

Nelson R. Pinto

*“Cualquier
investigación
científica debe
estar centrada en el
paciente como gran
beneficiario”*



Manel Rubio Muela
Director de Oral Health BCN



**Entrega de Premios de la Fundación
Odontología Social en Sevilla**

¿QUÉ ES ticare?

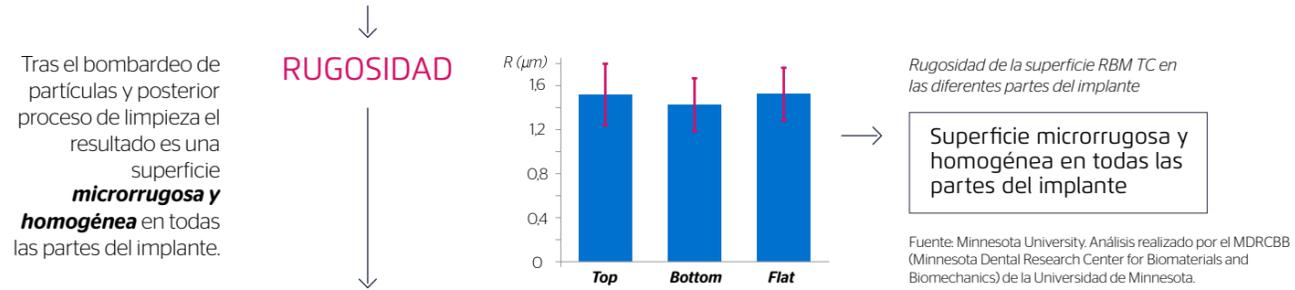
TISSUE CARE PHILOSOPHY

¿QUÉ INTEGRA LA FILOSOFIA TICARE?



SUPERFICIE RBM TC → HOMOGÉNEA EN TODO EL IMPLANTE

La rugosidad de la superficie se obtiene mediante el bombardeo con partículas de fosfato de calcio. El proceso de limpieza se realiza mediante disolventes ácidos y orgánicos que eliminan todos los contaminantes inorgánicos y orgánicos.



Desde 1996 en adelante hemos utilizado 771 implantes Mozo-grau [...]. La tasa de éxito en esta muestra fue un 94,25% [...].

TASA DE ÉXITO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS



Fuente: Osseointegrated implant rehabilitation of irradiated oral cancer patients. Naval Glas, Luis et al. Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Vol. 70, Issue 5, 2012.

TASA DE ÉXITO

ARTÍCULO	AUTORES	PUBLICACIÓN	TASA DE ÉXITO
Mandibular Reconstruction With Iliac Crest Free Flap, Nasolabial Flap, and Osseointegrated Implants	Dr. Carlos Navarro Vila et al.		95,2%
Influence of implant neck design and implant-abutment connection type on peri-implant health. Radiological study	Dr. Miguel Peñarrocha et al.		98,6%
Changes in General and Oral Health-Related Quality of Life in Immediate or Conventionally Loaded Dental Implants: A Nonrandomized Clinical Trial	Dr. Javier Dolz et al.		98,0%
A 12 year Retrospective Analytic Study of the Implant Survival Rate in 177 Consecutive Maxillary Sinus Augmentation Procedures	Dr. Luis Naval et al.		93,0%
Predictability of the resonance frequency analysis in the survival of dental implants placed in the anterior non-atrophied edentulous mandible	Dr. Florencio Monje et al.		97,1%
Los implantes MG Osseous. Estudio multicéntrico prospectivo	Dr. Rafael Martín Granizo et al.		98,2%

6 Opinión

10 Actualidad

18 REPORTAJE

Clausura del 14º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) · Entrega de Premios de la Fundación Odontología Social en Sevilla

26 Entrevista

26 Nelson R. Pinto
Profesor del Programa de Especialización en Implantología, en la Universidad de los Andes

32 Javier Cortés
Estomatólogo

36 Manel Rubio Muela
Director de OralthBcn

38 Ciencia y salud

38 CASO CLÍNICO
Toma de decisiones en gerodontología

40 CASO CLÍNICO
Hiperqueratosis friccional versus leucoplasia

42 CASO CLÍNICO
Mediodens: diagnóstico y tratamiento

46 Mejora tu gestión

46 ¿Obsesionado con tener nuevas visitas? No deberías
Dr. Alberto Manzano

48 La ausencia de contabilidad o la contabilidad falsa. El castigo de la ley a tales actos
Fco. Javier Relinque

50 Cultura

50 Museo de Bellas Artes de Sevilla

52 Velázquez – Murillo, dos grandes talentos en una misma exposición

54 *Las Brujas*, Extracto del libro *El Rostro Enfermo*

58 Formación



10

15

18

32

36

50

57

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

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín, México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

Beatriz Rodríguez - Raúl del Mazo
607 795 672 - 640 296 925

COMITÉ CIENTÍFICO:

José Manuel Aguirre Urizar. Catedrático de Medicina Bucal. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

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

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucofacial y Oclusión. Universidad de Oviedo.

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

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

Julián Campo Trapero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

Jorge Cano Sánchez. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral (Reino Unido). Madrid.

João Caramês. Catedrático Facultad de Medicina Dentaria Universidad de Lisboa. Director Instituto de Implantología. Lisboa. Portugal.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sistema 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. Universidad de Granada.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

Laura Díaz Guzmán. Catedrática de la Facultad de Odontología de la Universidad la Salle. México

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prosthodontia y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Odontóloga 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 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.

Carlos Larrucea Verdugo. Director Programa de Especialización en rehabilitación Oral Universidad de Talca. Chile.

Daniela Lemos Carcereri. Profesora Titular Departamento de Odontología. Campus Universitario Trindade. Santa Catalina. Brasil.

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal facial 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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

Manuel Ribera Uribe. Profesor de Gerodontología. U. I.C. Barcelona.

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 de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

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

Francisco Javier Sanz Serrulla. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

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

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis Bucofacial. U.C.M. Madrid.

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

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

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

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

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

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



18

Clausura del 14º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB)

SECIB entrega los premios a las mejores comunicaciones y artículos publicados en 2016

Entrevista a Manel Rubio Muela

Director de OralthBen, evento que sustituye al Forum Dental del Mediterráneo

36



32



Entrevistamos a Javier Cortés

Tercera generación de una gran familia dedicada a la odontología desde el Siglo XIX

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
- Correo Electrónico

© 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



Máster del Universo: la historia del Director Médico/Odontológico

DR. MANUEL RIBERA URIBE
PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA Y PACIENTES ESPECIALES
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA

En un escenario ideal, los dentistas hemos estado pensando en nuestra profesión como una actividad de alta responsabilidad, gran cualificación profesional y técnica, dignamente remunerada y de una gran proximidad y empatía con nuestros pacientes.

El devenir de los acontecimientos, la realidad social y económica, nos han puesto en el brete de tener que lidiar con una situación adversa. Hoy el dentista entra en el mercado laboral en dura competencia con sus colegas, con una precariedad asfixiante y buscando, no solo empatizar con sus pacientes, sino también hacerlo con sus clientes. La alta cualificación con la que se sale de la Facultad no es suficiente, en general, para tener una vida razonablemente estable ejerciendo una profesión que siempre fue, a mi juicio, más holística que técnica. Es prácticamente imprescindible tener un Máster que complemente la formación en un Área del saber. La proliferación de despachos profesionales, sean o no franquicias, en las que el trabajo interdisciplinar se ejerce por odontólogos altamente cualificados pero pobremente coordinados, sin un líder responsable que, desde una visión global, dirija el plan de tratamiento, coordine y supervise los procedimientos y protocolos, destine un tiempo y espacio para las reuniones de equipo y al que los demás le reconozcan la autoridad necesaria, han hecho en muchos casos un flaco favor al concepto de trabajo en equipo. Esa figura que, en ese modo de entender la profesión, debería ocupar el director médico/odontológico, está infravalorada, a menudo infra remunerada, y ha sido sustituida de facto en muchos sitios por personal con poca experiencia cuando no ajenos a la clínica. En otros casos, esta función la ejercen de manera sobreañada profesionales que no cobran por ello y que se ganan la vida trabajando directamente sobre el sillón en función de la actividad que desarrollan.

El plus de responsabilidad, de conocimientos, de experiencia y de bonhomía que exige este cargo daría para que gabinetes interdisciplinares, franquicias y mutuas de salud buscaran con la complicitad de las

autoridades sanitarias y colegios profesionales, personas con este perfil, técnico y humanístico a la vez, para dirigir las clínicas dentales.

“ *La alta cualificación con la que se sale de la Facultad no es suficiente, en general, para tener una vida razonablemente estable ejerciendo esta profesión.* ”

En un escenario ideal, las universidades crearían un máster integral, un “Máster del Universo” para que a las nuevas generaciones, atraídas por el prestigio y la remuneración de estos profesionales, les interesara tanto esta figura como ser Ortodontista, Periodoncista o Implantólogo, para que los pacientes tuvieran un solo referente accesible y bien formado, en el que confiar y con el que dialogar, para que los gabinetes multidisciplinares vieran en ello una inversión rentable y para que la profesión entienda que la Ética, pese a que no sea exclusiva de nadie, con pan entra mejor.

Entretanto, la visión de la profesión al servicio del paciente pasa, desgraciadamente, por el tamiz de la rentabilidad económica manejado por la dicotomía, cada vez más acentuada, entre empresarios, dentistas o no, y empleados por cuenta ajena. Con escasos puntos de encuentro. Parece obvia la necesidad de potenciar al Director Médico Odontológico de nuestras clínicas, de dotarle de recursos jurídicos, económicos y técnicos para ejercer su función.

Si algún día eso ocurriera quizá descubriríamos que HE-MAN existe y que, para hacer este viaje que ha llevado a la profesión hasta aquí, como dice el refrán, no hubieran hecho falta alforjas •



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

Hasta un

25%
dto.*

en su **Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA

A.M.A. MADRID (Central)

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

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com



www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síguenos en

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



Caries, ¿qué caries?

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

Somos una profesión dependiente en su mayor parte de dos grandes enfermedades, pero sobre todo de una en particular, la más prevalente en el *homo sapiens*: la caries dental. La mayor parte de nuestra actividad asistencial la dedicamos al tratamiento operatorio de los dientes lesionados por esta enfermedad que afecta al 43% de nuestros adolescentes y al 95% de nuestros conciudadanos adultos. Según el Observatorio de la Salud Oral en España (OSOE-2015) los dentistas españoles dedicamos el 46% de nuestro tiempo a esta tarea (entre obturaciones y tratamientos endodónticos). Pero, ojo, solo a tratar lesiones, a “tapar agujeros” como aquel que dice, no a tratar la enfermedad. La enfermedad de caries, sabemos desde hace ya mucho tiempo, no se cura haciendo obturaciones.

Se trata de una visión reduccionista de lo que es el fenómeno. El lenguaje es importante. Hemos sido entrenados, y así se sigue haciendo en las universidades, para elaborar unas preciosas reconstrucciones de los dientes con materiales cada vez más mimetizados con su entorno; ahí es donde se va ese cuarenta y seis por ciento de nuestro tiempo. Mucho tiempo para una actividad muy mecánica y muy incompleta sobre el tratamiento necesario. ¿Cuánto dedicamos al diagnóstico completo del fenómeno de la caries en nuestros pacientes? Esto es, historia de enfermedad, nivel de riesgo, nivel de actividad, localización y extensión de las lesiones, etc.. ¿Cuánto a explicarles que las lesiones en los dientes no se forman por mala suerte si no por la conjunción de unos fenómenos que son los que explican la aparición y continuidad de la enfermedad? Esto es, analizar sus hábitos, su dieta, su higiene, los medios que utiliza para realizarla, su aporte diario de flúor, etc. En definitiva, ¿cuánto tiempo a analizar y luego explicar qué ocurre en su boca y por qué? ¿A explicar que la caries es una enfermedad infecciosa, multifactorial sí, pero de origen bacteriano? Y luego es necesario instruir al paciente en los medios necesarios para combatirla. Porque, como sabemos, en el tratamiento de esta enfermedad la prevención y el tratamiento se solapan. Los mismos medios que sirven para prevenirla se utilizan para tratarla.

“ *El peso de la formación en cariología es ridículo si lo comparamos con el alcance del fenómeno caries.* ”

Del estudio de los factores asociados a esta enfermedad, biológicos, ambientales, sociales, se ocupa la cariología, disciplina con una presencia muy pequeña en nuestras universidades y cursos de formación. El peso de la formación en cariología de nuestros futuros dentistas es pequeño, ridículo si lo comparamos con el alcance del fenómeno caries y de los múltiples aspectos que conforman esta enfermedad. En muy contadas ocasiones se ofrecen cursos de formación en cariología para los profesionales en activo. La odontología “vive” principalmente de la caries pero, quizás, nos ocupamos poco de ella •



Un arma de doble filo

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Tras los escándalos de Vitaldent y Funnydent, están proliferando los bufetes de abogados especializados en, como ellos lo llaman, “justicia dental”. Hasta tal punto que hace unos días recibí una foto de uno de estos bufetes anunciándose en el metro de Madrid, animando a los pacientes descontentos a que denunciaran.

Un escalofrío recorrió mi cuerpo y pensé “el virus anglosajón ha llegado a España”.

No somos conscientes de lo peligroso que es ese monstruo como para dejarlo crecer. Este tipo de anuncios, en mi opinión, deberían estar prohibidos porque dañan la imagen de la profesión al igual que la publicidad engañosa. Los pacientes tienen que conocer los organismos a los que tienen que acudir en caso de negligencias de forma transparente, pero en ningún caso se debe permitir fomentar el linchamiento hacia ningún profesional sanitario.

En Inglaterra el nivel de denuncias es tan alto como en Estados Unidos, cuando escribimos las notas en el ordenador de cada paciente el 80% del contenido son datos para que en el caso de que el paciente nos denuncie podamos demostrar nuestra inocencia o buena praxis. Siempre tiene que haber una enfermera presente, no sólo para que te ayude, sino para que, en el caso de denuncia, haya un testigo a tu favor. Así vivimos.

De ahí que la cuota al colegio sea tan alta y la del seguro de responsabilidad civil sea más todavía, llegando a pagar de media desde 3.000 a 7.000 libras al año en el caso de generalistas, si ya nos metemos en gente que realiza cirugías, es para temblar.

Es cierto que los sueldos son más altos, pero si añadimos este estrés a la precariedad laboral y a los sueldos de algunos jóvenes odontólogos en España, dudo mucho que les merezca la pena seguir con sus sueños de llegar a crecer en la profesión.

Por otro lado, este sistema es tan implacable que resulta prácticamente imposible que haya intrusistas, o gente que se sale de rositas tras años de mala praxis o estafando a pacientes.

La figura de los famosos comerciales aquí es impensable, todo tiene que estar firmado por el odontólogo a

cargo del caso y explicado por él, todo está escrito en el ordenador. Si llega a los oídos del colegio por medio de una de las comunes quejas de los pacientes que un comercial explicó a un paciente las opciones de tratamiento, o que recomendó una cosa u otra, esa clínica puede contar los días abiertos que le quedan, y al comercial una denuncia por intrusismo con la que puede incluso ir hasta a la cárcel, por un delito contra la salud pública.

Por otro lado, al estar todo escrito, todas las opciones de tratamiento que se dieron al paciente deben estar registradas, con sus pros y sus contras, y que fue él mismo el que decidió cuál era la opción correcta para él.

Nosotros no les decimos a los pacientes lo que se tienen que hacer, nosotros les decimos lo que se puede realizar y ellos eligen.

Así se evitan muchos casos de estafas, en el que al paciente no se le han explicado sus opciones y se les ha dirigido hacia el tratamiento más caro.

En mi opinión personal creo que es importante que realicemos una mejor historia clínica desde el punto de vista legal, no por miedo a que nos denuncien, sino para que sea más fácil descubrir a los que realizan malas praxis. Un profesional ético siempre va a explicar al paciente las opciones que tiene, pero si no las damos todos por escrito y firmadas por el odontólogo que las entrega, no podremos descubrir a los que no lo hacen, esos que están tirando por tierra y pisoteando la dignidad de la profesión.

Estas personas que estafan a pacientes no están dando toda la información y las palabras se las lleva el viento. Si convertimos esto en algo cotidiano haremos mucho más difícil el camino a los comerciales y estafadores, y como consecuencia facilitaremos el trabajo de los colegios. A la vez protegeremos a los colegiados más jóvenes porque no habrá hueco para los comerciales que serán descubiertos mucho antes.

Por otro lado, no debemos exportar esta cultura de la denuncia injustificada para extorsionar a nuestros médicos o dentistas, porque de ser así nadie querrá trabajar y tendremos que importar profesionales sanitarios como tienen que hacer los ingleses con nosotros •

ALTÍSIMO NIVEL DE CONFERENCIANTES Y PONENCIAS III ZIGOMADAY de la Sociedad Española de Implantes

El pasado 26 de noviembre de 2016, la Sociedad Española de Implantes (SEI) celebraba en Madrid el III ZIGOMADAY, "Evolución de los Implantes Zigomáticos", concretamente en la Sede del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM).

El Presidente de la Sociedad Española de Implantes, el Dr. Antonio Bowen Antolín, inauguró esta tercera edición zigomática junto al

“
El evento congregó a más de un centenar de asistentes.”
”

Dr. Prof. José María Martínez-González y al Dr. Prof. Eugenio Velasco Ortega, coordinadores del evento, donde se destacó la evolución del concepto de Zigoma Day que, en su tercera edición, es la referencia nacional para el estudio de esta técnica y, en general, para el estudio de las alternativas terapéuticas de la atrofia maxilar.

La jornada científica estuvo marcada por la participación de especialistas reconocidos en el ámbito de la implantología zigomática, que

compartieron con todos los asistentes prácticas clínicas, últimas tecnologías y avances en los diferentes enfoques y planteamientos acerca de la evolución de los implantes zigomáticos.

El Dr. Prof. José Vicente Sanz Casado abrió las conferencias de la mañana con su ponencia sobre las "Consideraciones anatómicas e indicaciones de los implantes zigomáticos"; tras él, el Dr. Luis Cuadrado de Vicente expuso su presentación sobre el "Diagnóstico por la imagen. Planificación quirúrgica y protésica", donde entre otras técnicas, mostró los usos del escáner intraoral en 3D para poder realizar una intervención virtual al paciente antes de ser operado.

A continuación intervinieron el Dr. Prof. Guillermo Raspall con su ponencia sobre "Técnicas quirúrgicas convencionales para implantes zigomáticos", y el Dr. Juan Alberto Fernández Ruiz que mostró varios casos clínicos de éxito en la "Regeneración Ósea en Colocación de Implantes Zigomáticos".

La jornada de la tarde estuvo protagonizada por las conferencias del Dr. Fernando Duarte, que profundizó en las "Complicaciones quirúrgicas con implantes zigomáticos", mostrando numerosas prácticas clínicas, así como la del Dr. Miguel González Menéndez, que se centró



en la "Rehabilitación Protésica en el tratamiento con implantes zigomáticos", para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El Dr. Sergio González Silva concluía las conferencias de este III Zigomaday abordando la "Opción de tratamiento All-on- 4® en casos límite", una alternativa previa o última antes de la utilización de los implantes zigomáticos. El evento acogió a las firmas comerciales más importantes del sector, relacionadas con los sistemas de implantes zigomáticos, que mostraron sus últimas novedades y productos del mercado. Estuvieron presentes las marcas de Bontempi, Eckermann, Elysee Dental, Neodent, Nobel Bio-

care, Noris Medical, Proclinic y Sinedent Dental.

