukoplakia to oral squamous cell carcinoma: a series of 55 cases. *Oral Oncol* 2011; 47: 732-5.
7. Cabay RJ, Morton Jr TH, Epstein JB. Proliferative verrucous leukoplakia and its progression to oral carcinoma: a review of the literature. *J Oral Pathol Med* 2007; 36: 255-61.
8. García-Chías B, Casado-De la Cruz L, Esparza-Gómez GC, Cerero-Lapiedra R. Diagnostic criteria in proliferative verrucous leukoplakia: evaluation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014; 19: 335-9.
9. Silverman S, Gorsky M. Proliferative verrucous leukoplakia: a follow-up study of 54 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 154-7.
10. Bagan J, Scully C, Jimenez Y, Martorell M. Proliferative verrucous leukoplakia: a concise update. *Oral Dis* 2010; 16: 328-32.
11. Hamadah O, Goodson ML, Thomson PJ. Clinicopathological behaviour of multiple oral dysplastic lesions compared with that of single lesions. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2010; 48: 503-6.
12. Bagan JV, Murillo J, Poveda R, Gavaldá C, Jiménez Y, Scully C. Proliferative verrucous leukoplakia: unusual locations of oral squamous cell carcinomas, and field cancerization as shown by the appearance of multiple OSCCs. *Oral Oncol* 2004; 40: 440-3.
13. Abadie WN, Partington EJ, Fowler CB, Schamallbach CE. Optimal management of proliferative verrucous leukoplakia: a systematic review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015; 153: 504-11.
14. Poveda-Roda R, Bagan JV, Jiménez-Soriano Y, Díaz-Fernández JM, Gavaldá Esteve C. Retinoids and proliferative verrucous leukoplakia (PVL). A preliminary study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15: e3-9.

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®



1.599 €
~~2.721 €~~

MODELO **Varios 970 LED**
CÓD. DE PEDIDO **Y1001168**
• Con Luz LED

NSK

CREATE IT.

NSK Dental Spain SA
www.nsk-spain.es

Caso clínico:

Quistectomía y xenoinjerto

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

Paciente varón, 47 años ,ASA I

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

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



FIGURA 1

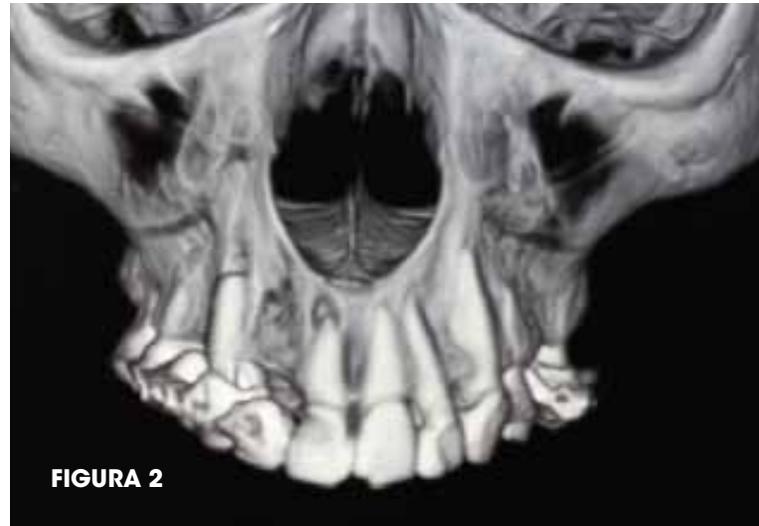


FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 6



FIGURA 4



FIGURA 7



FIGURA 5



FIGURA 8

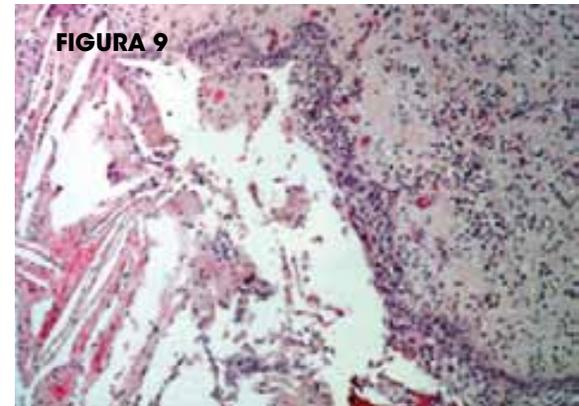


FIGURA 9

EPITELIO ESCAMOSO CON BAJO GRADO DE QUERATINIZACIÓN Y SIGNOS INFLAMATORIOS

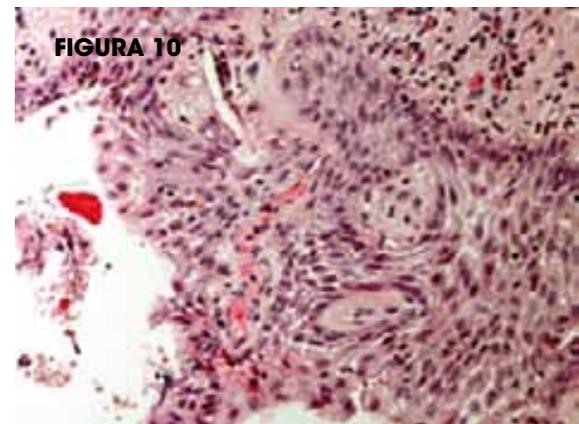


FIGURA 10

Diagnóstico de certeza: histopatología (figuras 9 y 10)

Tratamiento

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

Segunda fase terapéutica: Xenoinjerto de bloque equino

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

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

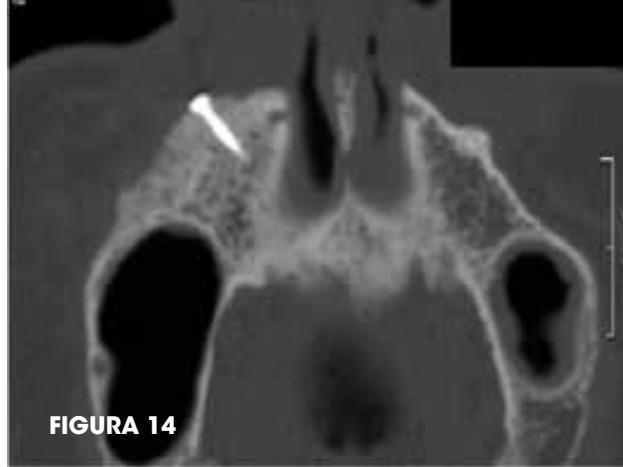


FIGURA 14



FIGURA 15

CONTROL RADIOGRÁFICO



FIGURA 11

COLGAJO MUCOPERIÓSTICO



FIGURA 12

OSTEOPLASTIA



FIGURA 13

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



FIGURA 16



FIGURA 17

Relación entre el carcinoma oral escamoso y los implantes dentales

AUTORES

MANUEL M^o ROMERO RUIZ,

DOCTOR EN MEDICINA. PROFESOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

ÁNGELA RODRÍGUEZ CABALLERO, DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

