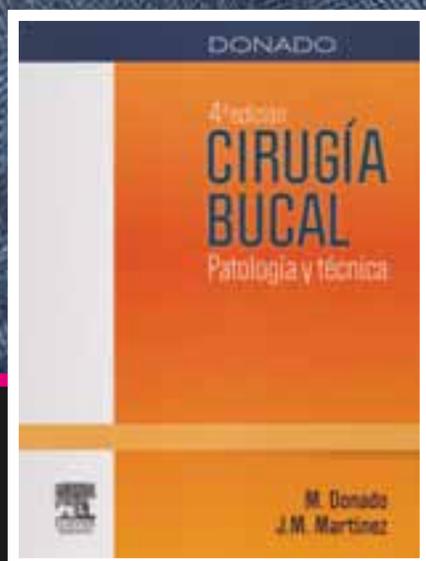


Joaquín Poch

*Presidente
de la Real
Academia
Nacional de
Medicina*



**Presentación del libro
del Profesor Donado**

SESPO Sevilla 2013
Entrega premios F.O.S.

Curso de Oclusión y Odontología Restauradora Estética Teórico - Práctico

El **objetivo general** del Curso en Odontología Restauradora Estética es que el alumno del mismo, tenga la capacidad para incorporar un protocolo de exploración global de la boca, identificando el problema principal del paciente y motivo de consulta y sus posibles causas, teniendo en cuenta la salud general del paciente para poder analizar el riesgo y el pronóstico de la boca y poder establecer un diagnóstico integral. Y basándose en ese diagnóstico planificar un tratamiento y mantenimiento fiable predecible y estable en el tiempo.

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

Módulo 2: ESTÉTICA DIRECTA EN GRANDES RECONSTRUCCIONES

Módulo 3: ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÉTICA INDIRECTA

Módulo 4: ESTÉTICA SOBRE IMPLANTES IMPLANTOLOGÍA ESTÉTICA GUIADA PROTÉSICAMENTE

Información e Inscripciones

Teléfono: 983 335 566

www.galvanloboformacion.com

e-mail: formacion@galvanloboformacion.com

g! formación



Dr. Guillermo Galván



Dra. Pilar Lobo

Fechas 1ª Edición REALIZADO

Módulo 1: 17 - 18 enero

COMPLETO

Módulo 2: 28 febrero - 1 marzo

ULTIMAS PLAZAS

Módulo 3: 21 - 22 marzo

Módulo 4: 4 - 5 abril

Fechas 2ª Edición

ULTIMAS PLAZAS

Módulo 1: 26 - 27 septiembre

Módulo 2: 17 - 18 octubre

Módulo 3: 7 - 8 noviembre

Módulo 4: 12 - 13 diciembre



11 · ENE/FEB '14

6 Opinión

8 Actualidad

8 NOTICIAS

SEPA Valladolid 2014 · Fundación AMA y DGT · Expodental 2014 · Cuenta atrás para SECIB 2014

20 REPORTAJE

Congreso SECIB en Madrid. Presentación del libro del Profesor Donado. Odontología social: Guinea-Bissau. Real Academia Nacional de Medicina.

38 EMPRESAS

40 Entrevista

40 JOAQUÍN POCH BROTO

Presidente de la RANM.

44 ANDRÉS BLANCO CARRIÓN

Presidente de SEGER.

48 JOSÉ ANTONIO CASTRO

Alumno de postgrado de la UB.

50 Ciencia y salud

50 El examen estomatológico

56 Relación entre el carcinoma oral escamoso y los implantes

62 Caso clínico: fractura urgente

64 El tabaco

68 Geriodontología

70 Antonio Rotondo, un profesional con múltiples facetas

72 Ocio

72 DESTINOS: Noruega, el paraíso nórdico

78 PRACTICA DEPORTE: El rugby. Entrevista a Teresa de la Jara, odontóloga y jugadora

86 Agenda cultural

Exposición de Sebastiao Salgado en Caixa Forum

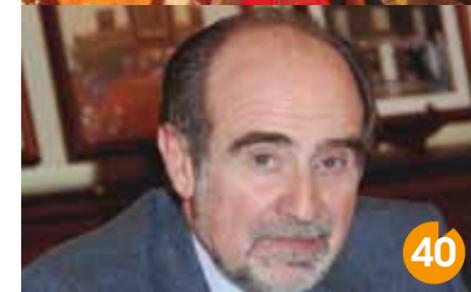
88 Formación



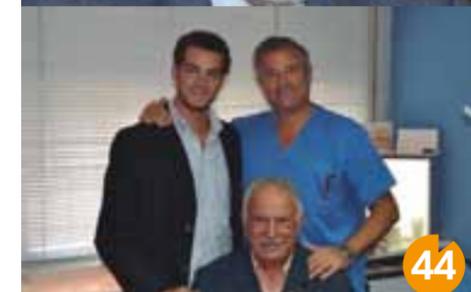
16



20



40



44



72



86

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel
delegacion.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