El Dr. Antonio Bowen, Presidente de la Sociedad, se mostró muy satisfecho con la gran acogida de esta tercera edición, que congregó a más de un centenar de asistentes. Un encuentro de debate científico y puesta al día sobre la evolución de los implantes zigomáticos. Asimismo, quiso aprovechar la ocasión para presentar el próximo XXIX Congreso Nacional y XXII Internacional de la Sociedad Española de Implantes, que se celebrará los días 15, 16 y 17 de junio de 2017 dentro de un emblemático enclave histórico como viene siendo la ciudad de León.

"Los Comités organizadores y científicos del Congreso están trabajando muy duro para ofrecer el que va a ser posiblemente el Congreso más importante de la Sociedad Española de Implantes celebrado hasta la fecha. Queremos hablar de estética, de función, de nuevas tecnologías e innovación en el mundo de la implantología de la mano de los mejores especialistas del panorama nacional e internacional", señaló el Presidente de la SEI.

La Comisión de Formación Continua de la Comunidad de Madrid concedió 1 Crédito a todos los asistentes al III ZigomaDay: "Implantes Zigomáticos" •

ORGANIZADO POR LA UIC Y LA JUNTA DE SEOC Día SEOC reunió en Barcelona a más de 300 profesionales

El 26 de noviembre tuvo lugar en el aula Magna de la Universidad Internacional de Cataluña, la jornada científica anual de la Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética, Día SEOC, que contó con una multitudinaria participación, tanto de jóvenes odontólogos como de compañeros más experimentados. La organización de la jornada corrió a cargo de la Dra. Marta Vallés, profesora asociada en el Dpto. de Restauradora Dental y Endodoncia de la UIC, y de la junta de SEOC, presidida por el Dr. Faus Matoses.

En el evento participaron prestigiosos profesionales que intervinieron a lo largo de la jornada con interesantes exposiciones. Así, los Dres. José Bahillo, Joana Souza y Giovanni Rocca, coincidieron en que la evolución

en la odontología adhesiva, unida al desarrollo de nuevos materiales, hace que podamos desarrollar una odontología más conservadora.

Por otro lado, el Dr. Kilian Molina describió un protocolo fácil para la realización de restauraciones estéticas anteriores.

Los Dres. José Antonio González, Pablo Castelo y Montse Mercadé, realizaron interesantes presentaciones sobre avances en el campo de la endodoncia, y evidenciaron que la parte más importante, a la hora de llevar a cabo un tratamiento endodóntico, es la realización de un buen diagnóstico.

Finalmente, los Dres. Anaïs Ramírez y César De Gregorio ofrecieron su visión sobre la situación actual de la traumatología.



Dr. Vicente Faus.
Presidente de la SEOC



Dra. Marta Vallés.
Coordinadora Día SEOC

Y por último, la Dra. Isabel Giráldez resolvió todas las dudas sobre los protocolos de blanqueamiento. Una jornada científica, provechosa y fructífera, que congregó en la ciudad de Barcelona a más de 300 profesionales •



CELEBRADO EN EL CENTRO DE ARTE REINA SOFIA, DE MADRID El Curso de Invierno de la AEDE convoca a numerosos profesionales

La Asociación Española de Endodencia (AEDE) celebró el pasado 21 de enero el Curso de Invierno, que este año se ha ocupado del control de la infección en endodencia y la regeneración pulpar. Este encuentro, de carácter bienal, se enmarca dentro de las acciones de formación continua de la Asociación y reúne cada dos años a ponentes de reconocido prestigio internacional en el ámbito de la Endodencia que exponen su experiencia durante una jornada completa.

En esta ocasión la cita tuvo lugar en el Edificio Nouvel del Museo Nacional Centro de Arte Reina

Sofía, donde se reunieron cerca de 300 asistentes. Además, y por primera vez, la jornada, bajo la dirección del secretario-tesorero de AEDE, el Dr. Roberto C. Aza, reunió a dos ponentes internacionales: José F. Siqueira Jr., autor de más de 340 artículos científicos, coautor de las obras 'Treatment of Endodontic Infections' y 'Endodontology: and integrated biological and clinical view', y director del programa de postgrado en Endodencia de la Estácio de Sá University (Río de Janeiro); y, en segundo lugar, el profesor Aníbal R. Diógenes, director del progra-

AEDE | Asociación Española de **ENDODENCIA**



ma de postgrado en Endodencia de la University of Texas Health Science Center at San Antonio (Estados Unidos) •

SEGÚN UN ESTUDIO PUBLICADO EN THE JOURNAL OF PEDIATRICS

La otitis es una dolencia que afecta al 90% de los menores de cinco años

Un estudio publicado en *The Journal of Pediatrics* demuestra que cuanto antes presente un menor un cuadro de otitis media aguda (OMA), más probable será que se repita el proceso más tarde.

Según el informe, los niños que desarrollan **tres o más episodios en seis meses**, o cinco en un año, padecen otitis media aguda recurrente (OMAR).

De cualquier manera, según los datos dados a conocer por la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (Seorl-CCC) un 90% de los niños padece **inflamación del oído medio** antes de cumplir los cinco años. Hay que destacar que el frío y las lluvias multiplican los casos debido al mayor riesgo de catarrros.

Javier Cervera, miembro de la Comisión de Otorrinolaringología, reseñó que "el pico máximo se sitúa entre los seis y los 11 meses de edad

y, más tarde, entre los cuatro y los cinco años".

Por otro lado, la otitis es la causa más frecuente de visitas de lactantes y niños pequeños a las consultas de los otorrinolaringólogos ya que, entre un 10 y un 20% de los pequeños presentan episodios frecuentes de OMA, un proceso inflamatorio que afecta al oído medio y cuya causa más frecuente es la infección de la vía aérea superior.

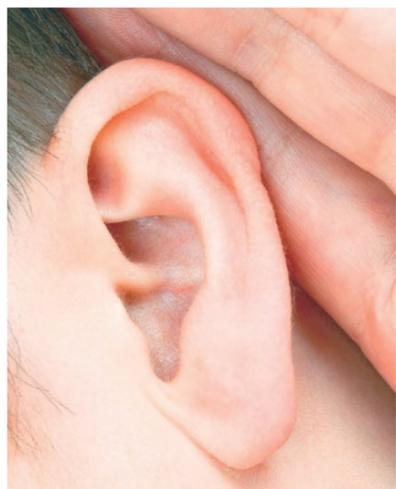
Pérdida auditiva

Esta dolencia es, además, motivo de gran preocupación para los padres ya que según un estudio publicado en la revista *European Journals of Pediatrics*, ésta es la **causa principal de pérdida auditiva en niños**.

"Este problema es serio, ya que, en efecto, los niños que sufren esta dolencia a edades muy tempranas suelen tener más predisposición a

la recurrencia", explicó el especialista.

Los médicos advierten de la importancia de la prevención, en el caso del contagio de resfriados, y hacen una llamada de atención sobre el empleo **excesivo e indiscriminado** de antibióticos porque dan pie a resistencias. No obstante, la OMA es una enfermedad autolimitada. "Tiene una curación espontánea en el 80% de los casos" •



NSK

CREATE IT.

Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantología



• POTENTE
• SEGURO
• PRECISO

2.990€
5.748€

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

- Incluye Contra-Ángulo SG20
- Sin Luz · Reducción 20:1

3.990€
7.620€

Surgic Pro LED

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

- Incluye Contra-Ángulo X-SG20L
- Con Luz · Reducción 20:1

4.490€
8.580€

Surgic Pro⁺ LED

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

- Incluye Contra-Ángulo X-DSG20L
- Con Luz · Reducción 20:1 · Desmontable
- Almacenamiento de datos · USB

**REGALO: 2º Contra-Ángulo del mismo modelo
+ Pieza de Mano**



+



- Pieza de Mano SGS-ES
- Sin Luz · Velocidad Directa 1:1



+



- Pieza de Mano X-SG65
- Sin Luz · Velocidad Directa 1:1



+



- Pieza de Mano X-SG65L
- Con Luz · Velocidad Directa 1:1

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

SE CELEBRARÁ EL PRÓXIMO MES DE OCTUBRE

El Congreso EAO & SEPES arranca con la apertura del plazo de recepción de comunicaciones

SEPES convoca a partir de marzo el periodo de recepción de comunicaciones orales y posters clínicos y científicos para ser presentados en el congreso anual de SEPES, que se celebrará del 5 al 7 del próximo mes de octubre en Madrid. Esta edición se celebrará conjuntamente con el congreso anual de la "European Association for Osseointegration" (EAO).

Por su parte, desde el mes de enero la EAO tiene abierto el plazo de recepción de "Abstracts" para presentar comunicaciones en inglés a la EAO. Este congreso EAO & SEPES 2017 será una de las citas científicas más importantes del año con la par-

ticipación de conferenciantes nacionales e internacionales de gran prestigio como Istvan Urban, Federico

Hernández-Alfaro, Mauro Fradeani, Xavier Vela, Markus Hürzeler, Stefano Gracis, y Otto Zuhr, entre otros •

EN BARCELONA

SEPES y el EAO Junior Committee celebran conjuntamente el Simposio VALORES SEPES

El Congreso SEPES y el EAO Junior Committee se celebró el pasado 4 de febrero en Barcelona en torno al lema Odontología Interdisciplinar, y desarrolló un programa científico de doce ponencias sobre el manejo de los tratamientos interdisciplinares.

Por parte de SEPES los conferenciantes fueron José Bahillo, Álvaro Blasi, Manuel Sancho Puchades, Juanjo Iturralde, Herminio García y Carlota Suárez. Por parte de la EAO, los ponentes que participaron fueron Ferruccio Torsello, Andre Chen, Stefan Vandewegue, Sven Mühlemann, Luca de Stavola y Joan Pi-Anfruns.

El simposio VALORES SEPES, que comenzó su andadura en el año 2014, y que este año ha celebrado su cuarta edición, responde al objetivo de la junta directiva de SEPES y, en especial, al deseo de su presidente



Nacho Rodríguez y de la presidenta de la comisión Valores SEPES, Beatriz Giménez, de fomentar el intercambio de experiencias clínicas y de compartir los conocimientos que la generación actual de jóvenes profesionales han adquirido en sus años de formación postgraduada.

La colaboración entre SEPES y la EAO en este evento es el preámbulo de la colaboración a alto nivel que

ambas sociedades llevarán a cabo en un gran congreso conjunto que se celebrará en Madrid, del 5 al 7 de octubre, y que estará presidido por los doctores Alberto Sicilia (Chairman), Jaime Gil (Co-chairman) y Mariano Sanz (Co-chairman) por parte de la EAO, y por los doctores Nacho Rodríguez (Chairman) y Jaume Llena (Co-chairman), por parte de SEPES •

SEGÚN DATOS DE LA FEDE

La ceguera inducida por la diabetes podría evitarse con visitas regulares al oftalmólogo

La mitad de los pacientes con ceguera inducida por la diabetes no acudió al oftalmólogo a su debido momento. El dato, que ha aportado Andoni Lorenzo, presidente de la Federación Española de Diabetes (FEDE), da una idea de la falta de formación de los pacientes diabéticos en su salud visual.

"Más del 50% de las personas ciegas por diabetes nunca ha acudido al oftalmólogo, cuando lo habitual es que se realice al menos una revisión al año", ha manifestado Lorenzo.

“*Más del 50% de las personas ciegas por diabetes nunca ha acudido al oftalmólogo, cuando lo habitual es una revisión al año.*”

Añade que "en el caso de las personas con diabetes, el riesgo de ceguera es diez veces mayor que en una persona sin esta dolencia".

La retinopatía diabética es una complicación de la enfermedad que en el peor de los escenarios provoca ceguera, extremo prevenible si se examina el ojo a tiempo. Por eso, la Federación Española de Diabetes (FEDE) se sumó a una iniciativa al respecto de la Fundación Retinaplus+.

Es muy importante para poder evitar la ceguera y otras complicaciones de la visión, la detección y el tratamiento temprano de la retina dañada por la diabetes. Sin embargo, a pesar de la evolución que experimenta la enfermedad en la retina, tan sólo el 20-30% de las

personas con diabetes se somete a una revisión anual de retina para detectar signos de retinopatía.

Estos datos obligan a la Fundación y a la propia FEDE a hacer un llamamiento "a la comunidad médica, a las administraciones públicas y a la sociedad de la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces de las enfermedades de la retina para reducir la prevalencia de ceguera", según manifestó la presidenta de Retinaplus+, Marta Figueroa.

Prevención y concienciación

En nuestro país hay más de 1.000.000 de personas afectadas por la diabetes (cerca de 6.000.000 la padecen) que padecen problemas de visión, la mayoría ocasionados por la retinopatía diabética, una de las complicaciones más habituales de la diabetes y en la que resulta fundamental la prevención y la concienciación.

Por su parte, y a la vista de estas impactantes estadísticas la Federación Española de Diabetes (FEDE) se suma a la iniciativa puesta en marcha por la Fundación Retinaplus+, que agrupa a los oftalmólogos y expertos en retina de toda España, de promover que este año se dedique una especial atención a la retina.

"2017, Año de la Retina en España" es el eslogan de la Fundación Retinaplus+, considerada por el Gobierno de España como acontecimiento de excepcional interés público. Por este motivo, FEDE y la Fundación Retinaplus+ realizarán acciones conjuntas para impulsar y concienciar sobre esta realidad.

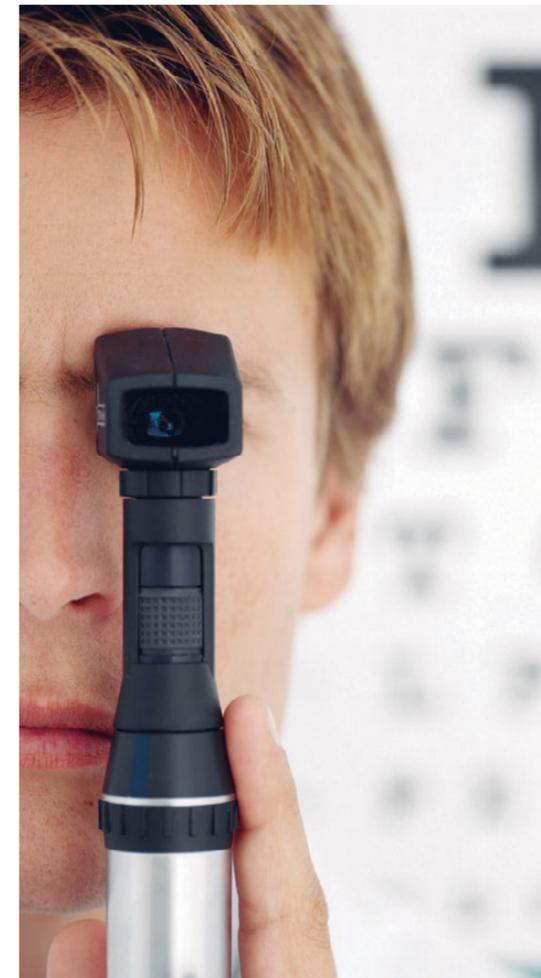
El objetivo de este acontecimiento no es otro que el de reducir la prevalencia de la ceguera evitable en España contribuyendo a mejorar el conocimiento de las enfermedades de retina por parte de la población, y a una atención multidisciplinar y

coordinada por parte de las distintas especialidades.

Degeneración macular

Por otro lado, la degeneración macular es la causa más frecuente de ceguera en pacientes mayores de 50 años y la retinopatía diabética es la principal causa de ceguera en edad laboral.

De hecho, las cifras indican que el 23% de los pacientes con diabetes desarrollarán esta patología cinco años después del diagnóstico, el 60% la padecerán a los 10 años y el 80% a los 15 años •



DIFERENTE TRATO EN RELACIÓN A LOS HOMBRES

Las mujeres esperan un 13,6% más para ser diagnosticadas

El último debate del Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social y Sociosanitaria (Inidress), ha tratado una de las mayores desigualdades que afectan a las mujeres: la diferencia de trato con los hombres en relación a la espera de un diagnóstico.

Según el último Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sepas), las mujeres registran un tiempo de espera para visitas diagnósticas al especialista un 13,6% más largo que los hombres, por lo que son diagnosticadas más tardíamente de dolencias cardiacas y consumen una cantidad mayor de psicofármacos.

“ Los estudios científicos están mal hechos desde la perspectiva de género. ”

The New England Journal of Medicine ya puso el problema sobre la mesa en la década de los 90, en el que se mencionaba que cuando las mujeres sufrían un infarto el esfuerzo terapéutico que se vertía sobre ellas era significativamente menor.

En cuanto a esta patología, el infarto, las mujeres mueren más y tiene una tasa de letalidad mayor cuando entran en los hospitales, ya que recurren más tarde a la atención sanitaria y lo sufren de manera distinta a los hombres, según explica María Teresa Ruiz Cantero, coordinadora del Grupo de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Alicante. "Ni la sintomatología ni los signos son iguales, y hasta que la medicina que se enseña en las universidades explique que el infarto cursa de manera distinta, los profesionales, sobre todo de medicina general, no lo detectarán a tiempo", explica.

Elena Casado, profesora de Sociología en la Universidad Complutense, explica que el origen del sesgo está en la docencia que se imparte y en el conocimiento que existe.

Por otro lado, es más sencillo hacer los ensayos clínicos con una población masculina, ya que las mujeres tienen una mayor variabilidad hormonal y son más impredecibles, aunque en la actualidad muchas revistas científicas obligan a que los estudios cuenten con una perspectiva de género. Pese a esto, "todos los estudios científicos están mal hechos desde la perspectiva de género", señalan las tres participantes del debate.

Como ejemplo se menciona el caso de la 'Viagra femenina', para la que se hizo un ensayo que pretendía comprobar si interactuaba con el alcohol. El estudio lo firmaban dos hombres, y se hizo a 25



sujetos: 23 hombres y dos mujeres, para una píldora destinada a estas últimas.

Sobremedicación

Por otro lado, María Teresa Ruiz Cantero explica que "a las mujeres se les trata igual que a los hombres para paliar enfermedades que cursan de forma diferente pero en otras ocasiones se les trata de manera distinta cuando en realidad son muy parecidos". Por su parte Irene Aterido, fundadora y miembro de la Comisión de Impulso de Endomadrid, habla de situaciones denigrantes, ya que a las mujeres "se las trata como a una niña" en el momento en que entran en una consulta.

En esta línea, Aterido añade que se tiende a sobremedicar a las mujeres para determinadas cuestiones pero se les niega el acceso a fármacos apropiados en otras.

Aunque se dan poco a poco pasos en vías de lograr igualdad en este ámbito, "la profesión médica es una más de las tantas profesiones donde se refleja el sexismo de la sociedad. La historia del mundo es androcéntrica y la medicina también", concluyen •

SEPEs Primavera

31 MARZO y 1 ABRIL

MADRID HOTEL MELIÁ CASTILLA

TARIFAS REDUCIDAS HASTA EL 17 DE MARZO

Planificación y tratamiento moderno de la sonrisa



Dr. Andrea RICCI



Dr. Federico FERRARIS

Consulta tarifas para socios y Amigos SEPES en www.sepes.org



REUNIÓN ANUAL SEPES



26 ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION
 JOINT MEETING
 47 CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA Y ESTÉTICA

WWW.EAO.ORG

WWW.SEPES.ORG

MADRID 5-7 OCTUBRE 2017



A PARTIR DEL 1 DE MARZO
 Inscríbete al congreso en www.sepes.org

COMUNICACIONES

• A PARTIR DEL 1 DE MARZO DE 2017 podrás enviar tu comunicación en español a la SEPES y optar a los premios de SEPES

• A PARTIR DE ENERO DE 2017 podrás enviar tu comunicación en inglés a la EAO y optar a los premios de la EAO

Hazte socio en www.sepes.org

SEPES te interesa

Tel.: 91 576 53 40



CLAUSURA DEL XIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL SECIB ENTREGA LOS PREMIOS A LAS MEJORES COMUNICACIONES Y ARTÍCULOS PUBLICADOS EN 2016

La Sociedad Española de Cirugía Bucal celebró su XIV Congreso Nacional los días 17, 18 y 19 del pasado mes de noviembre en el Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. El evento presentó importantes novedades científicas y clínicas relacionadas con la cirugía bucal y la implantología.