DANIEL TORRES LAGARES,

PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA BUCAL. DIRECTOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ PÉREZ,

PROFESOR TITULAR VINCULADO DE CIRUGÍA BUCAL. DIRECTOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

El cáncer oral representa una patología en la que el carcinoma de células escamosas es la presentación más frecuente, y que presenta un mal pronóstico cuando es diagnosticado tardíamente, mientras que puede curarse si se detecta en estadios precoces. Su aparición en relación con implantes dentales no está bien establecida en la literatura, si bien se ha informado de la posibilidad de presentación alrededor de los mismos simulando una periimplantitis, por lo que puede existir confusión diagnóstica que retrase el inicio de un adecuado diagnóstico y tratamiento. El presente trabajo pretende realizar una revisión sobre la posible relación entre los implantes dentales y la aparición de carcinoma oral, valorando especialmente los datos clínicos que permitan realizar un diagnóstico precoz del cáncer y evite el error diagnóstico con procesos inflamatorios periimplantarios.

INTRODUCCIÓN

De todos los tumores malignos, el cáncer oral supone un 2% aproximadamente, siendo un 90 % de ellos carcinomas orales de células escamosas (COCE) procedentes del epitelio oral^{1,2}. (Figura 1) Su etiología es multifactorial, estando especialmente implicados factores relacionados con la higiene oral, el tabaco y el alcohol²⁻⁴. Varias lesiones y condiciones conllevan un mayor riesgo de malignización, entre las que destacan el líquen plano, la leucoplasia, eritroplasia, y las lesiones por papilomavirus humano. Quienes padecen un COCE previo, presentan un mayor riesgo de una segunda neoplasia primaria^{4,5}.



FIGURA 1

CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN ZONA DE TRÍGONO RETROMOLAR



PERIIMPLANTITIS DEL 12 EN LA QUE SE APRECIA LA ENCÍA CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN, SONDAJE PROFUNDO Y PÉRDIDA ÓSEA AL LEVANTAR COLGAJO

El tratamiento mediante implantes osteointegrados para la rehabilitación oral de un paciente edéntulo es hoy en día una opción de tratamiento predecible, y que permite una recuperación funcional y estética adecuada^{6,7}. Sus tasas de éxito son muy elevadas aunque este tipo de tratamientos no está exento de complicaciones, entre las que se encuentran los procesos infecciosos e inflamatorios de los tejidos periimplantarios⁸⁻¹².

Entre las complicaciones más frecuentes de los implantes están la mucositis periimplantaria y la periimplantitis¹³.

La periimplantitis y/o mucositis periimplantaria tiene lugar en el 80% de los sujetos y en el 50% de los implantes. Los factores de riesgo de la periimplantitis son fundamentalmente la falta de higiene oral y el consumo de tabaco, pudiendo estar también implicados la historia previa de periodontitis, la diabetes mellitus, el alcohol y la predisposición genética¹³.

En la literatura se han descrito varios casos de carcinomas orales de

células escamosas asociados o en la proximidad de implantes dentales¹⁴⁻²⁵. En estos casos, el COCE se suele presentar de un modo muy similar a una periimplantitis, alrededor de los implantes, con presencia de enrojecimiento de la mucosa y pérdida del soporte óseo. Esto plantea un problema importante de diagnóstico diferencial.

RELACIÓN ENTRE LOS IMPLANTES Y EL CÁNCER ORAL. RESULTADOS DE LA EVIDENCIA

Tras realizar una revisión profunda de la literatura, se seleccionaron 12 estudios¹⁴⁻²⁵ que fueron procesados para la extracción de datos. El número total de pacientes incluidos en dichos estudios fue de 34 y se colocaron una media de 4,5 implantes por paciente.

En los casos revisados, el 76,47% de los pacientes presentaron uno o más factores de riesgo de malignización previamente a la colocación de los implantes; en el 47 % de los casos los pacientes presentaron historia de carcinoma oral o sistémico (cáncer de pulmón, pancreático y

de mama). En el 11,7% presentaron lesiones precancerosas (leucoplasia oral y líquen plano oral), mientras que el 35,3% tenía o había tenido hábito tabáquico y el 17,64% consumían alcohol habitualmente. En la mayoría de los casos, existían 1 ó más factores de riesgo para el carcinoma oral en el momento de colocación de los implantes. Debido a los múltiples factores que intervienen en el proceso de carcinogénesis, resulta muy difícil demostrar si la relación clínica que parece existir entre los implantes dentales y el cáncer oral es puramente casual o no.

El COCE alrededor de implantes dentales puede presentarse como una zona de mucosa oral roja, hiperplásica y/o ulcerada, con pérdida ósea alveolar. Esta forma de presentación, cuando se desarrolla alrededor de una rehabilitación protésica sobre implantes, es similar y por tanto muy difícil de diferenciar de una periimplantitis, con la consiguiente posibilidad de error diagnóstico. La periimplantitis es una complicación del tratamiento implantológico que cursa clásicamente con pérdida ósea alveolar alrededor de los implantes, además de inflamación de los tejidos blandos periimplantarios¹³.