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

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

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

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

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

Jesus Albiol Monné. Presidente Junta Provincial de Tarragona del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laura Ceballos García. Profesora Titular de P.T.D y Endodoncia. U.R.J.C. Madrid.

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

Joaquín Estévez Lucas. Presidente Asociación de Directivos de la Salud. Madrid.

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

Cristina García Durán. Profésico Dental. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. 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.

Luis Antonio Hernández Martín. Profesor de Prótesis Dental y Maxilofacial. Clínica Odontológica. Universidad de Salamanca.

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica Universidad de Sevilla.

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

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal 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.

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© **Publicaciones Siglo XXI, S.L.**
C/ **Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.**
28006 Madrid.
Tel: 911 93 59 59
D.L.: M-648-2013
ISSN: 2255-582X

[EN PORTADA]
40 · Joaquín Poch

Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina.



[ENTREVISTA]
44 · Andrés Blanco Carrión
Presidente de SEGER.



26 · Presentación del libro del Profesor Donado en el Congreso SECIB 2013.



14 · AMA y la DGT ponen en marcha la campaña "Con la seguridad de los niños no se juega".

SUSCRIPCIONES:

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

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



Esas fórmulas de gestión que llevan al fracaso

**POR JAVIER RELINQUE.
ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE
DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS
Y ECONOMISTAS SL.**

Este año cumpla 20 años dedicados al estudio y asesoramiento profesional de la empresa. Como podrá imaginar, tengo anécdotas para todos los gustos. Pero quizás esta experiencia me ha enseñado a reconocer rápidamente a un falso empresario frente a un verdadero emprendedor y luchador.

He constatado que el camino fácil, aquel para el cual el fin justifica los medios, lleva a un empobrecimiento, tanto personal como profesional y empresarial. En fin, una receta para fracasados.

En muchas ocasiones, una fachada revestida de éxito monetario y ostentación de lujo esconde una podredumbre que, a medio-largo plazo, hace que la empresa caiga por falta de estructuras sólidas.

Evidentemente, la crisis voraz –y no sé si, programada– que padecemos actualmente, se ha llevado por delante a múltiples personas honradas que confiaron en que un solo cliente –aparentemente sólido– les iba a dar de comer toda la vida. Pero otros han buscado beneficios en ese modelo fácil, ausente de cualquier valor.

Por eso, sin entrar en moralinas, me gustaría advertir sobre ciertos modelos y herramientas de “gestión” que no generan fortalezas, que no hacen crecer a la empresa, que no la dotan de una estructura sólida capaz de hacer frente a ciclos difíciles. Por eso, y aprovechando que estamos a principios de año, me gustaría advertir sobre ciertos patrones que dañan la línea de flotación de la empresa haciéndola más débil, pues se basan en principios y recetas contrarias al crecimiento empresarial.

Una de esas fórmulas que realmente empobrecen es la mentira como herramienta de gestión, como principio y fundamento. Se trata de un modelo que busca su beneficio en la falsedad de lo que se vende, en la usura escondida, en la letra pequeña que se oculta deliberadamente, en el engaño a quien cae en la telaraña de ese marketing al servicio del abuso. Al final, el cliente puede caer una vez, e incluso dos. Se puede engañar a muchas personas, pero finalmente el mercado busca calidad y confianza en

el producto y en la empresa. En la pyme, ese error de creerse más listo que el cliente se paga pronto, pues la clientela se va reduciendo a unos pocos incautos hasta que ese “empresario” salta –inevitablemente y por imposición del nivel de vida– al delito, a la corrupción, o la rapiña contra el patrimonio de clientes, proveedores y socios, y ahí se acaba todo. En la gran empresa ese final aparece más tarde, pero también llega cuando se descubre “el pastel”; llamemos, si no, la atención del desfile de altos cargos de la alta alcurnia que temen la inmediatez de la cárcel. Está claro, la mentira nada tiene que ver con la astucia, más bien se acerca a la cobardía, a la falta de capacidad intelectual, y a la incompetencia.