El Congreso contó con la asistencia de importantes expertos internacionales en la materia que abordaron interesantes temas como el papel del virus del papiloma humano (VPH) -virus de transmisión

sexual- en el origen del cáncer oral, las soluciones para la colocación de implantes dentales en pacientes con poco hueso maxilar, la cirugía estética de la encía, y también expusieron novedades sobre los avances en el diagnóstico y seguimiento de la periimplantitis, enfermedad infecciosa que afecta al 20% de los pacientes y que puede acarrear la pérdida del implante.

Además, durante el transcurso del encuentro fueron entregados los premios a las mejores comunicaciones orales y pósteres presentados.



En esta edición, los premiados por el XIV Congreso Nacional en las diferentes categorías del congreso han sido:

- **Premio a la Mejor Comunicación Oral de Investigación Clínica:** David Peñarrocha, Universidad de Valencia (Influencia de la limpieza con plasma en la interacción entre los tejidos blandos y los aditamentos protésicos).
- **Premio a la Mejor Comunicación Oral de Investigación Clínica 1er accésit:** Cristóbal Rivera, Universidad de Sevilla (Efecto de la regeneración ósea guiada de una membrana de PLGA modificada a nivel microtopográfico con plasma de oxígeno y funcionalizada).
- **Premio a la Mejor Comunicación Básica:** Gloria González,

Universidad de Granada (Terapia génica con periostin para la regeneración de interfaces multitissulares).

- **Premio a la Mejor Comunicación Oral de Investigación Básica 1er accésit:** Alba Sánchez, Universidad de Barcelona (Efecto de la implantología sobre la resistencia a la fractura de implantes dentales de titanio).
- **Premio a la Mejor Comunicación Póster de Investigación Clínica:** Efecto antiinflamatorio del ácido hialurónico sobre el sangrado periimplantario, (Recoge Francisco Javier Sánchez, Universidad de Granada).
- **Premio a la Mejor Comunicación Póster de Investigación Clínica 1er accésit:** Estudio comparativo entre ra-

diografía panorámica y la tomografía computarizadora en la detección de septos óseos, (recoge María Sevilla, Universidad de Valencia).

- **Premio a la Mejor Comunicación Póster de Investigación Básica:** Estudio experimental de la regeneración de defectos óseos en cúbitos de conejos de Nueva Zelanda albinos inducida por la aplicación tópica de alendronato, (recoge Dr. López-Valverde, Universidad de Salamanca).
- **Premio a la Mejor Comunicación Póster de Investigación Básica 1er accésit:** Análisis y comparativa de la fatiga de los implantes dentales mt-12 y astra_tech4013, (recoge Laura Arana, Universidad de Sevilla).

“
David Peñarrocha
y Gloria González,
premios a las mejores
comunicaciones de
investigación clínica y
básica SECIB Málaga.
”





“ Miguel Peñarrocha, Daniel M. Laskin, Blanca Gil y el programa de televisión “Equipo de Investigación”, distinguidos con los Premios SECIB 2016. ”

Mejores artículos

Asimismo, SECIB entregó sus premios anuales a los mejores artículos científicos. El premio al mejor artículo publicado en revista de impacto de implantología fue otorgado a Marta García García, por su trabajo “Accuracy of periapical radiography in assessing bone level in implants affected by peri-implantitis: a cross-

sectional study”, publicado en el *Journal of Clinical Periodontology*. Hilario Pellicer Chover fue el ganador del premio al mejor artículo publicado en *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* titulado “Impact of crestal and subcrestal implant placement in peri-implant bone: A prospective comparative study”.

“ Marta García e Hilario Pellicer, mejores artículos científicos. ”

Premios anuales SECIB

Por otra parte, la Sociedad Española de Cirugía Bucal anunció ante la Asamblea General, los Premios SECIB 2016, cuya ceremonia de entrega tendrá lugar a lo largo de 2017:

- Premio Nacional SECIB 2016: Miguel Peñarrocha Diago.
- Premio Internacional SECIB 2016: Daniel M. Laskin.
- Premio Comunicación 2016: Equipo de Investigación (La Sexta).
- Premio SECIB Joven Fin de Grado: Blanca Gil Marqués, por el trabajo titulado “Factores de riesgo de la enfermedad periimplantaria: Revisión sistemática y meta-análisis” •



FOTOGRAFÍA: Fotolandia

DIVERSAS PERSONAS Y ENTIDADES FUERON DISTINGUIDAS POR SU LABOR SOLIDARIA

Entrega de Premios de la Fundación Odontología Social en Sevilla



Compaginando solemnidad y cercanía como pocos son capaces de hacer el pasado día 26 de enero se celebró en la ciudad de Sevilla la entrega de premios de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer, un acto en el que su Presidente Antonio Castaño Seiquer y la Gerente de la Fundación Adela González Ramírez una vez más supieron transmitir los grandes valores de su obra en torno al lema **“Ayudar aprendiendo - Aprender ayudando”**.

Junto a la entrega de premios se procedió al nombramiento de Miembros de Honor de la Fundación, uno de los nombrados fue el Dr. Vicente Lozano de Luaces, persona de gran prestigio y reconocimiento en el sector odontológico,

miembro de la Fundación Vicente Ferrer y Profesor de la Universidad de Barcelona, el reconocimiento le fue entregado por el representante de la Fundación Vicente Ferrer para Andalucía Extremadura, Ceuta y Melilla D. Christian Jongeneel Andérica, también asistió al acto el Dr. Santiago Jané, representante en España del “International College of Dentists” del que es miembro también el Dr. Lozano de Luaces.

“Odontólogos de hoy” recibió el premio a medio especializado y “ABC de Sevilla” el de medio de información general, por su contribución a la información de actividades solidarias. Desde estas páginas agradeceremos a la Fundación la distinción otorgada a nuestro medio.

El premio otorgado a “Odontólogos de hoy” fue entregado por el Director de IVB Abogados D. Javier Relinque, habitual colaborador de nuestra revista, y lo recogió el Editor D. Fernando Gutiérrez de Guzmán.

“*“Odontólogos de Hoy” y el Diario “ABC de Sevilla” fueron premiados por su apoyo, desde el punto de vista informativo, a todas las labores sociales.*”



PREMIOS

Premio Administración Pública Solidaria. Proyecto “Ayuntamientos amigos de la sonrisa” Unidad de Gestión. Clínica de Salud Bucodental. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte (Servicio Andaluz de Salud).

Premio Organización Profesional Solidaria. Proyecto “Clínica dental solidaria para re-

fugiados CETI Melilla”. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Melilla.

Premio Órgano de Difusión Especializado. Revista Odontólogos de Hoy.

Premio Empresa Colaboradora. Proclinic S.A.

Premio Prensa de Información General. Sección ABC Solidario de ABC de Sevilla.

Premio Odontología Hospitalaria para Colectivos Vulnerables. Servicio de Estomatología del Hospital Virgen Macarena (Servicio Andaluz de Salud).

Premio Entidad Solidaria. Cáritas Diocesana de Sevilla.

Premio Fundación Odontología Social 2016. Delegación Territorial de Andalucía Occidental de Caixabank.





“
Vicente Lozano de Luaces fue nombrado Miembro de Honor de la Fundación.
 ”



El evento al que asistieron importantes personalidades junto a un numeroso público asistente, fue presidido por la Delegada Territorial en Sevilla, de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, Dña. M^a Ángeles Fernández Ferreiro que cerró el acto con una brillante intervención en la que destacó los valores de la solidaridad y el compromiso de la Junta de Andalucía con los más desfavorecidos, comprometiéndose a trabajar en busca de una mayor colaboración del Servicio Andaluz de Salud con las actividades de la Fundación •



MIEMBROS DE HONOR

1. **D. Vicente Lozano de Luaces. Fundación Vicente Ferrer.** Universidad de Barcelona. Entregó el Premio el Representante de la Fundación Vicente Ferrer en Andalucía, Extremadura,

Ceuta y Melilla, D. Christian Jongeneel Andérica.
 2. **D. Diego Suárez Mora. Asociación Obras Cristianas de Gibraleón (Huelva).** Entregó el Premio la Alcaldesa de Santiponce (Sevilla), Dña.

Carolina Casanova Román.
 3. **D. Emilio Lledó López. Fundación Odontología Social.** Entregó el Premio el Director del Banco de Alimentos de Sevilla, D. Ignacio Candau García.

FOTOGRAFÍA:
 Pablo Moreno González

NELSON R. PINTO

"Cualquier investigación científica debe estar centrada en el paciente como gran beneficiario"

Graduado por la Facultad de Odontología por la Universidad de Concepción, Chile (1985), y Profesor del Programa de Especialización en Implantología, en la Universidad de los Andes (Santiago, Chile), el Doctor Nelson R. Pinto, uno de los grandes seguidores del Profesor Branemark, es un prestigioso investigador y científico Fundador y Director del Centro de Investigación en Medicina Regenerativa e Ingeniería Tisular, en Concepción (Chile). Referente mundial en aplicaciones clínicas de FRP-L en regeneración de tejidos blandos & duros y en el manejo de heridas crónicas y agudas. Es, además, el creador de la Técnica para el manejo de heridas crónicas y agudas mediante la aplicación de membranas de fibrina rica en plaquetas y leucocitos. En esta entrevista hacemos un recorrido por su trayectoria, logros científicos y una de sus grandes pasiones, el mundo ecuestre.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted es odontólogo pero también científico, ya que sabemos que le apasiona la investigación. ¿Cómo se define profesionalmente a sí mismo?*

Nelson R. Pinto: Me considero un profesional muy afortunado y agradecido de esta profesión. No es fácil congeniar y lograr desarrollar el área clínica con el área de la investigación, si bien es cierto que ambas son interdependientes no siempre se tiene la posibilidad de explorarlas exitosamente. No me cabe duda que mi formación inicial ha sido un pilar fundamental para conseguir

estos resultados, el crecer con el incentivo permanente de tratar de buscar las respuestas a los frecuentes "¿por qué?" ha sido lo que me ha motivado a cuestionar permanentemente los paradigmas establecidos, no con un afán de rebeldía injustificada, sino con la convicción absoluta de que solo estamos en la infancia del conocimiento absoluto. Mi constante curiosidad por los fenómenos de la vida y su naturaleza me han llevado a explorar áreas mucho más allá de los límites de mi profesión. Lo anterior ha sido fundamental para poder desarrollar el concepto de la Regeneración Na-

turalmente Guiada, que pretende de una forma integral y universal amalgamar fenómenos naturales cotidianos con los más profundos y complejos modelos bioquímico/moleculares.

ODH: *Asistió al Primer Memorial Branemark celebrado en Madrid el pasado mes de noviembre. Desde su punto de vista científico ¿qué significa la figura del Doctor Branemark para el mundo de la odontología?*

NP: He sido también afortunado al poder participar en el primer Bra-

nemark Memorial en Estocolmo, luego el primero en Sao Paulo, Brasil, y terminar con el Primero en Madrid. En todos ellos uno puede palpar la importancia que la figura del Prof. Branemark tiene en todo el mundo, principalmente en todos los que llevamos ya tres décadas practicando la implantología y que nos formamos bajo sus postulados. La velocidad del mundo actual nos lleva a olvidar la historia muy pronto, por tanto es muy importante mantener presente en las nuevas generaciones a quienes nos han permitido llevar la implantología al nivel en que se encuentra hoy. Entre ellos el Prof. Branemark tiene un sitio asegurado y depende de nosotros que su legado y postulados no queden en el olvido.

ODH: *Otra de sus pasiones son los caballos. Creció en el campo rodeado de estos bellos animales. Es podólogo equino, pionero en desarrollar los caballos sin herraduras en Iberoamérica y, actualmente, profesor en una prestigiosa escuela de herradores de Madrid. Cuéntenos algo más de su relación con el mundo del caballo y cómo gracias a ellos pudo empezar a experimentar las técnicas fruto de sus investigaciones sobre la regeneración de tejidos.*

NP: Los caballos han sido parte de mi vida desde que tengo memoria, mi primer caballo me lo regaló mi padre cuando tenía cinco años y desde entonces han estado presentes en todos los importantes acontecimientos de mi vida personal, familiar y científica.

Mi interés en el tema ecuestre me llevó a cuestionar las formas de amansa y doma, lo que me llevó a estudiar en distintos lugares del mundo la doma racional, la doma india o doma sin violencia, como se la conoce frecuentemente, llegando a ser un fiel seguidor y exponente de dicha técnica a nivel nacional e internacional. Posteriormente, cuestionando los sistemas de herraje quise estudiar para formarme como herrero y así poder herrar mis caballos, en este camino mi formación científica me indicaba que había un

vacío y una serie de preguntas sin respuestas. En el afán de encontrar dichas respuestas me encontré con el incipiente concepto del "Barehoof", o de los caballos descalzos, mi pequeño aporte a este emergente concepto fue darle gracias a mi formación, un mayor soporte basado en la evidencia científica. Fue así como sin pensarlo me transformé en un referente mundial en el tema,

“*Mi interés en el tema ecuestre me llevó a cuestionar las formas de amansa, doma y los sistemas de herraje, donde me encontré con el concepto de "Barehoof"*”

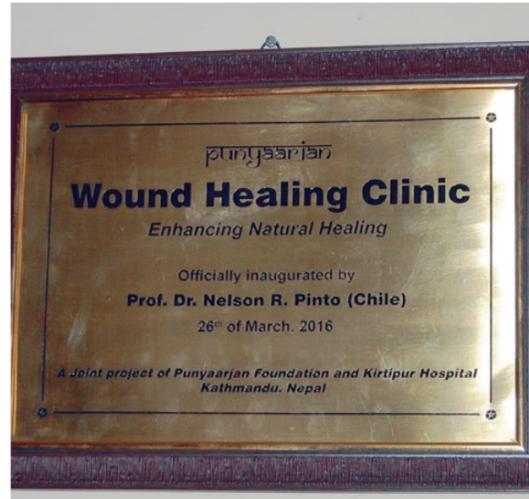
principalmente en Iberoamérica, lo que me permitió ser invitado a formar parte del cuerpo docente de la Escuela de Herradores Sierra Norte de Madrid, una de las más prestigiosas a nivel mundial. Escribí mucho sobre el tema, incluso llegué a tener una sección en la Revista Española Ecuestre "Hablemos de Barehoof", donde tratábamos de explicar de forma sencilla un tema muy complejo que, además, iba en contra de todos los paradigmas históricos acuñados por más de 1.800 años. Hoy, sin embargo, es una realidad irrefutable. Debido al éxito alcanzado con mis investigaciones sobre la Regeneración Naturalmente Guiada he tenido que dejar un poco postergadas todas estas actividades que, de alguna manera, se asimilan con lo que experimento hoy, ya que la RNG también va en contra de muchos paradigmas y para muchos es increíble, tal como lo fueron en su momento los caballos descalzos. Dentro de mis artículos tengo especial recuerdo por los que más impacto causaron y fueron el punto de partida de todo lo que vendría después, fue una trilogía titulada "Si de Herrar se trata, Errar también es humano".



Los caballos, principalmente los de prácticas deportivas, están sujetos a lesiones y heridas que pueden ser limitantes e incluso llevar a la eutanasia. La baja tolerancia al estrés y fármacos de los caballos ha llevado siempre a buscar soluciones lo más biológicas y naturales posibles, entre éstas se han destacado desde siempre los derivados sanguíneos autólogos. Fue así como explorando con éstos llegué a desarrollar la "Terapia de Regeneración Naturalmente Guiada", con el objetivo de regenerar tejidos duros y blandos inicialmente en los caballos.

ODH: *Precisamente esas investigaciones para poder ayudar a caballos que iban a ser sacrificados le condujeron a tratar a seres humanos con graves lesiones en tejidos que necesitaban ser regenerados. ¿Nos podría contar en qué consiste su técnica de regeneración de tejidos y por qué es distinta a otras que se venían utilizando?*

NP: Al explorar en caballos el uso de la Fibrina Rica en Plaquetas y Leucocitos (L-PRF) en lesiones extensas de distinta etiología junto a



una gran colaboradora, la Médico Veterinaria Dra. Javiera Belart L., nos dimos cuenta que estábamos frente a algo totalmente desconocido en el ámbito de la Regeneración Tisular. Los increíbles resultados obtenidos nos llevaron a explorar en otros animales que presentaban heridas similares, obteniendo los mismos resultados. Con mucha frecuencia se confunden los términos con que se denominan diferentes derivados sanguíneos como PRP,

“ Lo que ayer parecía imposible, mañana podría ser rutinario mediante la Regeneración Naturalmente Guiada.”

PLF, PRF, A-PRF, PRGF, L-PRF, CGF, todos ellos utilizan componentes sanguíneos obtenidos bajo distintos protocolos por lo que sus características biológicas y químicas son distintas a lo que les da un sello o una firma biológica específica. Con el conocimiento adquirido en estudios animales llegó el momento de aplicar esta terapia en humanos, utilizando para ello las membranas de Fibrina Rica en plaquetas y Leucocitos. Los resultados obtenidos en heridas crónicas y agudas fueron tan buenos como en los estudios previos en animales. Después de varios años de optimización de la terapia pudimos llegar a lo que realizamos hoy.

Las principales diferencias con otras terapias radican en la forma única de estas membranas, la forma de utilizarlas, los protocolos de preparación y manejo de las heridas. Además, hemos logrado desarrollar un protocolo reproducible y predecible para la mayoría de las diferentes situaciones clínicas.

ODH: *En relación al paciente, ¿cuáles son las ventajas de ser tratados con este procedimiento para la regeneración de sus tejidos dañados?*

NP: Al utilizar la terapia de Regeneración Naturalmente Guiada el paciente es el mayor beneficiado, ya que es una terapia de muy bajo costo, 100% autóloga, eliminando los riesgos de infección cruzada o rechazo inmunológico, a esto se suma el hecho de acortar significativamente los tiempos de tratamiento y mejorar la calidad de los tejidos regenerados si los comparamos con los procedimientos convencionales. Al eliminar procedimientos quirúrgicos extensos o zonas donantes disminuye también significativamente la morbilidad del tratamiento, y aumenta la aceptación de éste por parte del paciente.

ODH: *¿Cree que esta técnica está revolucionando el mundo de la medicina? ¿Está siendo bien recibida por el resto de profesionales?*

NP: Sin lugar a dudas la Regeneración Naturalmente Guiada es una revolución en el campo de la Medicina y Odontología, marca un antes y un después en muchos procedi-

mientos quirúrgicos, hoy es posible lograr resultados que antes no eran factibles, por lo que hemos acuñado una frase “Lo que ayer parecía imposible, mañana podría ser rutinario mediante la Regeneración Naturalmente Guiada”.