En los casos presentados en esta revisión, el COCE se desarrolló muy próximo o en contacto directo a los implantes dentales, por lo que la posibilidad de confusión con un proceso periimplantario fue siempre muy alta, lo que pudo en muchos casos retrasar el diagnóstico empeorando así el pronóstico del caso. En este sentido, Block y Scheufler¹⁴ presentaron el caso de un paciente en el que se observaba pérdida ósea periodontal alrededor de implantes endoóseos, que en un principio fue diagnosticado de periimplantitis. El tejido periimplantario que ocupaba la zona de pérdida ósea fue desbridado y enviado para evaluación microscópica, mostrando los resultados histológicos la presencia de un carcinoma oral escamoso bien diferenciado²³. Los autores sugieren que la secuencia probable de desarrollo del COCE era desde los tejidos blandos hacia el hueso a lo largo de los implantes. El tumor se habría originado en los tejidos blandos y los implantes habrían creado un ambiente similar al del surco.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los casos evaluados en esta revisión, surgen diferentes cuestiones de difícil respuesta desde la evidencia actual disponible; ¿cuál es el papel exacto que juegan los implantes dentales en el desarrollo del carcinoma oral escamoso?, ¿es apropiado tratar con implantes a un paciente que tenga una historia previa de carcinoma, lesiones premalignas o cualquier otro factor de riesgo?, ¿aumentan los implantes “per se” el riesgo de desarrollar cáncer oral?

Tratando de responder estas cuestiones, Czerninski y cols en 2006¹⁵ rescataron varios casos propios y de distintos artículos, de COCE asociado con implantes dentales. La edad media de su muestra (72 años, con rango de 52 a 90 años), estaba por encima de la hallada en el presente trabajo (66,3±10,1). La localización del tumor fue en todos los casos mandibular, y sólo en uno hallaron extensión al suelo de boca. En la presente revisión existe también un claro predominio de aparición mandibular (88,23%), concretamente en zona mandibular posterior (76,46%) y zona anteroinferior (11, 77%). Sólo en 2 de los 17 casos la aparición del tumor tuvo lugar en la zona lateral de la lengua.

La etiología del COCE es multifactorial incluyendo factores relacionados con la edad, historia previa de cáncer oral y/o sistémico, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), y agentes infecciosos como el papiloma virus humano (HPV)^{4,5}. Los factores nutricionales (dieta alta en grasas y pobre en frutas y verduras), e higiénicos (mala higiene oral) también se asocian con un mayor riesgo de cáncer oral⁴. Aunque el COCE puede aparecer de nuevo,

“ *El tabaquismo es el principal factor de riesgo tanto para lesiones premalignas orales, como para el cáncer oral.* ”

normalmente se precede de lesiones premalignas como la leucoplasia, la eritroplasia o el líquen oral plano⁴. Czerninski y cols¹⁵, encontraron que el 87,5% de los pacientes evaluados presentaban factores de riesgo para desarrollar carcinoma oral (historia de cáncer previa (50%), lesiones

pre malignas (25%) y hábitos tóxicos (25%)), frente a 76,4% de nuestra serie, en la que el 47,06% de los pacientes presentaron historia de carcinoma oral -de células escamosas y verrucoso del borde alveolar-, o sistémico (cáncer de pulmón, pancreático y de mama), en el 11,76% lesiones precancerosas (leucoplasia oral y líquen plano oral), el 35,3% tenía o había tenido hábito tabáquico, y un 17,64% era consumidor habitual de alcohol.

El tabaquismo es el factor principal de riesgo reconocido tanto para la aparición de lesiones premalignas orales como para el cáncer oral, presentando, además, por sí mismo, un efecto negativo sobre el éxito del tratamiento implantológico a largo plazo, empeorando el pronóstico. El dejar de fumar puede mejorar los resultados significativamente²⁶.

Existen casos publicados en los que el paciente no tenía ningún factor de riesgo identificado para desarrollar carcinoma oral, y en todos ellos el tumor se desarrolló en íntimo contacto con los implantes^{18,22,23}. Algunos autores consideran el traumatismo crónico como una lesión precancerosa, en el caso de que no se trate adecuadamente eliminando el motivo del trauma^{18,27}.

De Ceulaer y cols²⁰ concluyen que existiría una mayor recurrencia del carcinoma oral en aquellos casos en los que los implantes son colocados en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa el tumor, por lo que sería conveniente esperar a una segunda etapa para la colocación de los mismos, una vez los tejidos hayan cicatrizado y se hayan vuelto estables.

En todos los casos descritos hasta la fecha, a excepción de uno²¹, el tumor invadió rápidamente el hueso y se encontró evidencia radiológica de pérdida ósea alrededor del implante. Los carcinomas orales escamosos comienzan en tejidos blandos y tienen tendencia a invadir el hueso subyacente^{2,3}.

Se ha sugerido que una buena salud periodontal podría constituir una barrera natural contra la progresión del tumor, lo cual podría retrasar la infiltración ósea¹⁶. En caso contrario, el implante podría proporcionar un ambiente propicio para la progresión rápida del tumor hacia el hueso, en aquellos casos en los que el carcinoma se originara en la mucosa adyacente al epitelio.



FIGURA 3. PERIIMPLANTITIS DEL 22; SE APRECIA ENCÍA INFLAMADA ALREDEDOR DEL TORNILLO DE CIERRE Y PÉRDIDA ÓSEA FRANCA AL ABRIR EL COLGAJO

FIGURA 4. LIQUEN PLANO ORAL ALREDEDOR DE UNA REHABILITACIÓN CON IMPLANTES

En los casos en los que se decida colocar implantes en un paciente con alto riesgo de desarrollar carcinoma oral (fumadores, historia previa de tumor y/o lesiones premalignas) deberá realizarse una cuidadosa monitorización, así como un seguimiento clínico y radiológico adecuado. Las prótesis deberán ser diseñadas de modo que facilite la remoción fácil y periódica de la misma, permitiendo el control regular de los tejidos subyacentes¹⁸.

Debido al hecho de que las lesiones de periimplantitis alrededor de los implantes pueden manifestar similitudes clínicas y radiológica con entidades malignas (Figuras 2 y 3), en casos de

periimplantitis, hiperplasia gingival y/o reabsorción ósea alrededor de un implante, se hace necesario llevar a cabo un diagnóstico diferencial exhaustivo. Bajo estas circunstancias, es necesario realizar una evaluación clínica y radiológica detallada, acompañada de una biopsia y un estudio histopatológico ante la más mínima sospecha.

Igualmente será necesario actuar con mucha cautela en el caso de aparición de lesiones premalignas alrededor de implantes dentales (Figura 4), haciendo un estudio cuidadoso y un seguimiento exhaustivo del paciente, para ante la más mínima sospecha

proceder a la biopsia o eliminación de la lesión.