Otro error de gestión es el abuso con las personas que trabajan en la empresa. Esto es, la exigencia de horarios maratonianos sistemáticamente impagados, la imposición de salarios y condiciones abusivas nada acordes con ese alto nivel de vida de quien abusa, el empleo de medios de trabajos infrahumanos o que ponen en peligro la seguridad de las personas, o el chantaje de la falta del pago de la retribución para imponer situaciones indignas. Y digo “error de gestión” porque la desmotivación está servida, y ello afecta de lleno a ese “punto de venta” o “activo” que puede ser cada persona que trabaja en una empresa. Hay empresarios que, en vez de tener trabajadores, tienen enemigos dentro de casa, y esto resulta muy

perigoso, pues aquellos se convierten en comerciales de las debilidades de la empresa, en futuros denunciantes, en personas que harán lo posible –consciente o inconscientemente– por que la empresa vaya a la quiebra.

Un tercer modelo de negocio equivocado es aquél que busca ingresos gracias a su morosidad o al impago sistemático. Aprovechando el desastroso sistema judicial que el legislador y el gobierno de cada etapa ha querido que padezcamos, el moroso o mal pagador profesional consigue apropiarse del dinero ajeno. Sin embargo, éste es otro modelo que tiende al fracaso, pues su crecimiento no se basa en la sana correspondencia del tráfico mer-

cantil, sino en el empobrecimiento ajeno, y, lo que es más grave, en la mediocridad de quien se cree más listo por apropiarse de los recursos de los demás. A medio plazo, esa incompetencia para los negocios se traducirá en la falta de confianza de los operadores del mercado en el empresario “pirata” y el cierre está servido.

No quiero dejar atrás ese viejo método de captar o fidelizar la clientela mediante el empleo de la prostitución o correrías de más o menos nivel, pues es más frecuente de lo que se piensa. Para cerrar negocios hay empresas que pagan y recurren a esta forma de esclavitud ajena. Pues bien, al margen del reproche que merece esta práctica contraria a la dignidad humana, quien emplea este “método” no gana clientes, sino personas que, como él, carecen tanto de escrúpulos como de las cualidades que se buscan en la clientela, es decir, de fidelidad a la palabra dada, de corrección en el trato, de sentido de lo justo, de transparencia, de honestidad en los planteamientos, de la exigencia de calidad, etc. El decrépito de ese cliente, traidor por costumbre casposa, termina contaminando al empresario comercial, arrastrándolo –cual caricatura de sí mismo– al mismo sistema de ruina personal, que finalmente acaba, entre vicio y vicio, en un sistema cautivo de negocio de alto coste que apesta a podrido. Y lo que se pudre, espanta y desaparece.

Y, por último, alertaremos de esa obsesión por el pelotazo. Hay quienes detestan el trabajo elaborado y sólo se

mueven para la comisión fácil, la especulación, aunque sea de bienes de primera necesidad –como la vivienda–. Desde luego, no haremos asco a un golpe de suerte, pero no saber elaborar una idea, ni estructurar un negocio, es estar condenado al fracaso de ser torpe carne de cañón para perder todo lo ganado rápidamente. Y es que, el especulador y el rentista del trabajo ajeno, no son realmente empresarios, sólo oportunistas que el mercado se encargará de engullir, pues el dinero del mezquino corre dos veces el camino.

Como vemos, son patrones más bien de comportamiento empresarial que se alejan de las actitudes y fórmulas que verdaderamente robustecen a un negocio: la inversión real –y no ficticia–, el esfuerzo, la búsqueda incesante de la diferenciación del producto, la investigación en la mejora de la calidad, la innovación, la formación permanente, la apertura de nuevos nichos de mercado, el análisis continuo de la estructura financiera, la búsqueda del bien personal del destinatario de nuestros servicios y/o productos como índice de su calidad y referencia de satisfacción del cliente, la fidelización de la clientela –que no el cliente esclavo–, la humildad empresarial que permite el consejo de expertos, etc. No me cabe duda de que éstas son las reglas de gestión que tendrán el éxito asegurado, del enriquecimiento empresarial en esta nueva etapa de ciclo económico a la que nos estamos acercando •

“

Otro error de gestión es el abuso con las personas que trabajan en la empresa.