Como todo lo que rompe un paradigma asentado por mucho tiempo, no es fácil su aceptación de inmediato. Esto me recuerda la similitud con el fenómeno de los caballos descalzos, fue muy difícil al inicio, fuimos combatidos y desprestigiados pero finalmente triunfó la razón, ya que cuando estás frente a algo que es científicamente validado y no puedes demostrar lo contrario, más temprano que tarde terminarás aceptándolo.

Siempre recalco que de todo esto se beneficiarán mucho más las futuras generaciones de profesionales, ya que vendrán con este conocimiento incorporado, pero no es correcto privar del beneficio a los pacientes de hoy. Si bien el futuro puede ser muy promisorio en el campo de la regeneración tisular la verdad es que, por ahora, la RNG es una herramienta segura y disponible para su aplicación en la clínica diaria por parte de cualquier profesional calificado.

Hoy, no cabe duda de los cambios fundamentales que está generando en Periodoncia, Implantología, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Medicina Deportiva, Otorrinolaringología, Neurocirugía en el tratamiento de úlceras crónicas; pie diabético, úlceras por presión y úlceras venosas.

Una vez más he sido muy afortunado al poder incorporar y explorar



Sensodyne Repair & Protect

Los beneficios de la tecnología NovaMin® y del fluoruro de sodio en una única formulación

Con el cepillado dos veces al día, logra:

- Crear una capa similar a la hidroxiapatita aún más dura sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios expuestos*1-7
- Proteger de manera continua a sus pacientes frente a la sensibilidad dentinaria**



Recomiende Sensodyne Repair & Protect para ayudar a sus pacientes a vivir una vida más libre de los impactos de la sensibilidad** dentinaria

*Frente a la formulación previamente comercializada. **Con el cepillado dos veces al día. 1. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 2. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 3. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 4. Parkinson CR et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 5. Datos de archivo de GSK, ML498. 6. Datos de archivo de GSK, ML584. 7. Datos de archivo de GSK, ML589. 8. Datos de archivo de GSK, RH01422. 9. Datos de archivo de GSK, RH01897. CHESP/CHSEN/0035/15

personalmente con mucho éxito el concepto de la Regeneración Naturalmente Guiada en todas estas áreas.

ODH: ¿En su país existe algún tipo de ayuda para investigaciones científicas como la suya?

NP: La ayuda siempre ha sido muy limitada, lamentablemente una de las grandes desventajas de esta terapia es que no conlleva un beneficio económico, por lo que no es atractivo para la inversión de la empresa privada. Las instituciones gubernamentales tienden a centralizar lamentablemente los recursos en investigaciones tendentes al desarrollo de patentes o producto comercializables. La presión por publicar, desarrollar patentes y obtener recursos por parte de los investigadores hace que se pierda muchas veces de vista el objetivo central que debiera mover toda la investigación, que es el beneficio real de nuestro paciente y no ver al paciente como un consumidor del producto final.

ODH: Ha sido distinguido con numerosos reconocimientos por sus investigaciones, ¿cuál de ellos ha significado más para usted?

NP: Los reconocimientos siempre se agradecen ya que de alguna manera indican que se está en el camino correcto y este tipo de investigación no lucrativa sirve para atraer la atención y lograr entusiasmar a otros investigadores a sumarse a esta causa.

Todos son muy significativos ya que representan una instancia muy especial, pero podría destacar cuatro que han marcado un punto de inflexión en el desarrollo de mi investigación como también en el ámbito personal:

1. La Asociación Mundial de Sociedades de Manejo de Heridas (WUWHS) realiza un congreso cada cuatro años, lo que es el equivalente a las olimpiadas en el mundo de la Medicina Regenerativa y la Ingeniería Tisular, concurren miles de participantes

y se presentan más de 1.200 trabajos de investigación. En 2012 presenté en Japón por primera vez el concepto de la Regeneración Naturalmente Guiada con los resultados de 10 años de investigación siendo honrado con el primer lugar como Mejor Presentación de Investigación. Desde ese momento, mi vida no ha vuelto a ser la misma, ha dado un giro de 180 grados que no se ha detenido hasta ahora.

2. En marzo de 2016, con el apoyo de la Fundación Punaarjan (sin fines de Lucro) tuve el honor de inaugurar la primera clínica basada en la terapia de Regeneración Naturalmente Guiada en el Hospital Kirtipur for Burn and Chronic Wounds Treatment en Kathmandu, Nepal, cuyo objetivo es lograr tratar 1.000 pacientes al año, la mayoría sin costo. Darse cuenta de cómo este proyecto traspasa las fronteras y llega a lugares tan lejanos como Nepal, ser honrado al inaugurar una clínica con una placa que lleva tu nombre, donde se tratarán pacientes con tantas necesidades, te hace consciente de la responsabilidad y compromiso que ello involucra y, a la vez, te insta a seguir adelante cada día con mayor energía.
3. En septiembre de 2016 se realizó el 5º Congreso de la Asociación Mundial de Sociedades de Manejo de Heridas (WUWHS) en Florencia, Italia. En esta oportunidad entre investigadores y centros de investigación de todo el mundo se me nominó finalista para el premio instaurado por primera vez entre el "Journal of Wound Care" y la WUWHS. El "JWC/WUWHS Award" a la Mejor Contribución Clínica en los últimos cuatro años 2012-2016, y en esta ocasión obtuvimos el 2º lugar.
4. El año 2016 fue extraordinario al concluirlo con la realización exitosa en la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica)

de la Primera Reunión Europea sobre Regeneración Naturalmente Guiada. Asistieron 492 destacados clínicos e investigadores de 39 países. Tuvimos 220 participantes en los *workshops*, lo que demuestra el interés que se ha generado sobre el tema. Recibir el reconocimiento público de tan distinguida audiencia y del Prof. Marc Quirynen hace que todos los sacrificios y difíciles momentos que he pasado queden en el olvido, y me impulsa a continuar con más ganas en este gran proyecto que ha superado todas las expectativas alguna vez soñadas.

ODH: Actualmente la técnica de regeneración de tejidos se está usando en el campo de la odontología, ¿nos puede indicar en qué tipo de procedimientos se emplea con más frecuencia?

NP: Hoy se está utilizando en prácticamente todas las áreas de la odontología, prevaleciendo su uso en todos los procedimientos regenerativos, elevación de seno maxi-

lar usando L-PRF como único material de injerto cuando se colocan los implantes al mismo tiempo, en la preservación de reborde post-exodoncia como único material de injerto, en los aumentos horizontal y vertical utilizando la técnica de L-PRF-block, y en los tratamientos quirúrgicos periodontales e implantes inmediatos.

“*Quien comparte gana”, ése es el lema que transmitiría a los jóvenes investigadores.*”

ODH: ¿Cuáles serían sus recomendaciones para los odontólogos apasionados por la evolución de la ciencia y la investigación como usted?

NP: Mi lema de vida es: “Quien comparte gana” y los investigadores y clínicos deben aprender que la mejor manera de progresar realmente en la investigación es compartir el

conocimiento abiertamente, dejando de lado los intereses personales en pos de un bien común mucho mayor.

La investigación debería estar centrada en el paciente como el gran beneficiario, no como es la tendencia actual en la que se ve al paciente más como un consumidor de un producto y, por ende, son generalmente las empresas las más beneficiadas.

Debe existir un equilibrio en este aspecto y los únicos que podemos influir en ello somos los profesionales médicos y odontólogos, que debemos recuperar el espacio perdido en cuanto a ser los responsables de sentar las directrices de los tratamientos y usos de los distintos biomateriales, teniendo como norte siempre el beneficio y seguridad de nuestro paciente.

Sin darnos cuenta hemos ido adoptando en el ámbito de la Regeneración Tisular el concepto de la Regeneración Comercialmente Guiada, y de nosotros dependerá recuperar el control de nuestras decisiones clínicas basándonos en la mejor evidencia científica disponible generada por profesionales idóneos, sin conflictos de interés •



ODONTÓLOGOS de hoy

Compromiso RIGOR Y CIENCIA

Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

JAVIER CORTÉS

"El nivel científico, técnico y formativo de la odontología nunca ha sido tan alto como ahora"



Javier Cortés, columnista habitual de "Odontólogos de Hoy", es la tercera generación de una saga de profesionales que lleva más de un siglo al servicio de la profesión. Hace dos años inauguró nuevas instalaciones, una clínica con una concepción diferente de la odontología, donde presta sus servicios acompañado de sus hijos en diferentes especialidades. Y ahora festejan el aniversario de la apertura de la consulta en Pamplona por su padre Nemesio Cortés Izal (Odontólogo, 1914-2012) en el año 1941.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

"Nuestra historia familiar se remonta al siglo XIX, porque ya el padre de mi abuelo, Estanislao Cortés Arzabala, ejerció la profesión de Ministrante, que incluía los tratamientos odontológicos y aún el padre de éste (hacia 1820), siempre se dijo en casa que había ejercido como barbero-sangrador (el título oficial era cirujano-sangrador, concebido para dar asistencia principalmente en el medio rural), profesión antecesora de la de Ministrante y que también realizaban estos tratamientos, entonces muy rudimentarios. A comien-

zos del siglo XIX había una gran variedad de títulos en medicina y sus profesiones aledañas. También en la odontología o el "arte del dentista", como viene descrito en los manuales de la época, y que dependía de los cirujanos menores, sangradores, etc. Posteriormente dependió de los Practicantes hasta la aparición del título de Cirujano Dentista en 1875, en donde ya las competencias de la odontología pasan a ser exclusivas de este título. Nuestra historia familiar refleja esa evolución histórica y abarca a seis generaciones".

Odontólogos de hoy: *Usted pertenece a una larga saga familiar que en estos días cumple 75 años dedicada a la práctica de la profesión. En concreto, usted es cuarta generación. Además de ser su profesión y medio de vida, ¿cómo ha influido la odontología en la vida de su familia?*

Javier Cortés: La odontología propiamente yo creo que de ninguna manera, aunque sí es cierto que la vida de los profesionales indepen-

dientes tiene unas características diferenciales respecto de otros trabajos. Primero, la independencia, y luego yo diría la responsabilidad, como profesión que influye directamente sobre la salud de las personas. En el caso de los que pertenecemos a una larga saga familiar, quizás le toca a uno una cierta fibra histórica de mantener el pabellón, por así decirlo. Yo soy la tercera generación y mis hijos la cuarta, pero nuestros antecedentes se remontan muchos más años atrás.

ODH: *¿Cuál es su valoración de la evolución de la odontología y los diferentes apelativos para la profesión a lo largo del pasado siglo?*

JC: Naturalmente una valoración muy positiva. La odontología (y hay que citar la estomatología) se asentó como disciplina universitaria y luego ha hecho grandes aportaciones a las ciencias médicas. Por ejemplo, la investigación epidemiológica del papel del flúor en la caries dental en las décadas centrales del siglo XX o,



más recientemente, el fenómeno de la oseointegración. En el plano clínico, las técnicas y los materiales han evolucionado mucho.

La evolución ha ido también muy positiva en el sentido de ser, dentro del cuerpo humano, localista y artesanal a ser general y médica. En odontología ha predominado durante mucho tiempo una visión muy "mecánica" o mecanicista de los tratamientos de la boca, principalmente de la caries dental. Importaba la "orfebrería" de los tratamientos. El cambio sustancial es abordar la salud del paciente, de la cual es parte la boca, sin descuidar por ello la calidad técnica de los tratamientos. De todas formas, algo de aquello todavía queda y el ejemplo se ve en la formación de los dentistas en la universidad, en donde todavía se enseña poco de cariológia y mucho de técnicas de composites. Y la caries no se cura con composites.

ODH: *Sus hijos trabajan con usted, ¿es una ventaja para usted y para su clínica que se trate de un equipo familiar?*

JC: En mi caso concreto puedo decir que sí es una ventaja, y me da tranquilidad de cara a cuando yo deje de trabajar. Porque mis hijos se han especializado y este es el siguiente paso en la evolución de nuestra profesión, que ya es una realidad. Actualmente yo dirijo la clínica, hago odontología general y ellos, junto a otros colaboradores todos ellos especialistas, cubren las áreas que son terreno de tratamientos especializados. Para clínicas que no sean una

“
La mercantilización de nuestra profesión por parte de corporaciones y franquicias arrastran a algunos profesionales independientes.
”

mera consulta individual –como era la nuestra antes–, yo creo que debe ser la tendencia: un profesional que dirija y diagnostique con criterio, visión y perspectiva, y donde los tratamientos más complejos sean ejecutados por especialistas. Hablo de endodoncia compleja, cirugía, ortodoncia, etc..

ODH: *¿Cuándo ha estado más valorada la profesión, en los tiempos en los que su padre, abuelo o tatarabuelo ejercían, o en el momento actual?*

JC: No sabría decirlo, pero yo creo que ahora, aunque con sus luces y sus sombras, porque la valoración de una profesión es algo subjetivo que depende del momento histórico. Lo que sí se puede decir es que el nivel científico y técnico de la odontología, y la formación y competencia de sus profesionales no ha sido nunca tan alto como ahora. Pero la fuerza del mercado –no olvidemos que en España el 90% del ejercicio es privado– ha hecho que aparez-

can distorsiones importantes que hacen daño a nuestra profesión. Me refiero a la mercantilización de la que está siendo objeto por parte de corporaciones y franquicias, y tengo la impresión de que, desgraciadamente, arrastran a algunos profesionales independientes que sin la presión de estas franquicias no adoptarían probablemente estas estrategias mercantiles, alejadas del servicio de salud que somos. Y estas estrategias, además, vuelven a la visión antigua, mecanicista. Los implantes se han convertido en el nuevo paradigma de esa visión estrecha: "...extraemos todos esos dientes que le dan problemas y le colocamos implantes, ya verá qué bien va usted..."

ODH: *Desde su punto de vista ¿cómo es el momento actual de la profesión?*

JC: Muy bueno, aunque existan algunas sombras que no son tantas, en donde su efecto mediático puede empañar la visión global. Desde el punto de vista de competencia científica y técnica, la odontología no tiene nada que envidiar a otras áreas del conocimiento médico; lo mismo respecto de la competencia a la que pueden acceder sus profesionales, porque las posibilidades de formación de alta cualificación son muy grandes, tanto en España como fuera de ella. Sin embargo, hay que decir que como es un sector casi en su totalidad privado, la barrera económica es una realidad en el acceso a esta formación. Los cursos post-grado, máster, experto universitario, cursos monográficos en módulos de fin de semana, etc., en fin, la enorme variedad que existe, son muy caros. Esta profesión está montada en el dólar, como se dice vulgarmente. Además, no hay un desarrollo como debiera dentro del sector público; la cobertura que se da a la población en esta área de la salud es totalmente insuficiente. Y es lamentable que todavía estemos así.

ODH: *¿Cómo cree que se podría mejorar la situación de muchos profesionales de la odontología que no encuentran su hueco en el mercado debido a la saturación?*

JC: Una mayor cobertura sanitaria pública daría trabajo a muchos profesionales; muchos ya lo han encontrado porque el número de dentistas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Los informes de SESPO así lo atestiguan. Pero podría dar empleo a muchos más. Además, un mejor acceso a la formación especializada, que no lo convierta en casi un lujo, tendría también consecuencias favorables para el empleo entre los dentistas. Así, más clínicas podrían contratar a especialistas si éstos no vinieran ya con el condicionamiento de que su formación ha sido cara y, por tanto, deben cobrar tarifas altas por su trabajo.



ODH: *¿Cuál es su opinión sobre el debate de las especialidades? ¿Algún día se llegará a un consenso sobre este tema entre todos los protagonistas del sector?*

JC: En mi opinión, este debate debe acabar ya y las especialidades deben ser reconocidas. Esta es una realidad que ya nos está sobrepasando. Las cosas son complejas muchas veces pero también

pueden ser más simples si se tiene voluntad. Creo que la profesión no debe de tener duda de que las especialidades son buenas y necesarias. Son necesarias porque las competencias profesionales, de acuerdo al nivel de conocimientos y complejidad de las técnicas actuales, así lo exige. Y segundo, son buenas porque elevan la calidad de los tratamientos y, por tanto, la salud de nuestros pacientes.

BERTA, TELMO CORTÉS Y JOSÉ RAMÓN PADRÓS

"Trabajando todos juntos aprendemos unos de otros y el paciente tiene un diagnóstico completo"

Odontólogos de hoy: *¿Qué significa para vosotros compartir el desarrollo de vuestra actividad profesional con vuestro padre?*

Berta Cortés: Yo creo que es un privilegio. No solamente por el hecho de formar parte de una saga tan larga, que personalmente es un orgullo, sino porque es trabajar y aprender a la vez. Trabajar "en familia" significa que frente a un caso multidisciplinar por ejemplo, cada uno puede dar su visión libremente o puede preguntar aquello que no sabe o no tiene claro sin miedo, sin necesidad de aparentar firmeza o saberlo todo. De esta manera todos aprendemos de todos y el paciente tiene un diagnóstico completo.

Telmo Cortés: Sin duda un orgullo y un privilegio, y como dice mi hermana, es la mejor manera de aprender y trabajar a la vez. Además tenemos la suerte de pertenecer a una saga larga, que considero que nos da un punto más de pasión por la profesión, ya que lo hemos vivido desde pequeños, pero a la vez otro tanto de responsabilidad añadida.

ODH: *¿Cuál es el perfil del paciente de la Clínica Dental Cortés? ¿Cuáles son los tratamientos más solicitados en vuestra clínica?*

BC: El "paciente de toda la vida". Ahora que hemos pasado a un bajo no sólo llegan personas recomendadas sino también personas nue-

vas, pero todos tienen en común el perfil de paciente que se preocupa por su salud y busca calidad. Son pacientes que no se dejan seducir por esas redes o franquicias y buscan ser atendidos por un servicio de calidad sin comerciales de por medio.

En cuanto al tipo de tratamientos, la cartera de pacientes heredada por mi abuelo y ahora mi padre, son personas que conservan la mayoría de sus dientes en boca. Por ello, la mayoría de tratamientos que se realizan son conservadores: mantenimientos periodontales, prevención y tratamiento de caries... También se solicita la reposición de dientes ausentes pero es infrecuente el tratamiento de edéntulos totales.



TC: El perfil refleja aquello que transmitimos como clínica, es decir, familiaridad, cercanía, comercio de toda la vida que inspira confianza y seriedad. Eso se refleja en que tenemos familias enteras de varias generaciones, que han sido tratados por nuestro abuelo, padre, y ahora por nosotros. Esto, particularmente, me hace sentir un privilegiado de esta profesión.

Respecto a los tratamientos, la trayectoria de la clínica y la fama creada en todos estos años, ha conseguido que los pacientes se dejen aconsejar plenamente sobre nuestro criterio, son pocos los que vienen demandando algo muy específico, prevalece más el "lo que usted considere que haga falta".

ODH: *Vuestra forma de atender al paciente difiere al método de vuestro padre y, anteriormente, al de vuestro abuelo? ¿de qué forma? ¿Cómo es vuestro proceso de trabajo?*

BC: La forma de atender es la misma y yo creo que es la clave del éxito. La diferencia está en que ahora ya no existe el dentista que hace todo, existe el especialista (aunque no se le pueda llamar como tal). Esto es sobre todo beneficioso para el paciente porque cada profesional trabaja específicamente en un área, lo que le capacitará para dar el mejor tratamiento con los mejores resultados. Sin embargo, como odontólogos, debemos tener la capacidad de ver y diagnosticar de manera global.