Son necesarios estudios adicionales con series más amplias de casos, y en colaboración con diferentes centros oncológicos, para tratar de discernir la posible relación directa entre carcinoma escamoso oral e implantes dentales, así como el posible papel de los factores de riesgos identificados •

BIBLIOGRAFÍA

- Farlay J, Shin HR, Bray F, Formah D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010
- Johnson NW, Jayasekara P, Amarasinghe AA. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. *Periodontol* 2000; 2011; 57(1): 19-37.
- Rothenberg SM, Ellisen LW. The molecular pathogenesis of head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Invest*. 2012; 122(6): 1951-7.
- Hirota SK, Braga FP, Penha SS, Sugaya NN, Migliari DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: a comparative analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(4): E227-31.
- Liang C, Marsit CJ, McClean MD, Nelson HH, Christensen BC, Haddad RI, Clark JR, Wein RO, Grillone GA, Houseman EA, Halec G, Waterboer T, Pawlita M, Krane JF, Kelsey KT. Biomarkers of HPV in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Cancer Res*. 2012; 72(19): 5004-5013.
- Buser D, Janner SF, Wittneben JG, Brägger U, Ramseier CA, Salvi GE. 10-Year Survival and Success Rates of 511 Titanium Implants with a Sandblasted and Acid-Etched Surface: A Retrospective Study in 303 Partially Edentulous Patients. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012. doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00456.x. [Epub ahead of print]
- Jiang BQ, Lan J, Huang HY, Liang J, Ma XN, Huo LD, Xu X. A clinical study on the effectiveness of implant supported dental restoration in patients with chronic periodontal diseases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012. pii: S0901-5027(12)00347-5. doi: 10.1016/j.ijom.2012.08.001. [Epub ahead of print]
- Javed F, Al-Hezaimi K, Al-Rasheed A, Almas K, Romanos GE. Implant survival rate after oral cancer therapy: a review. *Oral Oncol*. 2010; 46(12): 854-9.
- Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, Leporati M, Copelli C, Ferri T, Sesenna E. Mandibular Resection and Reconstruction in the Management of Extensive Ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012. pii: S0278-2391(12)00979-2. doi: 10.1016/j.joms.2012.07.004. [Epub ahead of print]
- Jacobsen C, Kruse A, Lübbers HT, Zwahlen R, Studer S, Zemmann W, Seifert B, Grätz KW. Is Mandibular Reconstruction Using Vascularized Fibula Flaps and Dental Implants a Reasonable Treatment? *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012. doi: 10.1111/cid.12004. [Epub ahead of print]
- Anne-Gaëlle B, Samuel S, Julie B, Renaud L, Pierre B. Dental implant placement after mandibular reconstruction by microvascular free fibula flap: current knowledge and remaining questions. *Oral Oncol*. 2011;47(12):1099-104.
- Carbiner R, Jerjes W, Shakib K, Giannoudis PV, Hopper C. Analysis of the compatibility of dental implant systems in fibula free flap reconstruction. *Head Neck Oncol*. 2012;4:37.
- Lindhe J, Meyle J; Group D of European Workshop on Periodontology. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2008; 35(8 Suppl): 282-5.
- Block MS, Scheufler E. Squamous Cell Carcinoma Appearing as Peri-Implant Bone Loss: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 1349-1352.
- Czerninski R, Kaplan I, Almozni G, Maly A, Regev E. Oral squamous cell carcinoma around dental implants. *Quintessence Int*. 2006; 37(9): 707-11.
- Eguia del Valle A, Martínez-Conde Llamas R, López Vicente J, Uribarri Etxebarria A, Aguirre Urizar JM. Primary oral squamous cell carcinoma arising around dental osseointegrated implants mimicking peri-implantitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(8): E489-91.
- Kwok J, Eyson J, Thompson I, McGurk M. Dental implants and squamous cell carcinoma in the at risk patient--report of three cases. *Br Dent J*. 2008; 205(10): 543-5.
- Gallego L, Junquera L, Llorente S. Oral carcinoma associated with implant-supported overdenture trauma: a case report. *Dent Traumatol*. 2009; 25(1): e3-4.
- Gulati A, Puthussery FJ, Downie IP, Flood TR. Squamous cell carcinoma presenting as peri-implantitis: a case report. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009; 91(7): W8-10.
- De Ceulaer J, Magremanne M, van Veen A, Scheerlinck J. Squamous cell carcinoma recurrence around dental implants. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68(10): 2507-12.
- Meijer GJ, Dieleman FJ, Bergé SJ, Merckx MA. Removal of an oral squamous cell carcinoma including parts of osseointegrated implants in the marginal mandibulectomy. A case report. *Oral Maxillofac Surg*. 2010; 14(4): 253-6.
- Agostini T, Sacco R, Bertolai R, Acocella A, Colafranceschi M, Lazzeri D. Peri-implant squamous odontogenic tumor. *J Craniofac Surg*. 2011; 22(3): 1151-7.
- Jané-Salas E, López-López J, Roselló-Llabrés X, Rodríguez-Argueta OF, Chimenos-Küstner E. Relationship between oral cancer and implants: clinical cases and systematic literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):e23-8.
- Pfammatter C, Lindenmüller IH, Lugli A, Filippi A, Kühl S. Metastases and primary tumors around dental implants: A literature review and case report of peri-implant pulmonary metastasis. *Quintessence Int*. 2012; 43(7): 563-70.
- Javed F, Al-Askar M, Qayyum F, Wang HL, Al-Hezaimi K. Oral squamous cell carcinoma arising around osseointegrated dental implants. *Implant Dent*. 2012; 21(4): 280-6.
- Liddel G, Klineberg I. Patient-related risk factors for implant therapy. A critique of pertinent literature. *Aust Dent J*. 2011; 56(4): 417-26.
- Perez MA, Raimondi AR, Itoiz ME. An experimental model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 17-22.



Seguridad de la información en la empresa

**EN TRIBUNA: FRANCISCO LARIOS,
SOCIO DE HISS**

Hoy los dentistas tienen ya conciencia de ser una empresa. Han pasado los días en la que daba igual el tipo de gestión que una clínica dental llevara a cabo para asegurarse el éxito. En el presente artículo vamos a plantear la situación de la “seguridad informática” de un modo general, común a toda empresa, sea del tamaño que sea.