TC: Bueno, la filosofía de la clínica sigue siendo la misma, se busca la salud del paciente sobre todo lo demás. Como dice mi hermana, nuestro abuelo era el "dentista total". Ahora, la clínica ha evolucionado hacia una "clínica total" en la que trabajamos un grupo de "especialistas" de las distintas ramas de forma conjunta, como un equipo. El director clínico del equipo es nuestro padre, pero los planes de tratamientos los hace basándose en la opinión y criterio de cada uno del equipo.

ODH: *¿Cuál es el modelo de gestión de una moderna clínica dental como Dental Cortés? Siendo un establecimiento que presta servicios de salud, ¿cómo se puede rentabilizar como negocio?*

José Ramón Padrós (Gerente): El modelo de gestión de DentalCortés se basa en los mismos principios que han permitido llegar hasta este punto: honestidad, rigor, transparencia y eficiencia. Todo esto, acompañado por un equipo profesional cada vez más especializado y formado, permite que no sólo haya varias generaciones trabajando sino que haya varias generaciones de pacientes a las que atendemos.

Esta filosofía de gestión nos ha llevado a buscar una rentabilidad basada en la salud a largo plazo de los pacientes, por encima de cualquier otro objetivo que pueda condicionar el criterio clínico de los profesionales y la salud de los pacientes •

HISTÓRICO DE PROFESIONES PARA EJERCER LA ODONTOLOGÍA

1827. Cirujano Sangrador: También llamados **Barberos Sangradores**. Profesionales auxiliares de la medicina principalmente para el ámbito rural, también llamados cirujanos de segunda y de tercera; hacen extracciones dentales, prótesis. También eran barberos. Tienen cierta autonomía aunque no puede prescribir *medicamentos internos*.
1845. Ministrante: Es una evolución del anterior. Re-

gula la profesión y la dota de un carácter más académico. Entre sus competencias están: flebotomías (sangrías), aplicación de medicamentos al exterior, curas y cirugía menor, vendajes, el arte del callista y el arte del dentista.
1857. Practicante: Es el antecedente más próximo a la Enfermería actual. Entre sus competencias estaba también el arte del dentista.

1875. Cirujano Dentista: Es la primera figura profesional exclusiva para el ejercicio de la odontología. Fue creación de D. Cayetano Triviño.
1901. Odontólogo.
1948. Estomatólogo (como especialidad de Medicina y Cirugía).
1985. Odontólogo (vuelta al anterior título como necesidad de equiparación con los títulos vigentes en Europa).

MANEL RUBIO MUELA

"OralthBcn ofrece un nuevo evento más dinámico, adaptado a las necesidades de los profesionales del sector"



Desde hace 16 años Manel Rubio ocupa diversos cargos de responsabilidad en Fira de Barcelona. Con experiencia en gestión hotelera, inició su singladura profesional en Fira de Barcelona para crear Gastrofira, el departamento de restauración de la institución, como Director de Operaciones. Su labor, sobre todo orientada hacia la satisfacción del cliente, le hizo pasar hace cuatro años a la producción de eventos y salones en la Unidad de Negocio de Química y Ciencias de la Vida de Fira Barcelona. En la actualidad, Manel Rubio es director de dos eventos feriales: OralthBcn y Livestock Forum.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: ¿Por qué han decidido cambiar el formato y el nombre del Fórum Dental del Mediterráneo?

Manel Rubio: En Fira de Barcelona hemos analizado en profundidad la realidad del sector para valorar si el evento se ajustaba a las necesidades reales de los profesionales. Y hemos notado que la evolución del sector y del mismo tratamiento de las enfermedades que tienen su origen en la boca requería de un formato diferente y más centrado en el cuidado de la salud oral, en general, y no solo de la salud bucodental, en concreto.

ODH: ¿Qué valor añadido aporta OralthBcn?

MR: En un principio, el que OralthBcn se adapta a las necesidades actuales de todos los profesionales del sector y que les ofrece un nuevo evento más dinámico y más vivo para que puedan encontrar en él herramientas técnicas y de capacitación para su formación continua y permanente en las cuestiones relacionadas con la salud oral. En este sentido, contará con un espacio expositivo diferente al que presentan el resto de eventos feriales destinados a los profesionales de la salud, el 'Oralth Arena', una zona en la que

los expositores podrán dar a conocer sus últimas novedades a través de demostraciones y de ponencias en torno a algunas de las temáticas de más impacto en la actualidad, que permitirán la interacción con los visitantes de una manera dinámica y viva.

ODH: ¿Cuáles han sido las temáticas que han escogido para debatir en esta edición?

MR: OralthBcn se vertebrará alrededor de tres áreas: un área relacionada con el análisis de las herramientas que disponemos ahora, y que van a crecer en el futuro, para aumentar la rentabilidad de cada



una de las propuestas profesionales, especialmente en el caso del odontólogo.

Una segunda área se centra en la mejora de las habilidades técnicas del profesional, profundizando en cuestiones técnicas de la mano de especialistas de primer orden.

El tercer eje de interés se centra en las patologías que pueden ser abordadas multidisciplinariamente, en la que cada una de las profesiones representadas puede aportar su punto de vista, para llegar a conclusiones comunes que enriquezcan mutuamente a los profesionales. Para esta edición hemos escogido como temáticas el cáncer oral, la nutrición, orientado a pacientes con problemas de maloclusión e ingesta, y la estética plástica y reconstrucción.

ODH: Suponemos que siguen trabajando para preparar un plan de ponencias de alto nivel y ponentes de renombre internacional, ¿nos pueden dar ya algún nombre?

MR: Estamos trabajando en la elaboración del panel de ponentes, pero en estos momentos, contamos ya con la participación confirmada de dos de los mejores expertos en marketing y gestión de la clínica dental a nivel mundial, el doctor estadounidense Roger Levin; y el profesor del Kings College de Londres, el doctor Kasturi Warnakulasuriya, uno de los principales expertos a nivel europeo en cáncer oral, que compartirá ponencia con la doctora Adaia Valls, cirujana oral y maxilofacial del Hospital Universitari de Bellvitge.

Además, contaremos con ponentes de empresas líderes, que aportarán y compartirán, sin duda, su conocimiento y experiencia en torno a estas cuestiones.

ODH: ¿Cómo podrá apreciar el visitante la diferencia entre OralthBcn y FDM? ¿Cómo se organizarán las áreas temáticas y la expo comercial?

MR: Hemos diseñado el certamen de manera diferente para potenciar el tránsito y la circulación de los visitantes por la zona de exposición añadiendo actividades, talleres y posters e instalando el Auditorio, en el que tendrán lugar las ponencias, además de contar con el Oralth Arena.

ODH: ¿Es OralthBcn el foro de discusión que necesita el sector?

MR: Nuestro compromiso como organizadores es el de estar alineados con los intereses de las empresas y de los profesionales que configuran el sector y por ello hemos decidido dar una vuelta al concepto del Fórum Dental y crear OralthBcn para así dar una respuesta más acorde a las necesidades de todos ellos.

ODH: ¿Cuentan con el respaldo de las instituciones y de los colegios profesionales?

MR: Desde el punto de vista institucional, seguimos contando con los colegios y asociaciones profesionales como en años anteriores. Por tanto, OralthBcn tiene el apoyo de las principales asociacio-

“ Contaremos con ponentes de empresas líderes que aportarán y compartirán conocimiento y experiencia. ”

nes y colegios que agrupan a los profesionales de estos sectores tanto de Cataluña como de otras comunidades autónomas. Con este nuevo posicionamiento, se suman los apoyos de la Academia de Ciencias Médicas y el Colegio de Médicos. Y como muestra de este respaldo, en estos momentos, tenemos ya reservado más del 65% de la zona expositiva.

ODH: A nivel particular, ¿qué espera de OralthBcn?

MR: Sinceramente, esperamos poder satisfacer y cumplir con las expectativas tanto de empresas como de los profesionales y seguir aportando valor y soluciones al sector de la salud oral •

ORALTHBCN
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

AUTORES:

DR. VICTOR GIL MANICH

Profesor de Gerodontología. Universidad Internacional de Catalunya.

DR. MANUEL RIBERA URIBE

Director del Posgrado de Gerodontología, Pacientes Especiales y con compromiso médico. Universidad Internacional de Catalunya

Caso clínico:

Toma de decisiones en gerodontología

Interacciones medicamentosas en gerodontología

INTRODUCCIÓN

Acude a la consulta una paciente, mujer de 80 años de edad, por dolor moderado a nivel de los incisivos inferiores.

Como antecedentes médicos personales presenta:

- Enfermedad isquémica del corazón
- Insuficiencia renal crónica leve
- Hipertensión arterial esencial
- Hipercolesterolemia
- Diabetes Mellitus
- Incontinencia urinaria
- Artralgias
- Artritis reumatoidea seropositiva
- Retinopatía diabética
- Reflujo gastroesofágico
- Trastorno de memoria
- Glaucoma

Cómo medicación habitual refiere:

- Adiro 100 mg 1 comp/24 h
- Amlodipino Mabo 5 mg 1 comp/12 h
- Cospot colirio
- Emconcor 2,5 mg 1 comp/24 h
- Latanosprot Mylan colirio
- Levemir 100 U/ml plumas precargadas Innolet 33/24 h
- Lidaltrim 20 mg 1 comp/24 h
- Lorazepam 1 mg 1 comp/24 h
- Metformina 850 mg 1 comp/24 h
- Paracetamol 1 gr 1 comp/24 h
- Simvastatina 20 mg 1 comp/24 h

- Torasemida 5 mg 1 comp/24 h
- Metotrexate 7,5 mg cada 7 días

No refiere alergias conocidas y explica haber sufrido una caída, hace 3 semanas cuando volvía del mercado, en la que se produjo la fractura de su prótesis completa superior. La paciente fue visitada en urgencias, donde comprobaron la ausencia de fracturas óseas y constataron la presencia de contusiones varias, hematomas, y la fractura de dos incisivos inferiores, por lo que le prescribieron reposo, calor local y aumentar la dosis de paracetamol a demanda.

La paciente acude ahora por presentar dolor moderado-intenso a nivel anteroinferior, constante, no pulsátil y de 4 días de evolución.

A la exploración clínica se observa fractura complicada de 4.1 y fractura no complicada de 4.2. junto con flemón vestibular a nivel de 41, el cual presenta percusión vertical positiva. Se procede a realizar una radiografía periapical donde se evidencia un proceso infeccioso apical a nivel del 41.

PLAN DE TRATAMIENTO

Se le propone la endodoncia del 4.1 y su posterior reconstrucción mediante poste de fibra de vidrio. Se prescribe amoxicilina 750 mg cada 8 h durante 7 días más ibuprofeno 600 mg cada 8h a demanda además

de omeprazol 20 mg cada 24 h como protector gástrico y por su reflujo. También la restauración simple de composite de 4.2.

La paciente solicita, además, la reparación de la prótesis completa superior, ya que sino, no puede comer. Se procede a unirlos con cianocrilato y, tras comprobar la correcta estabilidad en boca, se realiza una impresión de tejidos blandos con mercaptano y su posterior arrastre con alginato para, aprovechando que se debe enviar a reparar, realizar un rebase para mejorar la retención de la prótesis. Se cita a la paciente en 7 días para realizar la endodoncia del 4.1. y posteriormente la reconstrucción de 4.1 y 4.2.

EVOLUCIÓN DEL CASO

La paciente llama a los 5 días para anular la visita que tenía programada. Comenta no encontrarse bien. Refiere haber tenido mucho dolor a nivel del hombro y la rodilla donde sufrió el golpe, por lo que tuvo que ir al médico de cabecera hace 3 días, quien le informó de un agravamiento de su proceso articular relacionado con la artritis reumatoidea, por lo que le aumentó la dosis de Metotrexato a 2,5 gr cada 48 h. Además, dice tener fiebre, tos y encontrarse muy cansada, por lo que prefiere posponer la cita.

Comenta que el flemón persiste, así cómo el dolor al tocarse ese diente y la encía circundante, por lo que aconsejamos incrementar la dosis de amoxicilina a 1 gr cada 8 h y continuar con el ibuprofeno a demanda, y le añadió omeprazol 20 mg cada 24 horas como protector gástrico.

Se cita a la paciente en 7 días de nuevo para realizar la endodoncia del 4.1.

4. Remitió de nuevo a la paciente al dentista una vez superado el ingreso hospitalario, para la endodoncia y las reconstrucciones y para entregarle la reparación de la completa

¿QUÉ HABÍA OCURRIDO?

El metotrexato (también llamado ametofterina) es un antimetabolito de la familia de los folatos. Es un análogo de la aminopterina, producto que también deriva del ácido fólico.

Es empleado contra numerosas enfermedades malignas, incluyendo osteosarcomas, linfoma no de Hodgkin, enfermedad de Hodgkin, linfoma cutáneo de células T (micosis fungoides) y cánceres de cabeza y de cuello. También posee efectos inmunosupresores y es utilizado en el tratamiento de la artritis reumatoide, en la prevención de la enfermedad injerto contra huésped y en otras enfermedades autoinmunes como la psoriasis.

Los AINES reducen el aclaramiento del metotrexato, lo que resulta en unos niveles séricos más altos y prolongados de metotrexato. Además, el uso concomitante de los AINES y del metotrexato aumenta el riesgo de un sangrado gastrointestinal en pacientes con trombocitopenia inducida por el metotrexato.

Las penicilinas también pueden reducir el aclaramiento renal del metotrexato, habiéndose observado concentraciones séricas más altas de metotrexato cuando se administran penicilinas. Cuando se administran estos antibióticos a pacientes bajo tratamiento con metotrexato a altas dosis, estos se deberán vigilar cuidadosamente para evitar episodios tóxicos como el ocurrido.

El odontólogo prescribió Ibuprofeno 600 mg a demanda junto con amoxicilina 750 mg cada 8 h, lo que provocó un aumento en la toxicidad del metotrexato.

El agravamiento del proceso articular relacionado con la artritis reumatoidea hizo que el médico de

cabecera aumentase la dosis de Metotrexato a 2,5 gr cada 24 h.

Al no poder acudir a la cita para realizar la endodoncia y continuar con el dolor y el flemón a nivel del 4.1., el odontólogo decide aumentar la dosis de amoxicilina a 1 gr cada 8 horas y continuar con el ibuprofeno a demanda.

La mala evolución de las molestias de la paciente a consecuencia de la caída en el mercado provocó un aumento de las dosis habituales de metotrexato cómo tratamiento de la Artritis Reumatoide, lo cual juntamente con la administración de penicilina a dosis altas e ibuprofeno generó un aumento importante de la toxicidad del metotrexato debido a una disminución del aclaramiento del mismo. Además, el odontólogo prescribió un inhibidor de la bomba de protones para evitar problemas gástricos secundarios a la administración del AINE el cual retrasa la eliminación del metotrexato, debido probablemente a que el omeprazol interfiere con una ATPasa renal.

Se han descrito neumonitis intersticiales que pueden llegar a ser fatales y enfermedad pulmonar intersticial obstructiva durante el tratamiento con metotrexato. La aparición de síntomas pulmonares (incluyendo tos seca no productiva o neumonitis inespecífica) puede ser indicativa del desarrollo de una fibrosis que requiere la discontinuación del tratamiento. El paciente con enfermedades pulmonares inducidas por el metotrexato usualmente se presenta con fiebre, tos, disnea, hipoxemia e infiltrados pulmonares visibles en las radiografías. Estas lesiones pueden producirse en cualquier momento y con dosis tan bajas como las de 7.5 mg/semana.

En el hospital retiraron el metotrexato, sustituyeron la amoxicilina por azitromicina y eliminaron la administración de ibuprofeno, manteniendo únicamente el paracetamol para el control del dolor •

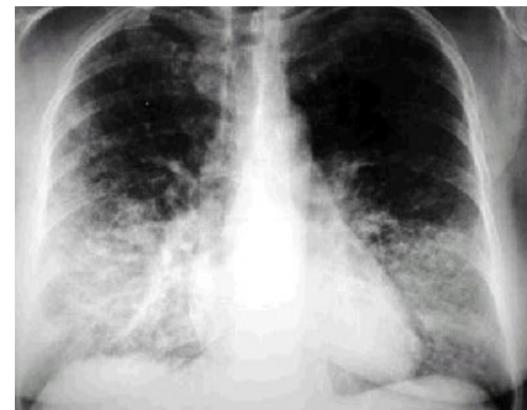


Figura 1

Pese a la mejoría de su dolor articular, la paciente tuvo que anular de nuevo la cita por un agravamiento del proceso respiratorio con empeoramiento de la disnea, la tos y dolor torácico.

A los 10 días, la paciente ingresó en urgencias donde fue diagnosticada de neumonitis intersticial y derrame pleural. A la exploración física la paciente presentaba taquipnea a 30 respiraciones/minuto y fiebre de 39°C. Su saturación de oxígeno basal mediante pulsioximetría era del 82%.

CUÁL FUE LA ACTITUD DEL MÉDICO RESPECTO DEL TRATAMIENTO DENTAL

1. Sustituyó la penicilina por azitromicina
2. Retiraron el metotrexate en primera instancia
3. Cambió el ibuprofeno por paracetamol para controlar el dolor si lo precisa

AUTORES:

DR. JULIÁN CAMPO

Odontólogo. jcampo@ucm.es

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

Patólogo. Especialista en Patología de Cabeza y

Cuello. jmontans@anatomia.e.telefonica.net

Caso clínico: Patología oral en imágenes Hiperqueratosis friccional versus leucoplasia

Mujer de 58 años que presenta en la exploración lesiones blancas en placa en borde lateral de la lengua. (Fig. 1 y 2). No sabe desde cuándo las tiene y nos refiere que es fumadora de 15 cigarrillos al día. No presenta ninguna otra lesión oral. Es portadora de prótesis parcial removible inferior. Debido a los hábitos de la paciente se decide realizar una biopsia incisional y se recomienda a la paciente que deje de fumar.



Figura 1. Lesión blanca en placa que no se desprende al raspado en borde lateral izquierdo de lengua



Figura 2. Se puede ver en esta imagen que son dos placas blanquecinas que están cercanas a un tope oclusal de la prótesis inferior que lleva el paciente.

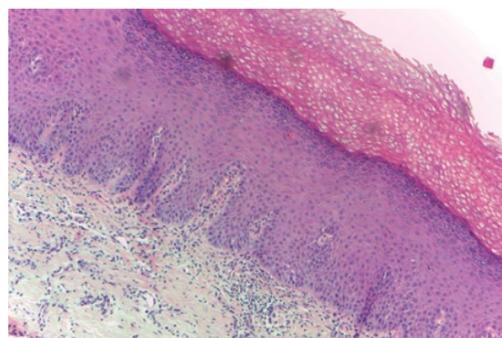


Figura 3. Microfotografía 100x H/E. Hiperqueratosis e hiperplasia epitelial con paraqueratosis superficial. Las crestas epiteliales no forman "gotas" ni se observan fenómenos displásicos en epitelio.

El estudio histopatológico reveló un engrosamiento del epitelio escamoso poliestratificado, con hiperqueratosis, y aumento de la queratina superficial. También se puede observar un ligero infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia. (Figs. 3 y 4), lo que es compatible con una **hiperqueratosis sin displasia**.

Ante una lesión blanca de este tipo que no se desprende al raspado y en pacientes con hábitos nocivos como el tabaco, lo importante es descartar la presencia de signos displásicos en ese epitelio que aparecen histológicamente como una pérdida de la organización normal del epitelio, la presencia de crestas epiteliales en forma de "gota o lágrima"

ma" y células y núcleos atípicos en los estratos epiteliales, así como mitosis fuera de la capa basal (ver Figs. 5 y 6).