TRABAJAR EN UN ENTORNO SEGURO PARA PROTEGER EL VALOR DEL NEGOCIO

El porcentaje de empresas que operan a través de internet ha ido en aumento en los últimos años: empresas con ordenadores conectados a Internet, empresas con página Web propia, o empresas que realizan comercio electrónico, no hacen más que crecer.

En un primer momento podríamos pensar que éstas son las empresas que deben estar preocupadas por la seguridad informática de lo que “está fuera”. Y esto es un error ya que internet puede ser el “infierno” lleno de virus y hackers y demás fauna, pero los mayores riesgos residen en el interior de las propias organizaciones empresariales.

Actualmente, prácticamente el 100% de las empresas de todos los sectores económicos, grandes, medianas y pequeñas, precisan de una estructura informática para su existencia capaz de facilitar la gestión de la organización, simplificar el trabajo, posibilitar la comunicación entre sus diferentes partes o delegaciones, y aumentar así la productividad y eficiencia.

Una explicación sencilla del trabajo que, los que nos dedicamos a la seguridad informática, la comparamos con la medicina preventiva. Una cara de ésta es el screening o cribado poblacional, que intenta detectar una enfermedad grave en su fase inicial o precoz, que generalmente es en ese momento asintomática, con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad. En sí mismo, igual que el conocimiento de que tenemos un colesterol

elevado a partir de la analítica realizada, no significa que ya estemos curados, pero sí estaremos en disposición de tomar las decisiones de qué hacer: pasear, controlar nuestra dieta... (para nosotros, Plan de Actuación), nosotros hacemos lo mismo en nuestro trabajo: realizamos unos controles (auditorías) que chequean los sistemas informáticos, determinando el nivel de riesgo (vulnerabilidades) de los mismos.

Tenemos a nuestra disposición técnicas que nos identifican las vulnerabilidades informáticas reales a las que cualquier empresa está expuesta desde internet: test de intrusión y auditorías de vulnerabilidades, auditorías de aplicativos y de código fuente, sin olvidar la seguridad de las redes wifi de las compañías mediante auditorías wireless, con el fin de verificar si es posible acceder a la red interna simplemente paseando desde la calle y utilizando un portátil. El camino es establecer pautas preventivas que señalen cuáles son nuestras vulnerabilidades y que refuercen la arquitectura informática de nuestras empresas, estableciendo un calendario de chequeos.

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: EL CASO DE LOS DENTISTAS

¿Qué es la seguridad?

Podríamos definirla como estar libre y exento de todo peligro, daño o riesgo. Pero un sistema de información (sistema informático), por muchas medidas de seguridad que se le apliquen, no deja de tener siempre un margen de riesgo. Sólo hay una forma de no tener estos problemas de seguridad: carecer de un sistema informático en nuestra consulta (no tener un programa de gestión, ni ordenador, ni web, ni correo electrónico).

Todos los elementos dentro de un entorno de sistema de información pueden verse afectados por fallos de seguridad, y siempre siendo la información el factor más vulnerable. Tanto el hardware como el software dentro del sistema informático pueden reemplazarse, pero la



información dañada, en cambio, no siempre es recuperable y puede derivar en varias situaciones como:

- Pérdida económica.
- Mala imagen de la organización.
- Perjuicio al paciente.

A día de hoy, cada vez en más clínicas dentales se instalan sistemas informáticos para gestionar de mejor manera el trabajo del día a día, gestión de citas con los pacientes y, cómo no, para poder conseguir publicitarse, pudiendo llegar a más personas a través de internet. Normalmente, dicho sistema informático consiste en:

- Un programa de gestión.
- Un servicio de correo electrónico.
- Una página web.

¿Qué debemos tener en cuenta en cuanto a la seguridad de un Programa de Gestión?

El Acceso.

No todos los usuarios que acceden al Programa de Gestión deberían tener los mismos privilegios, es decir, el usuario que gestiona las citas de los pacientes, como por ejemplo un administrativo, no debería tener opción ni permisos para acceder a la parte de la ficha de un paciente en donde hay información confidencial, que sólo el profesional dental debería conocer.

Cifrado de datos.

Todos los datos que se almacenan dentro de la aplicación de gestión, se almacenan dentro del equipo informático, es decir, en archivos. Estos archivos siempre deberían llevar un cifrado para que, si por un casual son adquiridos de una forma fraudulenta, éstos no puedan ser legibles. Por lo que hay que tener en cuenta que el Programa de Gestión disponga de esta opción.

Acceso vía Internet.

A día de hoy, el acceso a internet es algo casi imprescindible sobre todo debido a que muchas veces es necesario contactar con el proveedor del Programa de Gestión para solucionar problemas y el modo de hacerlo es directamente permitirles acceso remoto (internet) desde sus oficinas, pero eso conlleva a tener una puerta abierta a posibles riesgos, sobre todo en lo que concierne al malware y robo de información. Por ello se recomienda, para disminuir el riesgo, que el sistema principal no

tenga acceso a internet y que la gestión de soluciones a través de acceso remoto, navegación a internet, etc., se haga a través de otra unidad, normalmente ubicada en recepción.

Código de la aplicación.

En muchas ocasiones, el desarrollo de estos programas de gestión, no suele pasar por controles de seguridad que aseguren que no sea posible un uso indebido. Es decir, tener acceso o permisos para realizar acciones que por defecto sólo lo podrían hacer usuarios con privilegios específicos. Para ello, es recomendable realizar controles de seguridad.

¿Cómo utilizar el correo electrónico?

En muchas ocasiones suele ser necesario el envío de información (imágenes, documentación, etc.) de un paciente a través del correo electrónico ya sea para contactar con un especialista o con el mismo paciente. Esta información de forma habitual suele ir en “claro”, es decir, sin estar cifrada. Por lo tanto es posible que si alguien ajeno captura dicho correo, tenga acceso a la información que desde un principio debería estar protegida e ilegible para alguien ajeno.

¿Cuál es el riesgo de tener una página web?

Una web estática es una web que únicamente es informativa y que no tiene interlocución con el usuario sin tener riesgo alguno aparente, en cambio, una web dinámica sí tiene interlocución, por lo que ahí es dónde está el riesgo.