Sin embargo en este caso la presencia de esa prótesis removible podría hacernos sospechar en primer término de una lesión traumática con lo que debemos de pulir ese tope o retirar la PPR un tiempo para ver si desaparece la lesión. Si no se produce disminución o desaparición completa de la lesión blanca, se procederá a la escisión completa de la misma.

Se debe informar a la paciente de que debe dejar de fumar y se procederá al seguimiento exhaustivo del paciente para evitar una posible malignización •

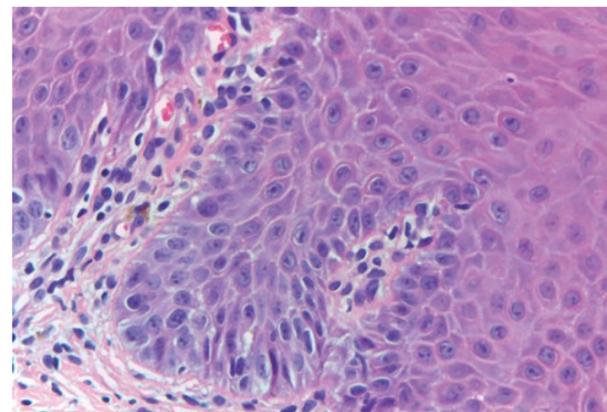


Figura 4. Microfotografía 400x H/E. Ampliación del epitelio del mismo caso donde no se observan signos displásicos en epitelio. Se mantiene la estructura y polaridad de las células basales y solo se aprecia ligero infiltrado inflamatorio en corión. Resto del epitelio sigue una maduración normal.

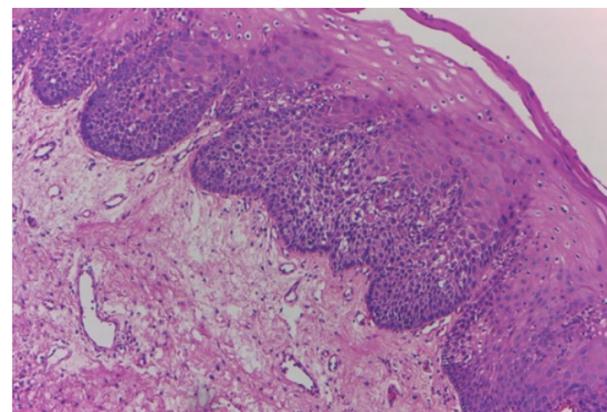


Figura 5. Microfotografía 250x H/E. Imágenes de otro caso donde se aprecia una displasia moderada, con alteraciones celulares y nucleares. Obsérvese como las crestas epiteliales van adoptando esa forma de "gotas".

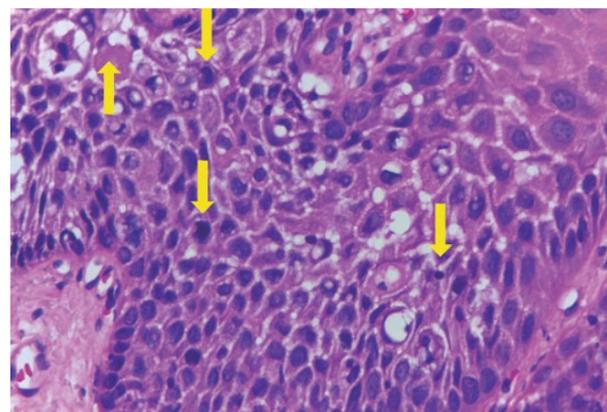


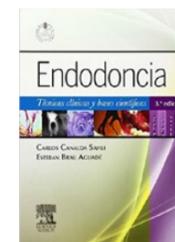
Figura 6. Microfotografía 400x H/E. Mismo caso que figura 5, donde se observan ya claras alteraciones nucleares y celulares displásicas. Células con aspecto nucleomórfico, con núcleos agrandados e hiper cromáticos. Las mitosis pueden aparecer fuera de la capa basal y algunas células son disqueratósicas. (flechas)



Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat



Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
Canalda



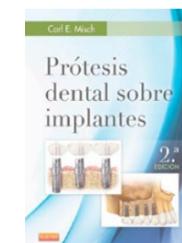
Protocolo clínico-protésico de la técnica de BOPT
Agustin/Chust



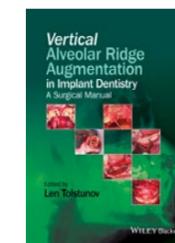
Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau



Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



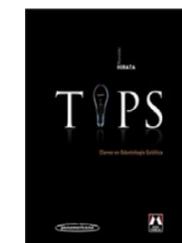
Prótesis dental sobre implantes
Misch



Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov



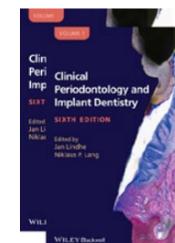
Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón



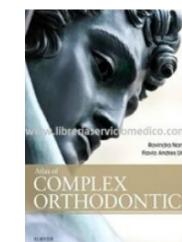
Tips Claves en odontología estética
Hirata



Ortodoncia: Conceptos fundamentales
Wichelhaus



Clinical Periodontology and Implant Dentistry
Lindhe



Atlas of complex orthodontics
Nanda



BAKER Colgajos locales en la reconstrucción facial
Shah



Morfología Dental
Miller

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma
NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma
SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ. Profesora del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma

CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Odontólogo. Colaborador del Master de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma
JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ. Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

Mediodens: diagnóstico y tratamiento

A propósito de un caso

INTRODUCCIÓN

Los dientes supernumerarios se definen como un número excesivo de dientes comparado con la fórmula dentaria normal (4, 2), y pueden ser encontrados en cualquier parte de la región alveolar (3). Se observan con una prevalencia del 0,5-3,8 % en la dentición permanente, mientras que en la decidua es del 0,35-0,6 % (4-6).

En base a su localización se pueden clasificar en mesiodens, paramolares y distomolares, siendo el mesiodens el más frecuente de todos ellos (7, 8). La situación habitual es que se encuentre incluido completamente y en posición palatina, erupcionando sólo en un 25 % de los casos (9, 10).

En cuanto a su número, pueden ser únicos, pares o incluso múltiples, ser unilaterales o bilaterales, y se pueden encontrar con la corona dirigida en cualquier dirección (arcada dentaria, fosas nasales, etc.) (11)

La presencia de un mesiodens puede provocar diversas complicaciones, como son retraso en la erupción permanente, desviación de la erupción del diente, retención, reabsorción de la raíz del diente permanente, diastema, quistes foliculares, además de provocar interferencias con el tratamiento ortodóncico.

El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico de un paciente que presenta un mesiodens que no provoca ninguna sintomatología clínica pero sí interfiere en el tratamiento ortodóncico por lo que el tratamiento de elección fue su extracción quirúrgica.



Figura 1. Radiografía panorámica

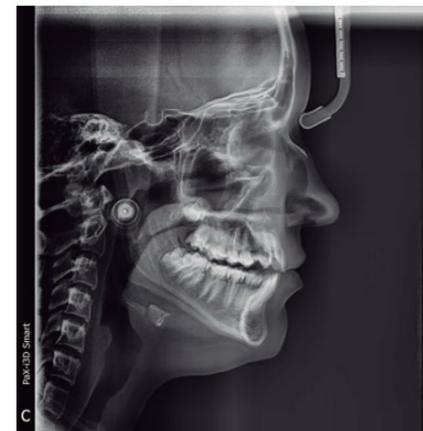


Figura 2. Radiografía lateral de cráneo

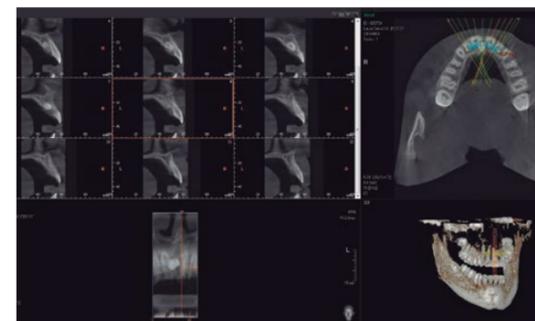


Figura 3. Estudio tomográfico para visualización del mesiodens

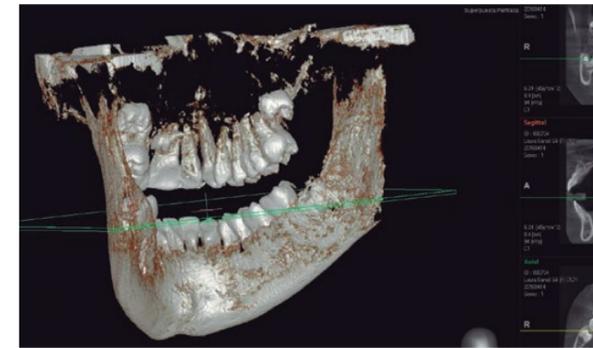


Figura 4. Reconstrucción tridimensional



Figura 5. Incisión intrasurcular palatina de premolar a premolar



Figura 6. Abombamiento palatino a nivel de 21



Figura 7. Ostectomía

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 12 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a nuestra consulta por motivos ortodóncicos. En la inspección clínica se observa Clase III molar y resalte de 3 mm, con la dentición permanente erupcionada. Por lo que se decide realizar un estudio para planificar el tratamiento ortodóncico. Al realizar la radiografía panorámica (Figura 1) y la radiografía lateral (Figura 2), se observó la presencia de un diente supernumerario en la línea media en posición horizontal y forma conoide. A pesar de que clínicamente no presentaba ninguna sintomatología, se informó a la madre de que, para poder realizar un correcto tratamiento ortodóncico, era necesaria su extracción. Previamente a ella se solicitó un DentaScan. En los diversos cortes realizados (Figura 3) y en la reconstrucción tridimensional (Figura 4) se confirmó que se encontraba en posición palatina con la corona del mesiodens en relación con la raíz del 21 y su raíz hacia el 11, pero sin estar en contacto directo.

Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a la extrac-

ción quirúrgica del mesiodens bajo anestesia local y sedación. Se realizó una incisión intrasurcular por palatino, de premolar a premolar (Figura 5) y se procedió a levantar el colgajo, visualizándose un pequeño abombamiento palatino a nivel del 21 (Figura 6). En esa zona se inició una ostectomía liberatoria que permitió visualizar la corona del mesiodens (Figura 7), extendiéndose hasta liberar completamente la corona y parte de la raíz (Figura 8). Una vez extraído se eliminó el saco pericoronario y se comprobó que la raíz del 21 estaba intacta (Figura 9). Finalmente se suturó el colgajo, retirándose la sutura a los 7 días.

DISCUSIÓN

La prevalencia de los dientes supernumerarios en la dentición permanente es del 0,5 - 3,8 % (4-6), siendo para la gran mayoría de los autores el más frecuente el mesiodens (12,13), sin embargo en otros estudios como el de Leco-Berrocal y cols.(14), los distomolares son los más frecuentes seguidos de los mesiodens y los premolares.

El diagnóstico de los mesiodens, al igual que los de cualquier diente supernumerario, se basa en la clínica (signos y síntomas) y en los hallazgos radiológicos en aquellos casos en los que no existan signos clínicos, como ocurre en el caso presentado, puesto que un alto porcentaje son asintomáticos. (9,10)

Mediante la inspección podremos observar aquellos mesiodens erupcionados o complicaciones como diastemas o retrasos de la erupción. Mientras que la palpación nos puede orientar sobre la situación palatina o vestibular del diente supernumerario. Pero para realizar un correcto diagnóstico es imprescindible realizar un completo examen radiográfico, la primera idea de la posición del diente la aporta la radiografía panorámica, pero es imprescindible realizar radiografías oclusales, periapicales siguiendo la Técnica de Clark o, como en el caso presentado, realizar un TAC, para poder determinar la localización exacta y la relación con estructuras adyacentes, antes de realizar su extracción. (15)

En la dentición primaria no está indicada la extracción del diente supernumerario por el alto riesgo de desplazar o dañar el diente permanente, mientras que en la dentición mixta se puede realizar de forma temprana (antes de la formación radicular de los incisivos permanente) o tardía (después de su formación radicular).^(10,16)

En cuanto a la dentición permanente en caso de que el mesiodens esté erupcionado el tratamiento de elección es su extracción por motivos estéticos y funcionales. En el caso de que esté incluido, el tratamiento de elección también será la extracción. Sin embargo, si no produce sintomatología o existe un elevado riesgo de lesionar el diente permanente, se aconseja la abstención terapéutica y realizar controles clínicos y radiológicos periódicos



Figura 8. Osteotomía liberatoria hasta visualización de corona y parte de raíz



Figura 9. Alveolo postextracción

⁽¹⁶⁾. No obstante en el caso clínico presentado, a pesar de ser un mesiodens asintomático, el tratamiento fue su extracción quirúrgica debido a las interferencias que provocaba en el tratamiento ortodóncico.

Por tanto, se puede concluir que el diagnóstico temprano de los dientes

supernumerarios es importante para evitar que se presenten complicaciones. Éste debe realizarse por exploración clínica y radiología, y su tratamiento dependerá de la posición, del estado de la dentición temporal o permanente, y de las complicaciones que provoque •

BIBLIOGRAFÍA

1. Danalli DN, Buzzato JF, Baum TW, Murphy SM. Long-term interdisciplinary management of multiple mesiodens and delayed eruption: report of a case. *J Dent Child*, 1988; 55:376-80
2. Trull Gimbernat JM, Bachilleria Balaguer E, Vallosera Riera J, Gay Escoda. Supernumerarios simples no sindrómicos: descripción de un caso. *Avances Odontostomatología* 1994;10: 89-93
3. Thèrese Garvey M, Sangui S. Non-syndrome multiple supplemental supernumerary teeth. *J Indian SocPedodPrev Dent* 2005;23:46-8
4. Sasaki H, Funao J, Morinaga H, Nakano K, Ooshima T. Multiple supernumerary teeth in the maxillary canine and mandibular premolar regions: a case in the postpermanent dentition. *Int J Pediatric Dent* 2007;17:304-8
5. Yagüe- García J, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Multiple supernumerary teeth not associated with complex síndromes: a retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:e331-6
6. Ferrés-Padró E, Prats-Armengol J,

- Ferrés-Amat E. A descriptive study of 113 unerupted supernumerary teeth in 79 pediatric patients in Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:e146-52
7. Costa Pinho TM, Figueirido Pollmann MC. Study of the frequency and the features of supernumerary teeth found in one Portuguese population. *Bull Group Int Res Sci Stomatol Odontol* 2004 May-Dec;46(2-3):52-62
8. Luten JR. The prevalence of supernumerary teeth in primary and mixed dentitions. *J Dent Child* 1967;34:346-53
9. Gay Escoda C, Mateos Michas M, España Tost A, Gargallo Albiol J. Otras inclusiones dentarias. Mesiodens y otros dientes supernumerarios. Dientes temporales supernumerarios. Dientes incluidos. En: Gay Escoda C., AytésBerini L, editores. *Tratado de Cirugía Bucal*. Tomo I. 1ª ed. Madrid: Ergon;2004:497-534
10. Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens: diagnosis and management of a common supernumerary tooth. *J Can Dent Assoc* 2003;69:362-6
11. Wood GD., Mackenzie Y: A den-

- tonasal deformity. *Oral Surg Med Oral OralPathol* 1987; 63:656-7
12. Salcido García JF, Ledesma Montes C, Hernández Flores F, Pérez D, Garcés Ortiz M. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población mexicana. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004;9:403-9
13. Gündüz K, Celenk P, Zengin Z, Sümer P. Mesiodens: a radiographic study in children. *J Oral Sci* 2008;50:287-91
14. Leco-Berrocal MI, Martín-Morales JF, Martínez-González JM. An observational study of the frequency of supernumerary teeth in a population of 2000 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007 Mar 1;12(2):e134-8
15. Contreras Martínez MA, Alaejos Algarra C, Buenechea Imaz R, BeriniAytés L, Gay Escoda C. Mesiodens: concepto, clínica diagnóstico y tratamiento. *Anales de Odontostomatología* 1996; 4: 175-80
16. Fernández Montenegro P, Valmaseda Castellón E, BeriniAytés L, Gay Escoda C. Estudio restrospectivo de 145 dientes supernumerarios. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:240-5

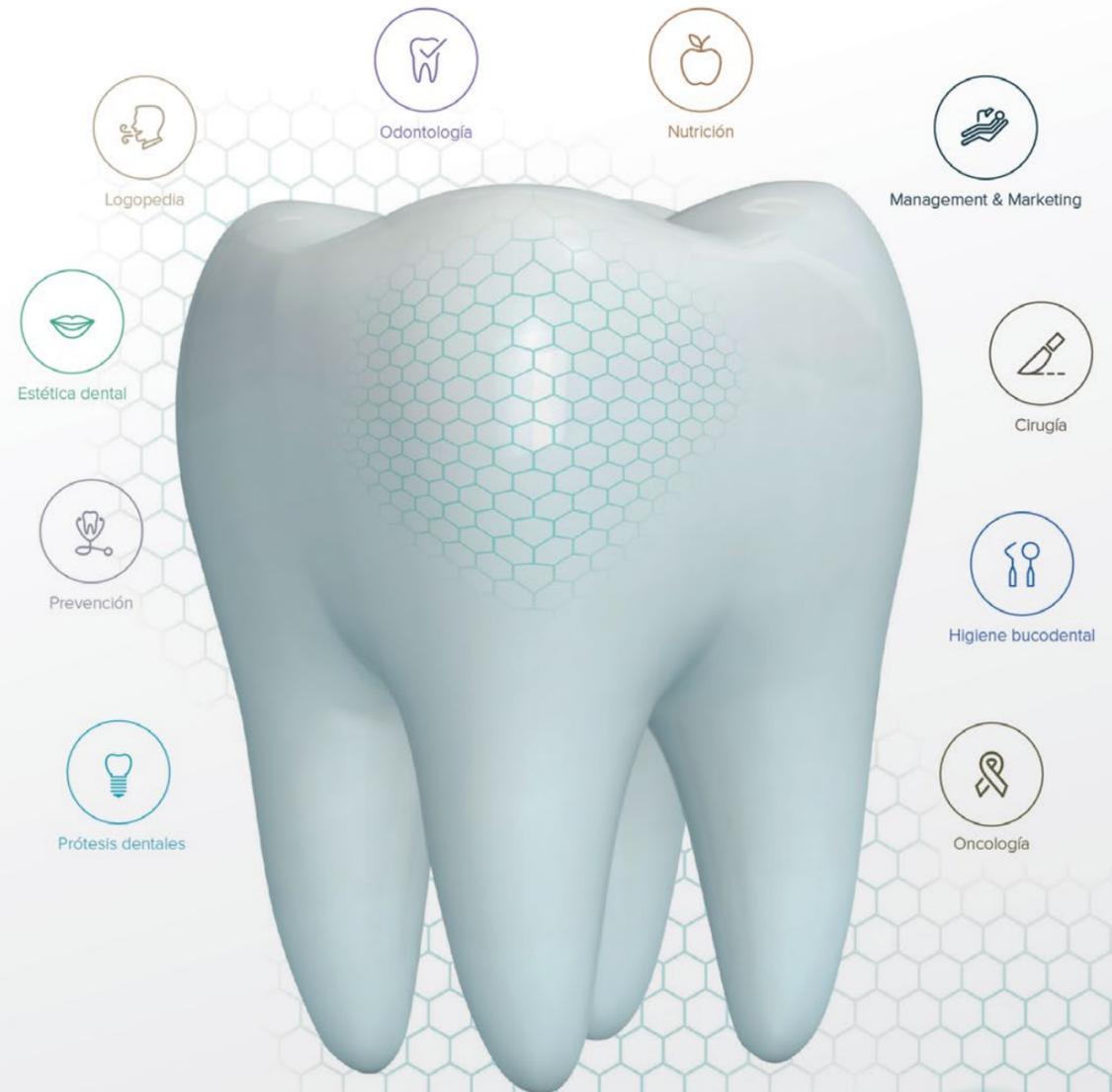
ORALTHBCN
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

Fira Barcelona

11-13 MAYO 2017
RECINTO GRAN VIA

WWW.ORALTHBCN.COM
in f t

LA RED MÁS COMPLETA DE EXPERTOS EN SALUD ORAL



FDM FORUM DENTAL Internacional EVOLUCIONA Y SE TRANSFORMA EN **ORALTHBCN**
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL



¿Obsesionado con tener más primeras visitas? No deberías

DR. ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA. CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA.
alberto@plansynergia.com

Parece que se ha convertido en moda. Cada vez más consultorías empresariales utilizan este reclamo, como si fuese la panacea los problemas de la clínica. Más marketing externo, más publicidad, más gasto, más folletos tirados por los suelos... La pregunta que nosotros hacemos a nuestros clientes es si lo que realmente quieren son más primeras visitas o más beneficios en sus consultas.