Siempre que tenemos una web en la que el usuario puede interactuar (búsqueda de noticias, rellenar formulario para solicitudes, acceso a un área privada, etc.), existe el riesgo de la manipulación de los parámetros. Esto puede implicar que, si la web no ha pasado por un proceso de auditorías de seguridad en la que se obtiene como resultado un listado de vulnerabilidades para su posterior corrección, un usuario malintencionado podría ser capaz de obtener información del sistema y de los usuarios y manipular y modificar el entorno web.

Por todo esto, siempre será más que recomendable tener en cuenta la seguridad de todo el sistema informático que se dispone. Medicina Preventiva... Hacking Preventivo ●



Cómo conseguir que la primera visita de tu paciente no sea la última



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

Cada año se incorporan al mercado laboral 1.500 nuevos facultativos en España, creándose así más del doble de dentistas de los que realmente se necesitan.

La competencia sigue y seguirá creciendo, y el paciente actual es mucho más exigente de lo que lo era antes.

A eso le sumamos la enorme penetración que tiene Internet en nuestra vida cotidiana. Las nuevas tecnologías han provocado que nos relacionemos, consumamos y actuemos de manera diferente a como lo hacíamos hace unos pocos años.

Todo eso influye en la forma en la que gestionamos nuestra clínica y en las fórmulas que utilizamos para atraer a nuevos pacientes.

Piensa en la cantidad de horas que has invertido en los últimos meses actualizando tu página web, creando campañas de Google Adwords o escribiendo nuevos artículos en tu blog. Incluso enviando tu newsletter mensual o gestionando tus perfiles sociales.

Seguramente sean incontables.

Y tienen un coste real en euros y en tiempo (que también es dinero).

Ahora dime, ¿estás dispuesto a tirar por la borda todos esos esfuerzos con una primera visita mediocre?

Seguro que conscientemente no.

Por eso vamos a repasar algunos puntos claves que te ayudarán a fidelizar a tu paciente desde el minuto uno.

Recuerda que tus pacientes leales son más proclives a compartir su experiencia positiva y a recomendar tus servicios a sus amigos o familiares.

Y eso es lo que quieres, ¿verdad? Porque no hay nada comparable al poder del Marketing de boca a boca.

CONSEJOS PARA OFRECER UNA PRIMERA VISITA "DE 10"

La primera recomendación es que recurras a lo que en inglés se conoce como TLC (Tender Loving Care), es decir, actúa con cariño hacia tu paciente.

¿Cómo se lo demuestras? Prestándole atención, proporcionándole cuidado y siendo extremadamente amable.

Pero ese trabajo no depende en exclusiva de ti.

Haz partícipes a todos los miembros de tu equipo de cómo quieres que se trate a tus pacientes. De esa forma crearás un ambiente de comodidad y confianza desde el momento en que entren por la puerta de tu clínica, durante el tratamiento y después de finalizarlo. Y además...

1. Utiliza su nombre al dirigirte a él/ella.

Puede que te parezca elemental, pero pocos son los profesionales que hacen el esfuerzo de llamar a una persona por su nombre, y recordarlo en visitas posteriores.

Y es algo que todos apreciamos enormemente.

Si no, piensa en lo molesto que te resulta que escriban o pronuncien mal tu nombre o apellido.

2. Esfuérzate por conocer a tu paciente.

Averigua todo lo que puedas sobre tu paciente (dentro de los límites de su privacidad, evidentemente).

Una conversación sobre su trabajo o sus aficiones es mucho mejor que un silencio frío que le incomodará y le dará la sensación de que le estás tratando como a un número.

Por tanto, aprovecha la primera visita para encontrar algún punto de conexión con él/ella, ya sea porque vivís en la misma zona, conocéis a personas en común, o tal vez veraneáis en el mismo lugar.

Ese punto de "familiaridad" resulta esencial para establecer una conexión emocional con tu paciente, te ayudará a construir y a desarrollar una relación de confianza, y a hacerle sentir cómodo y seguro contigo.

Ten en cuenta que, aunque pensamos racionalmente en nuestras decisiones, el impulso final es siempre emocional.

3. Escúchale activamente.

Intenta establecer contacto visual y entablar una conversación empática que le demuestre que valoras sus observaciones y preocupaciones.

Es importante que tengas en cuenta tu lenguaje corporal, tus expresiones faciales y tu tono de voz, puesto que la comunicación no verbal es un indicador mucho más preciso de tus intenciones.

4. Instruye sin ser condescendiente.

Como bien sabes, tu paciente tiene todo el derecho a entender sus opciones de tratamiento, las consecuencias de su enfermedad y los costes que le va a suponer.

Es muy importante que lo eduques para que comprenda el proceso que le propones, y que pueda tomar decisiones informadas. Hazlo con amabilidad, con tiempo y sin caer en la condescendencia.

Y, sobre todo, dale la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenga, porque fácilmente las dudas se convierten en objeciones.

5. Actúa con honestidad.

La honestidad es el pilar de una relación sólida. Sé transparente acerca de quién eres como profesional, cómo has obtenido tus cualificaciones, y cuáles son tus objetivos.

Nunca adulteres tus habilidades.

Sé transparente también con el tratamiento que sugieres, los motivos por lo que lo sugieres, el proceso y el coste.

La verdad siempre te hará ganar pacientes.

6. Anticípate a sus necesidades y sigue su progreso.

Anticiparse a las necesidades de un paciente implica demostrarle que te importa como persona, y no como transacción.

Llevarle después de una visita también lo es.

Simplemente asegurándote de que ha llegado a casa sin ningún problema tras la anestesia aplicada, demuestra un interés por tu parte que el paciente sabrá valorar.

7. Hazle sentir “como en casa”.

Ofrécele un espacio cómodo y cálido para que su estancia en la clínica sea lo más agradable posible.

Para ello utiliza un mobiliario acogedor en tu sala de espera, con una iluminación adecuada y música relajante. Si a eso le sumas un aroma agradable mediante difusores de fragancias automáticos, mejor que mejor.

Además, trabaja duro para mantener un buen clima laboral en tu clínica. Un mal gesto, una mirada o una palabra más alta que otra entre las personas de tu equipo pueden delatarles.

A tu paciente no le gustará percibir ese “mal rollo”. Ya tiene más que suficiente intentando controlar los nervios y la ansiedad que le genera la visita al dentista.

Aplica estas simples normas y puedes estar seguro de que, el paciente que te visita por primera vez, repite. Y no solo eso, seguramente también te recomendará a amigos y familiares.

Y tú habrás conseguido más pacientes sin necesidad de haber tenido que invertir en costosas campañas de captación de pacientes.

Pero no olvides que, tal y como sucede en nuestras relaciones personales, la relación odontólogo-paciente y clínica-paciente, se nutre cada día ●



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

San Sebastián,

la joya del Cantábrico





Situada a veinte kilómetros de la frontera Irún-Hendaya y a poco más de cien de Bilbao y Vitoria-Gasteiz, respectivamente, Donostia-San Sebastián es la capital turística de Euskadi. La ciudad donostiarra se extiende por una bahía de arena blanca entre los montes Urgull e Igueldo.



Un puerto pesquero, un ensanche señorial y modernos barrios convierten a esta ciudad en una de las más atractivas del litoral cantábrico. La ciudad tiene un planteamiento urbano moderno, de calles paralelas, trazadas a cordel, lo mismo en la Parte Vieja, como en los nuevos Ensanches, calles cuya precisión geométrica al contemplarlas a vista de pájaro, desde lo alto del cerro de San Bartolomé recuerdan a los viajeros la imagen de un tablero de ajedrez.

El Museo de San Telmo, el Peine del Viento o el Kursaal son ejemplos de cómo la ciudad aúna en su trazado tradición con modernidad. La ciudad conjuga mar y montaña ofreciendo al viajero además de interesantes monumentos, paisajes, deportes, gastronomía... Una gastronomía, la vasca, de reconocido prestigio internacional, siendo la ciudad del mundo con más Estrellas Michelin juntas.

El trazado urbano de San Sebastián se despliega mirando a la Bahía de La Concha. El Monte Igeldo marca el límite en uno de sus extremos, una atalaya inmejorable para disfrutar de las vistas sobre la ciudad. A sus pies

queda la Punta Torrepea, donde se instala el “Peine del Viento”, conjunto escultórico del célebre artista vasco Eduardo Chillida, la muestra más valiosa del arte actual existente en Donostia-San Sebastián.

Este punto marca el comienzo de la Playa de Ondarreta, enmarcada por una zona ajardinada y el Pico del Loro. Este fue el lugar elegido por la reina María Cristina (en el S. XVIII) para construir el Palacio de Miramar, su residencia veraniega. Un bello paseo marítimo de elegantes barandillas y farolas recorre **la playa de La Concha**, en cuya arena se instala el Balneario La Perla del Océano, antigua caseta real de baños. Mirando siempre al mar llegamos al antiguo Casino, hoy Ayuntamiento de la ciudad.

En esta zona, entre el mar y el río Urumea se encuentra el casco viejo, y camino del Monte Urgull, el muelle deportivo y el barrio pesquero. La cumbre del Urgull está dominada por el Castillo de la Mota y una representación del Sagrado Corazón. En su cumbre merece la pena visitar el Museo de Armas, que conserva históricos recuerdos de la ciudad. Desde aquí se divisan vistas únicas de la ciudad y sus alrededores.



Parte Vieja

En la parte más antigua de San Sebastián podemos visitar las iglesias de San Vicente y de Santa María del Coro, gótica la una y renacentista-barroca la otra. Un antiguo convento de dominicos es hoy en día el **Museo San Telmo**, cuyas colecciones de arqueología, etnografía y pintura merecen una detenida visita. Las calles de la parte vieja de la ciudad siempre están repletas de visitantes, llenas de vida, con gran animación. Caminando entre ellas se llega a la plaza porticada de la Constitución, donde antiguamente se organizaban espectáculos taurinos que se seguían desde los balcones, que aún conservan la numeración.

La Alameda del Boulevard da entrada a la ciudad romántica, que surgió tras el derribo de las viejas murallas. A orillas del Urumea que divide en dos a la ciudad, se divisa el Teatro Victoria Eugenia y el Hotel María Cristina, construidos en estilo neoplateresco. Dispersos por este trazado racionalista también podemos visitar la ajardinada plaza de Guipúzcoa, con el edificio de la Diputación Foral, el Centro Cultural Koldo Mitxelena, y Correos y Telégrafos. También, **la Catedral** de San Sebastián, el Buen Pastor, construida en estilo neogótico.



“

La ciudad de San Sebastián ostenta la capitalidad europea de la cultura en 2016.

”



De nuevo en la ribera abundan casas señoriales de principios del siglo XX, que nos conducirán al puente de María Cristina, el más monumental de los que cruzan el río. Cuatro farolas del escultor Mariano Benlliure iluminan el camino hasta la estación de ferrocarril, diseñada por Eiffel. A este lado del río se encuentran los modernos barrios de Eguía y Gros. En la playa de Gros (hoy llamada de la Zurriola) se encuentra la moderna estructura del **Kursaal**, diseñada por el arquitecto Rafael Moneo, sede del Festival de Cine.

La ciudad, plagada de impresionantes parajes naturales, cuenta con tres que destacan sobre el resto: el Monte Urgul, Ulía e Igueldo. Desde el monte Ulía se contempla una espléndida vista de la ciudad con la playa de la Zurriola en primer término, y el barrio de Gros. Igueldo es otro mirador sobre la bahía y cuenta desde 1912 con un funicular que en pocos minutos sitúa al visitante en la cima.

San Sebastián es una ciudad cosmopolita de fuerte personalidad vasca, como queda patente en sus certámenes culturales. La tambo-



rrada o la **Semana Grande**, con las regatas de traineras, nos hablan de sus tradiciones; mientras que sus prestigiosos festivales de cine y de jazz la destacan como una gran capital de la cultura. Precisamente, San Sebastián ostenta la **capitalidad europea de la cultura en 2016**. Un extenso programa de actividades se desarrollará durante todo el año: festivales de música, cine, exposiciones, conferencias, eventos gastro-lúdicos, representaciones teatrales, conciertos de música clásica, actividades deportivas, y un sinfín de eventos en todos los rincones de la ciudad.