Además, el equipo de la clínica, a veces, ino sabe qué hacer cuando los pacientes nuevos entran! Los tratan de la mejor manera posible, como siempre, obteniendo los resultados de siempre, esos que les han llevado a buscar ayuda en consultorías. Es más, la mayoría de esos nuevos pacientes "a granel" son personas que no están interesados en invertir dinero en su boca. Trabajar con ese tipo de paciente en altas dosis puede ser agotador.

“
Captar un nuevo paciente cuesta entre 4 y 5 veces más que fidelizar a uno ya existente.
”

¿Sabías que alrededor de un 20% de tus pacientes van a comparar a otro dentista? ¿Y si centráramos esfuerzos en que no se vayan? Lo cual es más económico y efectivo que atraer un nuevo paciente. Los estudios hablan de que captar un nuevo paciente cuesta entre 4 y 5 veces más que fidelizar a uno ya existente. ¿Y si nos centramos en captar nuevos pacientes interesados en invertir dinero en su salud oral? Los pacientes más productivos siguen siendo los "referidos". ¿Sabías que existen formas efectivas de promover la afluencia de pacientes referidos (los buenos) a tu clínica?

Tras años de experiencia ayudando a clínicas dentales por toda España, podemos afirmar que la gran ma-

yoría de ellas no han necesitado como primera medida atraer nuevos pacientes y mucho menos con campañas agresivas de publicidad o buzono! Y cuando, tras un análisis exhaustivo, nos hemos encontrado con algún caso en el que sí era primordial, puestos a invertir en atraer nuevos pacientes ¿qué tal si atraemos a pacientes con solvencia económica? Esto también es posible. Las campañas de marketing se pueden dirigir, es más, se deberían dirigir siempre a un determinado público objetivo o "target". ¿Te ha pasado alguna vez que tu pareja te ha comentado algo de un anuncio del que tú no recuerdas siquiera haberlo visto?, ¿estando incluso los dos viendo la misma tele? Eso es porque ese anuncio no era para ti. ¿Crees que los anuncios de Mercedes, por ejemplo, son igual de atractivos para todo el mundo? Y aquí entra el saber hacer del publicista y el uso de una vertiente muy nueva del marketing, el neuromarketing, con el que podemos aumentar la efectividad de nuestros anuncios. Es un campo en el que nos hemos especializado particularmente. ¡Nos apasiona estudiar cómo funciona el cerebro humano en estos temas! Cada vez más marcas lo utilizan: Starbucks, Jaguar, Carrefour...

Resumiendo, primero se debería pulir todos los aspectos internos de la clínica (atención al paciente, marketing interno, personal entrenado para salvar las objeciones de los pacientes, papelería profesional, etc...), cuando lo de dentro está todo bien engranado, entonces iniciar campañas de marketing externo éticas y honestas con la profesión •



www.odontologiapediatrica.com



25 de febrero
Cierre recepción de comunicaciones
31 de marzo
Fin primera cuota inscripción



XXXIX

REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOPEDIATRÍA

Sevilla, 11, 12 y 13 de Mayo de 2017



Comité Organizador

Presidenta ▶ **M^a Asunción Mendoza Mendoza**
Vicepresidenta ▶ **María Biedma Perea**
Vocales ▼
Carolina Caleza Jiménez
Irene M^a González Aroca
M^a Dolores Huertas López
Rocío Martín Martín
David Ribas Pérez
Fátima Cristina Román Arenas
Beatriz Solano Mendoza



Comité Científico

Presidenta ▶ **Paloma Planells del Pozo**
Vocales ▼
Paola Beltri Orta
Eva M^a Martínez Pérez
Mónica Miegimolle Herrero
Gloria Saavedra Marbán
Eva Santa Eulalia Troisfontaines



Ponentes

Léa Assed
María Biedma Perea
Aline Braga
Abel Cahuana Cárdenas
Carolina Caleza Jiménez
Carlos Fernández Villares
Anna Fuks
Alberto García Perla
Ignacio García Recuero
Óscar González Martín
Eugenio Grano De Oro
Miguel Hernández Juyol
M^a Dolores Huertas López
Luis Martínez Cortés
Alejandro Mira Obrador
Jordi Pérez Manauta
Claudio Pisacane
David Ribas Pérez
José I. Salmerón Escobar
Beatriz Solano Mendoza
Enrique Solano Reina



Secretaría Técnica SEOP



MDV Organización de Eventos y Congresos
Bruc 28, 2º 2ª · 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365 · Fax 932 654 333
seopsevilla2017@odontologiapediatrica.com
www.odontologiapediatrica.com
www.seopsevilla2017.com





La ausencia de contabilidad o la contabilidad falsa. El castigo de la ley a tales actos

FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ

ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL
jrr@ivb.es

Hace bien poco compareció ante un juez un famoso contable (más bien, un mamarracho) que con una sorprendente caradura declaraba que él no había confeccionado una “contabilidad B”, sino que él llevaba una contabilidad oficial y otra contabilidad... “extracontable”, y oculta, claro.

Semejante insulto a la inteligencia de cualquier persona sensata no puede sino obtener el máximo reproche de las personas de bien y de la ley penal.

Viene al caso esta anécdota porque la Ley lo tiene cada vez más claro: todas las normas que afectan a la obligación de llevar la contabilidad de la empresa persiguen y sancionan de una u otra forma la falta de contabilidad o la contabilidad falsa, oculta o irregular.

Y es que la contabilidad no es una mera formalidad a la hora de llevar las cuentas. La contabilidad es una

Algo inadmisibles si queremos vivir en una sociedad seria con un mínimo de respeto y seguridad en las operaciones.

Para que no sigamos en la ignorancia, basta con apuntar dos normas de fuerte calado que sancionan duramente esta mala práctica. Una es la Ley Concursal, y otra es el mismísimo Código Penal.

Efectivamente, la Ley 22/2003 Concursal, o sea, la que regula la insolvencias de las empresas, dispone que el concurso (o la insolvencia) se calificará como “culpable” en todo caso cuando el deudor legalmente obligado a la llevanza de contabilidad (y todas las empresas lo están) incumpliera sustancialmente esta obligación, llevara doble contabilidad o hubiera cometido irregularidad relevante para la comprensión de su situación patrimonial o financiera en la que llevara. Es decir, que en caso de ausencia de llevanza de contabilidad, o de llevanza con irregularidades relevantes, la insolvencia no se entenderá como “fortuita”, es decir, no se entenderá que la imposibilidad de pagos a los acreedores ha venido por culpa de la crisis, del mercado, o de alguna causa externa, sino que a todos los efectos legales será una insolvencia –sí o sí– “culpable” respecto del administrador de derecho o hecho, o de los responsables de la empresa, a los cuales se les imputará una responsabilidad directa y personal en la generación o agravación de la insolvencia.

Asimismo, salvo prueba en contra del empresario, la Ley Concursal también entiende que éste ha generado o agravado la insolvencia de la empresa cuando, debiendo hacerlo, no formule las cuentas anuales o no las deposite en el Registro Mercantil en alguno de los tres últimos ejercicios antes de la declaración del concurso de acreedores. También en este caso, el concurso se calificará como “culpable”.

La consecuencia de tal calificación no es otra que, entre otras, se condenará al pago de la indemnización por los daños causados a los acreedores y terceras personas. Pero también podrá el juez mercantil

condenar al administrador –de hecho o de derecho– y a los apoderados, al llamado pago del “déficit patrimonial”, que viene a ser el conjunto de deudas que la empresa no puede afrontar por sí misma con sus activos. Y esa responsabilidad del administrador y/o apoderado recaerá sobre todos sus bienes personales presentes y futuros.

Pero es que, el CÓDIGO PENAL, por su parte, en los delitos contra la Hacienda Pública y contra la Seguridad Social, establece en su artículo 310, que será castigado con la pena de prisión de cinco a siete años el que, estando obligado por ley tributaria a llevar contabilidad mercantil, libros o registros contables, incumpla absolutamente dicha obligación; lleve contabilidades distintas que oculten o simulen la verdadera situación de la empresa; no hubiere anotado en los libros obligatorios negocios, actos, operaciones, o transacciones económicas o las hubiese anotado con cifras distintas a las verdaderas; o hubiere practicado en los libros obligatorios anotaciones contables ficticias.

Cierto es que para que sea delito es preciso además, en algunos casos, que el importe de los datos omitidos o falseados superen los 240.000€, pero desde luego una vez se produzca un falseamiento, ocultación o irregularidad, el infractor se la está jugando con la cárcel. En algunos casos, estaremos ante un delincuente que necesita ese falseamiento, pero lo que sería preocupante, y he aquí el motivo de este artículo, es que se pueda estar delegando la responsabilidad de la contabilidad en quien no presta atención a su cometido y la negligencia de quien delega responsabilidades se convierta en la ruina de la empresa y del patrimonio del administrador o apoderado de una empresa.



De todo lo dicho sólo cabe recordar que debemos rescatar una mentalidad de cumplimiento de las normas, un código ético, y sobre todo nunca delegar responsabilidades, sino tareas. Y una de las responsabilidades indelegables del empresario, sea individual o sea una sociedad, es la correcta llevanza de una contabilidad confeccionada con rigor, fiel y veraz •

“*La contabilidad no es una mera formalidad a la hora de llevar las cuentas, es una responsabilidad ineludible, el DNI y matrícula de nuestra empresa.*”

responsabilidad ineludible, es el DNI y matrícula de nuestra empresa. Es la única manera que tienen los demás de conocer cuál es la composición de nuestro patrimonio al entablar relaciones recíprocas. Las cuentas de la empresa son el único dato público y objetivo que tienen de referencia los operadores antes de destinar su dinero en la relación con nuestra empresa. Y es por ello que falsear tales datos es todo un fraude antisocial. Es como si nos pagan con un cheque sin fondos, o si nos venden un coche con el cuentakilómetros manipulado; o si nos opera un cirujano y resulta que falsificó su título de Medicina.



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

Museo de Bellas Artes de Sevilla

La gran pinacoteca andaluza



Los visitantes de la ciudad hispalense tienen una obligada cita en el Museo de Bellas Artes de la ciudad, un espacio cultural único, que data del año 1835, aunque fue inaugurado en 1841. Ubicado en la Plaza del Museo, alberga una de las pinacotecas más importantes de España y está presidida por una escultura dedicada a Bartolomé Esteban Murillo. Es un espacio esencial donde conocer la pintura barroca sevillana, en especial la de Zurbarán, Murillo y Valdés Leal, y toda la pintura andaluza del siglo XIX.



El edificio, que en la actualidad alberga el Museo, se construyó en un principio como convento de la Merced, para la Orden de la Merced Calzada de la Asunción.

La convulsa historia del siglo XIX está relacionada con el devenir del Museo, que también ha sufrido vaivenes. En el año 1993 solamente se conservaban poco más de 300 obras debido a que muchas fueron robadas o malvendidas. Hay que mencionar el expolio artístico que tuvo lugar en Sevilla durante la invasión francesa en 1810, que de no haberse producido, hubieran convertido al Museo de Bellas Artes de Sevilla en uno de los más grandes del mundo.

Afortunadamente, las donaciones en los años posteriores fueron abundantes. En el siglo XX ha sido especialmente admirable la ayuda de la Asociación de Amigos del Museo de Bellas Artes de Sevilla, donde varios centenares de personas se asociaban para la compra de piezas que fueran de interés para el museo.

LA COLECCIÓN

El origen de la colección comenzó con obras procedentes de conventos y monasterios desamortizados, razón por la cual el grueso de obras estaba formado por pintura religiosa, mayormente barroca sevillana.

En las últimas décadas se ha incrementado la colección por las adquisiciones públicas de la administración andaluza y las donaciones efectuadas por descendientes de artistas de primeros del siglo XX.

La carencia más lamentada del Museo de Bellas Artes es el insuficiente repertorio de cuadros de Diego Velázquez; que desarrolló la mayor parte de su carrera en Madrid, hallándose casi todos los cuadros de su etapa juvenil sevillana en museos extranjeros. Durante muchos años el museo tuvo el cuadro *Imposición de la casulla a San Ildefonso*, de Velázquez, en su colección, pero al ser propiedad municipal, fue reclamado por el Ayuntamiento y estuvo expuesto en el salón de plenos de la Casa Consistorial.

En el Bellas Artes se conserva, del mismo autor, el *Retrato de Cristóbal Suárez de Ribera* y una *Cabeza de apóstol* cedida por el Museo del Prado.

Del siglo XVI se encuentran pinturas de Lucas Cranach el Viejo, El Greco (*Retrato de su hijo Jorge Manuel*) y Marten de Vos, así como un famoso *San Jerónimo* del florentino Pietro Torrigiano.

Destaca la colección de pintura sevillana del siglo XVII, de la que se pueden contemplar obras de los más representativos pintores españoles como Murillo, Velázquez, Zurbarán, Juan de Valdés Leal o Lucas Valdés.

Del siglo XIX y XX destacan Gonzalo Bilbao, Valeriano Bécquer y Eugenio Hermoso. De Gonzalo de Bilbao puede reseñarse el retrato del rey Alfonso XIII, donde aparece con el uniforme de la Maestranza de Caballería de la ciudad y con la Torre del Oro al fondo, lo que muestra su vinculación con la capital hispalense.

Velázquez – Murillo, dos grandes talentos en una misma exposición

EN LA FUNDACIÓN FONDO DE CULTURA DE SEVILLA

La llegada de la exposición Velázquez-Murillo a la ciudad de Sevilla fue todo un acontecimiento el pasado mes de noviembre cuando se inició esta importante muestra que recoge obras de dos grandes pintores de la pintura universal, y que podrá ser visitada hasta el día 28 de febrero en la Fundación Fondo de Cultura de Sevilla (FOCUS).

El destino quiso que fuese Sevilla la ciudad en la que Velázquez superaba el examen que lo acreditó como maestro de la pintura, en el año 1617, y el mismo año y el mismo lugar en el que nació otro gran genio de la pintura, Bartolomé Esteban Murillo.

A través de las 19 pinturas seleccionadas (nueve de Velázquez, fechadas entre 1617-1619 y 1656, y diez de Murillo, datadas entre 1645-1680) que componen la muestra, los visitantes se reencuentran con la inteligencia pictórica y el virtuosismo técnico de ambos maestros, y

pueden llegar a conocer la relación y puntos de encuentro de los dos grandes maestros propiciados por la ciudad de Sevilla, tanto en el desarrollo de un lenguaje naturalista, como de los modelos iconográficos, o el singular modo de abordar la pintura de género.

Las obras, algunas nunca vistas en Sevilla, se presentan en parejas y tríos. Un ejemplo de ello puede ser la representación de la iconografía de la **Inmaculada**, que en la muestra se resuelve con la comparación entre la realizada por Murillo, propiedad del **Nelson Atkins Museum** de Kansas City y las dos de Velázquez presentes en la muestra: la de la **National Gallery** y la que posee la **Fundación Focus**. Igualmente, otra obra inédita en Sevilla, «Dos jóvenes a la mesa», de Velázquez, se expone gracias a un préstamo de la **colección Wellington** por primera vez en España. De este pintor se

expone también por primera vez en la ciudad «La Infanta Margarita de blanco», proveniente de **Kunsthistorisches Museum** de Viena.

De Murillo, se pueden contemplar también por vez primera en Sevilla las «Santa Justa» y «Santa Rufina», de la colección del **Meadows Museum** de Dallas. Destacan también las recientemente restauradas por el **Museo del Prado** para la exposición: «Adoración de los magos», de Velázquez; y «La Sagrada Familia del pajarito», de Murillo. Ambas se suman a otra obra de este último autor recientemente restaurada: «San Pedro Penitente de los Venerables», de la Fundación Focus.

Los préstamos de museos de todo el mundo han logrado dar forma a una exposición única, una innovadora reflexión sobre la relación y afinidades de dos genios de la pintura universal, de la que están disfrutando los sevillanos •



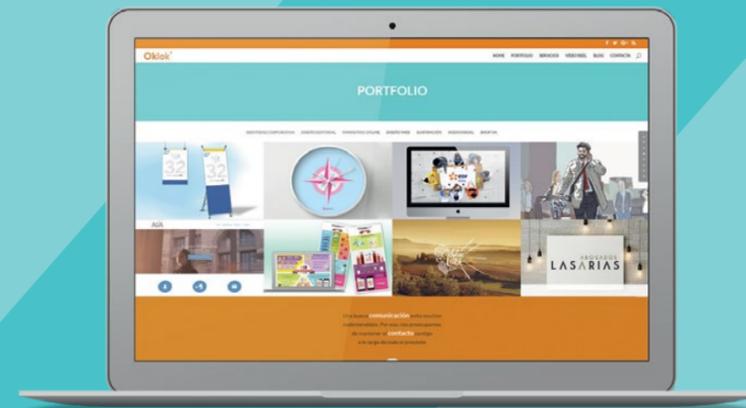
Inmaculada Concepción. 1617.
Diego Velázquez.



Inmaculada Concepción. 1618.
Diego Velázquez.



Inmaculada Concepción. 1670.
Bartolomé Esteban Murillo.



Oklok

¡VISITA NUESTRA NUEVA WEB!

www.oklok.es

DESCUBRE TODO LO QUE TE PODEMOS OFRECER



Creamos tu logotipo y papelería comercial



Diseñamos tu web y la programamos



Maquetamos flyers, folletos, carteles...



Hacemos diseño de stands y espacios



Realizamos vídeos promocionales



Diseño y envío de newsletters y emails promocionales

VISITA NUESTROS PROYECTOS



¡Y CONTACTA CON NOSOTROS!

www.oklok.es

+34 91 366 55 24

Oklok



Las Brujas

Extracto del libro *El Rostro Enfermo*, de Florencio Monje Gil



Publicado por la Editorial de la revista *Descubrir el Arte*.

RESEÑA ARTÍSTICA

Esta obra fue pintada por el maestro Francisco de Goya (1746-1828), junto con *El aquelarre* y otros cuatro lienzos, para el palacio de recreo de los duques de Osuna, la Alameda de Osuna. La escena muestra un grupo de viejas brujas que conducen al aquelarre a un aterrorizado individuo en camisa, arrancado de su lugar de descanso. Sobrevolando sus cabezas aparecen murciélagos, mochuelos y

lechuzas, todos ellos, según la tradición, animales chupadores de sangre. La reina de las brujas centra y da luz a la onírica composición con su manto amarillo. La más vieja, sobre la que se posa una lechuza, lleva un cesto con niños robados.