Por otro lado, una de las mejores maneras de recorrer sus barrios y acercarnos a su cultura es a través de su reconocida **gastronomía, probando sus típicos pintxos y platos más elaborados**. La cocina vasca tiene prestigio internacional gracias a la calidad de sus materias primas y el buen hacer de sus cocineros, tanto de repertorio tradicional como imaginativo. Los paladares gourmets pueden visitar algunos de los restaurantes de más renombre de la ciudad para degustar un plato de pescado del Cantábrico, una merluza de anzuelo, un besugo asado a la brasa, especiali-

dades gastronómicas a las que sumar algunos de los platos que crearon el prestigio de la cocina vasca: una sopa de pescado, unos chipirones en su tinta, unas gelatinosas kokotxas de merluza, un txangurro o centollo al horno, almejas a la marinera, bonito a la plancha con salsa de tomate o formando parte del “marmitako” guiso típicamente marinero. San Sebastián cuenta desde 2011 con el Basque Culinary Centre, centro promovido por los mejores cocineros vascos, donde los universitarios que deseen formarse en la alta cocina pueden desarrollar sus estudios •



[PUERTAS ABIERTAS]

Importantes visitas a MozoGrau

MozoGrau, teniendo presente siempre su interés por acercar la marca a sus clientes, y siguiendo con su política de transparencia, abrió sus puertas durante los meses de febrero y marzo al Dr. Pablo Galindo y la Dra. Olaechea, que coincidieron con los alumnos del Máster de Cirugía Bucal e Implantología, y con el Profesor José María Martínez, Profesor de la Universidad Complutense •



[NOVEDADES DE LA MULTINACIONAL NORTEAMERICANA]

Henry Schein distribuirá Isolite Systems

Se trata de un sistema de aislamiento y succión para la arcada dental. Conectado a la succión quirúrgica del sillón, aísla la lengua y la mejilla del paciente permitiendo un acceso fácil a la zona a tratar. A diferencia de los métodos de aislamiento convencionales, como el algodón u otros, este sistema permite mantener el campo de intervención seco del mismo modo que la barrera bucal, pero con un uso más rápido, seguro, sencillo y, por tanto, más cómodo para el paciente.

Isolite es un sistema probado clínicamente, fiable, y galardonado con diferentes premios. Isolite Systems ofrece al odontólogo un control pleno de la cavidad bucal: al mantener la boca del paciente abierta, el dilatador baja la lengua y aísla los dos cuadrantes al mismo

tiempo. Además, su iluminación LED permite al odontólogo una visibilidad óptima del campo operatorio, sobre todo para los molares traseros, que por lo general son de difícil acceso. Gracias a la succión integrada en el separador, el odontólogo puede trabajar con las manos libres y, de ese modo, puede dejar que su asistente se dedique a otras actividades.

El paciente también experimentará numerosas ventajas, empezando por una comodidad nunca vista: gracias al dilatador flexible, la mandíbula está en reposo, por lo que no debe realizar esfuerzos ni mantener la boca abierta para permitir el trabajo del odontólogo. Además, a diferencia de las barreras bucales, que pueden causar una sensación de ahogo, el dilatador Isolite permi-

te respirar con bastante normalidad y los pacientes que sufren reflejos faríngeos lo toleran por completo.

Isolite Systems ha ganado el “Premio a la Innovación 2015” de la Asociación Dental Francesa a finales del año pasado •



“Campus ConnectDental” ahora en inglés

A partir de abril de 2016, Henry Schein ofrece la plataforma e-learning on line “Campus ConnectDental” en inglés.

La plataforma ofrece alta calidad con contenido basado en la evidencia, igualmente interesante tanto para clínicas como para laboratorios dentales.

Los cursos actuales incluyen temas relacionados con los aspectos clínicos del flujo de trabajo digital sobre implantología, proceso inteligente y abierto y la gestión de datos para los laboratorios modernos,

técnicas modernas de CAD/CAM, así como conferencias sobre nuevos materiales y equipos.



[NUEVA EDICIÓN]

Convocatoria de Premios y Becas SEPES

SEPES convoca sus premios y becas anuales con una dotación total de 30.400€. Las bases completas de ambas convocatorias se pueden consultar en la web www.sepes.org.

La relación de Becas es la siguiente:

Beca SEPES SOLIDARIA al proyecto presentado por una entidad que tenga como fin el desarrollo de la atención bucodental en los sectores más desfavorecidos de la población española. Dotación de la beca, 6.000 €.

Becas SEPES de Investigación en prótesis y estética: 2 becas con una dotación de 6.000€ cada una para proyectos de investi-

gación centrados obligatoriamente en el campo de la prótesis estomatológica y la estética dental. El 15 de julio finaliza la fecha para la presentación de solicitudes.

Premios SEPES

Premio SEPES GASCÓN al mejor trabajo demostrativo de un estudio original de prótesis estomatológica y estética dental dotado con 2.400€ y patrocinado por QUINTESENCE.

Premio SEPES JUNIOR a la mejor comunicación oral clínica o científica presentada por un socio SEPES junior en el congreso anual que se celebrará en Bilbao en el mes de octubre. La dotación de este pre-

mio es de 6.000€ para gastos de formación. Antes del 30 de junio hay que enviar la información a través de la web del congreso.

Premios comunicaciones SEPES BILBAO. 4 premios dotados con 1.000€ cada uno a las mejores comunicaciones orales y poster clínicas o científicas. Estos premios están patrocinados por SIRONA, 3M y HOWDEN •



[LANZAMIENTO NUEVO PRODUCTO]

NSK iCare+, un sistema automático de limpieza, desinfección y lubricación



NSK
CREATE IT.

Cuando un instrumento se limpia y esteriliza manualmente, no siempre se eliminan todos los residuos. Un mantenimiento inadecuado o un tratamiento higiénico insuficiente de los instrumentos rotatorios puede llegar a dañarlos y provocar la transmisión de infecciones, tanto a pacientes como a facultativos. Gracias a su tecnología inteligente, iCare+ detecta el tipo de instrumento insertado (pulverizador interno/externo y sin pulverizador). Durante los distintos ciclos, iCare+ activa la rotación de los instrumentos y la aplicación de los productos de tratamiento en todos los mecanismos internos, así como en los conductos de los aparatos, para limpiarlos y desinfectarlos en profundidad.

En paralelo, la pulverización a presión limpia y desinfecta las superficies externas. iCare+ funciona junto con los productos especialmente desarrollados para los instrumentos rotatorios.

Este nuevo producto posee la certificación ISO 15883 y la 15883-5 •

Características:

- Capacidad para cuatro instrumentos: 2 turbinas y 2 conexiones Intra
- Apto para instrumental con spray interno y/o externo
- Tres tipos de programas: Limpieza, Desinfección y Lubricación