Una bruja con manto blanco lee el conjuro alumbrada por una vela. Otra clava una aguja en el espinazo de un feto (de los siete hijos del maestro,

tan solo sobrevivió uno), mientras dos murciélagos se agarran a su manto. Su compañera alumbrada con una vela a la víctima horrorizada. Desde la oscuridad del cielo surge el diablo, una figura con largos huesos en sus manos. En las oscuras formas que emergen del lóbrego panorama para fundirse en la negrura crepuscular, Goya plasma visualmente el poder de las encantaciones hechiceras.

RESEÑA PATOLÓGICA

El personaje que parece hacer sortilegios y su compañera del lado izquierdo constituyen claros ejemplos de una periodontitis o piorrea. Si nos fijamos, se aprecian las características de este severo cuadro previo a la caída de las piezas dentales.

Por un proceso de inflamación de las encías, se produce una pérdida de hueso de soporte que hace que la pieza dental parezca de mayor tamaño. En esta fase ya se detecta una movilidad de la dentición. Por otro lado, el personaje que lleva la

cesta delata los clásicos rasgos de edentulismo (ausencia de piezas dentarias), como la posición posterior del labio superior y el aumento relativo de la prominencia del mentón al intentar cerrar o sellar los labios (pseudoprognatismo) •

ARTISTIC REVIEW

This work was painted by the master Francisco de Goya (1746-1828), along with the *Witches' Sabbath* and four other paintings, for the pleasure palace of the Dukes of Osuna, Alameda de Osuna. Scene composed by a group of old witches leading a terrified individual in shirt, abducted from his resting place, to a coven. Flying over their heads, bats, owls and barn owls

appear; all of them, according to tradition, bloodsucking animals. The queen of witches focuses and gives light to the dream-like composition with her yellow robe. The eldest, on which an owl rests, is carrying a basket with stolen babies. A witch, in white robe, is reading the spell lit by a candle. Another sticks a needle in the spine of a fetus (of the seven children of the

teacher, only one survived), while two bats cling to his mantle. Her partner gives light with a candle to the horrified victim. From the sky darkness the devil emerges, a figure with long bones in his hands. In the dark shapes emerging from the gloomy scenario to merge into the twilight blackness, Goya visually depicts the power of the witches' incantations.

PATHOLOGICAL REVIEW

The character who seems to be casting spells and her partner on the left side, are clear examples of periodontitis or pyorrhea. If you look closely, the features of this severe condition prior to the fall of the teeth, can be

appreciated. Due to a gum swelling process, a loss of the bone in the jaw takes place and makes the tooth look larger. In this phase mobility of dentition can already be seen. On the other hand, the character carrying

the basket reveals the typical features of edentulism (missing teeth), upper lip posterior position and relative increase in the chin prominence when trying to close or seal the lips (pseudoprognatism) •

EN LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID EXPOSICIÓN "ARTE Y CARNE", UNA VISIÓN DE LA ANATOMÍA HUMANA DESDE EL ARTE

La exposición 'Arte y Carne' es una muestra basada en la visión de la anatomía humana desde el prisma del arte y la ciencia de la ilustración. Esta interesante recopilación de trabajos se expone en la Universidad Complutense de Madrid hasta el 31 de marzo.

La muestra rinde homenaje al siglo XVIII, definido por el encuentro entre las artes y las ciencias, uno de los ejes del proyecto de la ilustración que sentó las bases de una concepción del conocimiento interdisciplinar y transversal.

La colección de modelos anatómicos en cera que articula la exposición procede del siglo XVIII y del Real Colegio de Cirugía de San Carlos en Madrid, que acabaría transformándose en la Facultad de Medicina. Se crearon para la docencia y se necesitaron artesanos y un perfecto conocimiento anatómico, porque se trataba de mostrar el cuerpo humano con el máximo rigor y con todos sus detalles.

El recorrido por la exposición se inicia en un anfiteatro de disección, imprescindible para la docencia de la anatomía en la época y a continuación los modelos anatómicos se organizan en cuatro grandes espacios que ilustran las principales singularidades que nos hacen humanos: cerebro, parto, lenguaje y postura erguida.

La colección dedica una especial atención a la obstetricia, con piezas que muestran las distintas complicaciones relacionadas con el desarrollo embrionario y con el parto.

Otra pieza de singular importancia es el esqueleto que, con una enorme

precisión, muestra los 206 huesos y las 360 articulaciones del cuerpo humano y el recorrido que se acompaña con seis audiovisuales de producción complutense, concluye con un aula de dibujo anatómico.

Se exponen cuarenta modelos en cera y se acompañan de los principales libros de anatomía en los que se inspiraron los escultores. Destaca *De Humani Corporis Fabrica Libri*, de Andrés Vesalio (1514-1564), ejemplo perfecto de arte y ciencia y pilar fundacional de la revolución científica ya que supuso la ruptura con la anatomía medieval al sustituir por primera vez el saber anatómico clásico por los hallazgos desvelados en la disección de cadáveres.

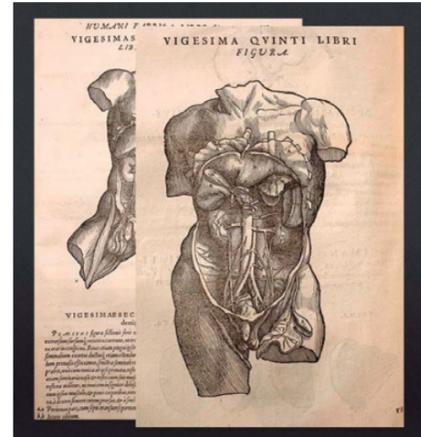
La exposición 'Arte y Carne', que el catedrático de Paleontología de la Complutense y comisario de la exposición, Juan Luis Arsuaga, calificó como "uno de los acontecimientos culturales de 2016 en España", da continuidad a la muestra que organizó el Museo de la Evolución Humana de Burgos con el título 'Cuerpos en cera'.

La exposición y su agenda de actividades son gratuitas.

AGENDA DE ACTIVIDADES:

Miércoles, 15 de febrero, 19 h.

Recital lírico: "La voz como instrumento". Cantantes de la Escuela Superior de Canto de Madrid. Presentación a cargo de la profesora Elisa Belmonte, piano Blanca Trabalón. En colaboración con la Escuela Superior de Canto de Madrid.



Miércoles, 1 de marzo, 19 h.

Conferencia "Simulacros en cera: Manufactura de creación y aplicación de metodologías para la conservación-restauración de modelos anatómicos del siglo XVIII".

A cargo de Alicia Sánchez Ortiz, Profesora Titular en el Departamento de Pintura-Restauración de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid.

Miércoles, 15 de marzo, 19 h.

Clase de Dibujo Anatómico. A cargo de Ricardo Horcajada, Profesor de Dibujo en la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Complutense de Madrid.

Miércoles, 22 de marzo, 19 h.

Performance / work in progress del artista Alfredo Miralles: "Susurrantes 3.0", "El cuerpo aumentado". En colaboración con INJUVE.

Miércoles, 29 de marzo, 19 h.

"El cuerpo y la gente en la mirada de Eugenio Ampudia. El videoarte como método de investigación estética y social".

Coloquio con el artista Eugenio Ampudia •

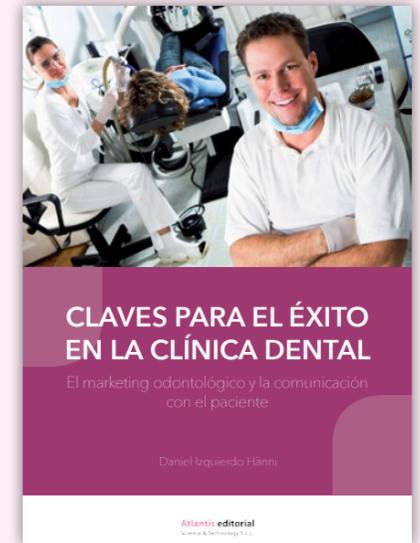
Exposición	"Arte y carne"
Cuándo	Hasta el 31 de marzo
Dónde	Edificio del Museo del Traje (Avda. Juan de Herrera, 2. 28040 Madrid)
Web	http://arteycarne.ucm.es/

La editorial Atlantis ha presentado el nuevo libro de Daniel Izquierdo Hänni. Se trata de un manual que trata el marketing dental y la comunicación con el paciente, y destaca por su contenido práctico y pragmático.

La nueva publicación de Atlantis pretende ser una guía de fácil acceso para todos aquellos que quieren ampliar sus conocimientos en el área del marketing y aplicarlos a sus clínicas. Bajo el título "Claves para el éxito en la clínica dental. El marketing odontológico y la comunicación con el paciente", el especialista

Daniel Izquierdo Hänni presenta un libro que combina explicaciones teóricas con ejemplos prácticos del mundo que nos rodea.

"Con esta pequeña obra quiero explicar los porqués de ciertos hechos y procedimientos," comenta el autor y fundador de Swiss Dental Marketing, "ya que me parece fundamental estos conocimientos para una aplicación coherente del marketing a las particularidades de la propia clínica". Daniel Izquierdo Hänni habla no solo del marketing puro y duro, sino también de los distintos aspectos de la comunicación y del diálogo con el paciente •



EL 17 DE FEBRERO

ESTRENO DE "LO QUE DE VERDAD IMPORTA"

Paco Arango, patrono de la Fundación Aladina, estrena el día 17 de febrero la película, "Lo que de verdad importa" cuya financiación es exclusivamente a su cargo.

Paco Arango, que en 2011 obtuvo el Goya a la dirección novel (Maktub), dedica buena parte de su tiempo al desarrollo de las actividades de la fundación Aladina, de la que es patrono fundador. Con esta cinta, Arango, colabora con la 'Fundación Aladina', que preside, y la 'Fundación Lo que de verdad importa'. Se trata de una película 100% benéfica, ya que todos sus beneficios serán donados a la fundación de Paul Newman, 'Serious Fun Children's Network', el objetivo es crear oportunidades para los niños que sufren graves enfermedades, así como para sus familias. El principal propósito es lograr que ganen confianza y descubran la fe-

licidad más allá de sus complicadas circunstancias, todo ello de forma gratuita.

Rodada en la provincia canadiense de Nueva Escocia, la nueva película de Arango es, como ya lo fue su primer trabajo, una celebración de la vida. Una mezcla de comedia, drama y realismo mágico que, además de entretener, hará sonreír y soñar a la gente.

Recomendamos a todos nuestros lectores que vayan a ver la película para apoyar esta bonita causa •

Fundación *Lo que de verdad importa*



DIRIGIDO POR EL DOCTOR MONJE GIL

IIº Curso de Artroscopia Temporomandibular

El IIº Curso de Artroscopia Temporomandibular dirigido por el Dr. Monje Gil se celebró los días 27 y 28 de octubre del pasado año. Esta formación, de dos días de duración, contó con un espacio para prácticas sobre simulador facial diseñado para el entrenamiento, diagnóstico y tratamiento de las patologías de la Articulación Temporomandibular (ATM), y práctica sobre cadáver.

Este curso, al que asistieron una veintena de especialistas de siete nacionalidades de diferentes países de Sudamérica más España e Italia, se impartió en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, estu-
pendas instalaciones, punteras y preparadas para actividades científicas.

Los organizadores, muy satisfechos con la respuesta de los asistentes, ya están preparando la siguiente edición, que se celebrará en octubre de 2017 •



SEPAMÁLAGA 17
Respuestas ante nuevos retos

SEPA

FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
E IMPLANTES
DENTALES

EL CONGRESO DE LA SALUD BUCAL

TE LO PONEMOS FÁCIL

25-27 MAYO 2017

PALACIO DE FERIAS Y CONGRESOS DE MÁLAGA

SEPA PERIO
MULTIDISCIPLINAR

SEPA HIGIENE
BUCODENTAL

SEPA GESTIÓN



APROVECHA LA TARIFA
SUPERREDUCIDA*
hasta el 15 de febrero de 2017



Con la inscripción del
dentista socio de SEPA o
colegiado de Andalucía,
una inscripción gratuita
para un higienista
o auxiliar



Tarifas especiales para
grupos:
De 10 a 19 inscripciones
10% DE DESCUENTO
De 20 a 49 inscripciones
15% DE DESCUENTO
A partir de 50 inscripciones
20% DE DESCUENTO

Jornada Científica SEPES y Iº Congreso Iberoamericano de Odontología Basada en la Evidencia

EN MADRID

La jornada puramente científica se celebró el pasado 27 de enero en la Clínica Universitaria de Odontología de la Universidad Europea de Madrid y el objetivo fue capacitar a los asistentes, a nivel teórico-práctico, para analizar, entender y poder evaluar críticamente las Revisiones Sistemáticas y los artículos científicos utilizando la Odontología Basada en la Evidencia (OBE), para que sirva de ayuda en la toma de decisiones clínicas en el ámbito de la odontología general y sus especialidades.

Docentes de universidades de España, Chile y Portugal como Conchita Martín, María Peraire, José Luis Rodríguez, Julio Villanueva, Antonio Pereira da Mata y Duarte Nuno da Silva fueron los expertos que impartieron las ponencias.

Los doctores Antonio de la Plaza, por parte de la Sociedad Española de Odontología Basada en la Evidencia (SEOBE), Beatriz Giménez, de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES), y M^a José Muñoz, en



representación de la Universidad Europea de Madrid (UEM), fueron los directores de esta actividad para la que se marcaron unos objetivos específicos:

- Reconocer la calidad de diversos tipos de publicaciones científicas, mediante la evaluación de su validez y definiendo elementos de juicio crítico respecto de su metodología.
- Interpretar los resultados reportados en los distintos tipos de estudios.
- Identificar aspectos críticos de la aplicabilidad de los es-

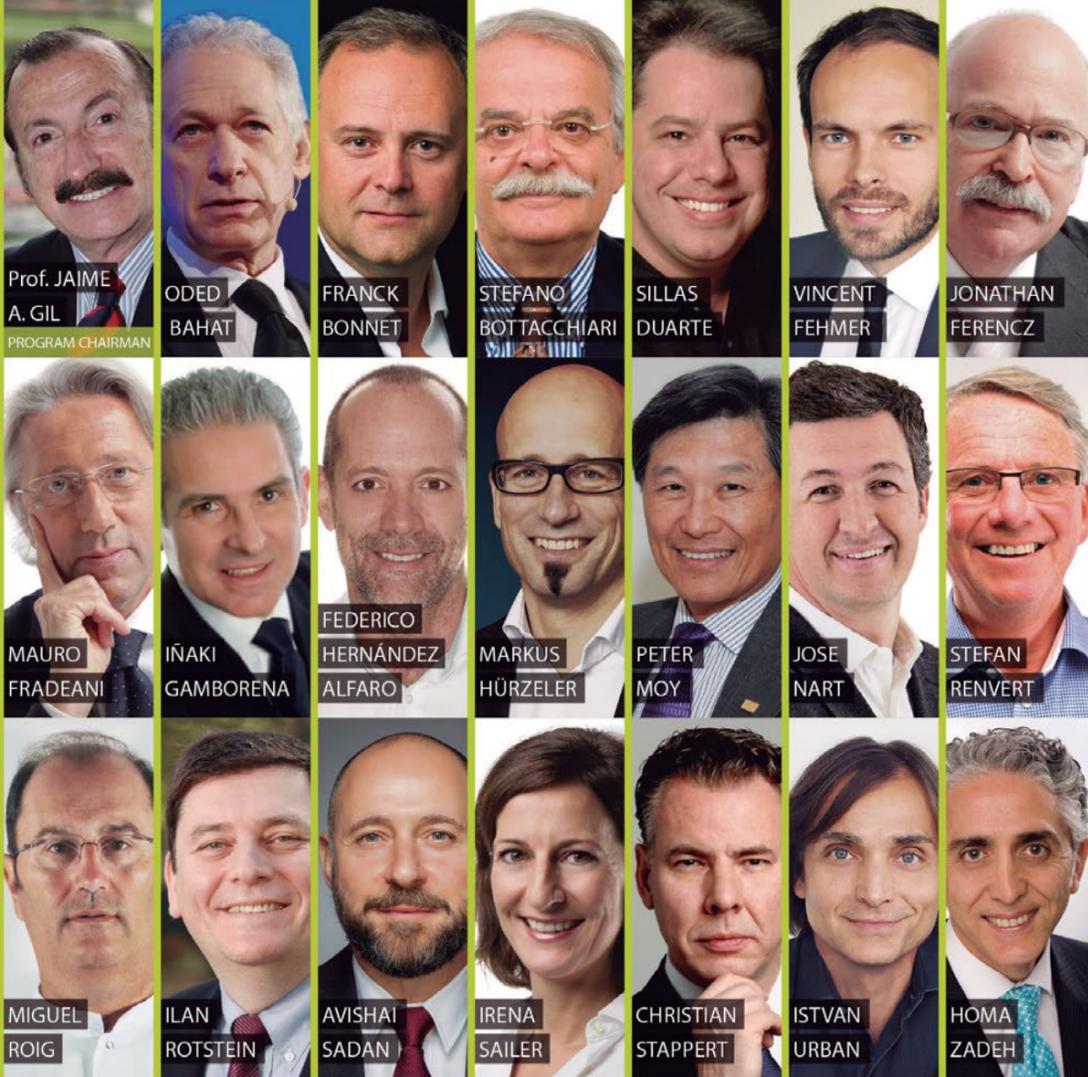


tudios publicados a diferentes pacientes o poblaciones.

- Sintetizar la evidencia a través de la utilización del modelo de Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis y resúmenes específicos de evidencia.

El Dr. de la Plaza, como director principal de esta actividad conjunta, afirma que "se han alcanzado los objetivos propuestos, adquiriendo los asistentes los criterios necesarios para evaluar la calidad de los artículos científicos y obteniendo la capacidad para sopesar y valorar la metodología de una revisión sistemática" •

ATENCIÓN AL CONGRESISTA:
91 161 01 43 | reunionannual@sepa.es



Prof. JAIME
A. GIL
PROGRAM CHAIRMAN

ODED
BAHAT

FRANCK
BONNET

STEFANO
BOTTACCHIARI

SILLAS
DUARTE

VINCENT
FEHMER

JONATHAN
FERENCZ

MAURO
FRADEANI

IÑAKI
GAMBORENA

FEDERICO
HERNÁNDEZ
ALFARO

MARKUS
HÜRZELER

PETER
MOY

JOSE
NART

STEFAN
RENVERT

MIGUEL
ROIG

ILAN
ROTSTEIN

AVISHAI
SADAN

IRENA
SAILER

CHRISTIAN
STAPPERT

ISTVAN
URBAN

HOMA
ZADEH



THE 3RD INTERNATIONAL SYMPOSIUM ESTHETIC, RESTORATIVE & IMPLANT DENTISTRY

16 y 17 DE JUNIO DE 2017 / BARCELONA
PALAU DE CONGRESSOS DE CATALUNYA

PRECIOS

- General antes del 30 de abril de 2017 **450 €**
 - General a partir del 1 de mayo de 2017 **495 €**
 - Estudiante antes del 30 de abril de 2017 **180 €**
 - Estudiante a partir del 1 de mayo de 2017 **200 €**
- Precios con IVA incluido. Programa sujeto a posibles cambios.

OFERTA 350€
SOCIOS SEPES

INSCRIPCIONES REALIZADAS
antes del 30 de abril de 2017

Información e inscripciones:
Tel. + 34 91 517 87 88
www.symposiumquintessence2017.com



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**