”

Oklok

Llegó el momento de la comunicación

Deja en nuestras manos tus planes de marketing, comunicación y presencia en redes sociales



twitter facebook



Tu agencia de diseño y publicidad

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

¡Síguenos!



[NOMBRAMIENTOS]

Nuevos Presidentes en los Colegios de Navarra y Cataluña

El Dr. Óscar Pezonaga es el nuevo Presidente del Colegio de Dentistas de Navarra.

Sustituye a la Dra. Beatriz Lahoz, que fue la primera mujer en ocupar la presidencia de un Colegio de Odontólogos y Estomatólogos, y que dirigió con eficaz acierto y reconocimiento, el Colegio desde el año 2002. Mantuvo su posición junto a la Dra. Carmen Mitjans, que ocupó la presidencia del Colegio de Aragón durante cuatro años. Han sido las únicas mujeres en representar a un colectivo con mayoría de mujeres en este momento.

El Dr. Óscar Pezonaga es un veterano conocedor de las cuestiones

colegiales, ya que fue vocal de la Junta del COENA de 2006 a 2010, y desde entonces, ha ocupado la Vicepresidencia. Accede al cargo con una dilatada experiencia en labores de gestión y representación.

Nueva dirección en el COEC

El Dr. Antoni Gómez es el nuevo Presidente del COEC, tras haber sido elegida la candidatura que encabezaba en las últimas elecciones. El Dr. Gómez no es nuevo en la vida de representación colegial, conoce la situación de la profesión y del Colegio de Cataluña, ya que fue en la legislatura anterior a la que ahora termina, vocal de la Junta de Gobierno.

El Dr. Gómez sucede al Dr José Luis Navarro Majó, que ha ocupado la Presidencia del Colegio durante los últimos veintitres años y anteriormente la Secretaria General del Colegio durante cuatro años con el Dr. Pere Haster en la Presidencia. Durante el mandato del Doctor Navarro, Barcelona fue sede del Congreso de la Federación Dental Internacional.

Nuestra felicitación y los mejores deseos desde "Odontólogos de hoy" a los nuevos Presidentes. Ambos suceden a reconocidos luchadores por la profesión, y comienzan su trabajo con un listón muy alto, que seguro sabrán mantener •

COEC



DR. ANTONI GÓMEZ, PRESIDENTE DEL COEC

Dentistas Navarra COENA
Col·legi d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Navarra



DR. ÓSCAR PEZONAGA, PRESIDENTE DEL COENA



¿Por qué los dentistas de todo el mundo inyectan Septanest® más de 150 millones veces* al año? Porque, durante décadas, Septodont ha sido el líder mundial en control del dolor y dispone de la confianza de los dentistas en todo el mundo.

Con los mayores volúmenes, su fabricación libre de látex, la esterilización terminal y la aprobación de las autoridades sanitarias de todo el mundo, Septanest proporciona más opciones y más tranquilidad, para usted y sus pacientes.

SEPTANEST. CONFÍA EN TU ANESTÉSICO.



VISÍTANOS EN EXPODENTAL
 STAND 9A02

*Septanest® es comercializada en otros países bajo el nombre Septocaine®

[REUNIÓN PROMOCIÓN PARÍS]

Reunión de antiguos alumnos de Postgrado Internacional

Un reconocido grupo de Estomatólogos y Cirujanos se reunió recientemente en Madrid para celebrar el 25 Aniversario de su Diplôme Universitaire d'Estomatologie et Chirurgie Maxilofacial, cursado en la prestigiosa Universidad Pierre et Marie Curie de París (Promoción 1988-1985).

Todos ellos son destacados profesionales de la docencia, investigación y práctica clínica, así como miembros destacados de Colegios Oficiales de Odontólogos o Sociedades Científicas •



[SEPES]

SEPES reúne a 600 odontólogos en su 1er Simposio Valores



DE ARRIBA ABAJO Y DE IZQUIERDA A DERECHA: CARLOS OTEO MORILLA, ÓSCAR GONZÁLEZ, NACHO RODRÍGUEZ (PTE. DE SEPES), RAMÓN ASENSIO, JON GURREA, RAMÓN GÓMEZ MEDA, FERNANDO REY, EVA BERROETA, IGNAZIO LOI, LOLI GALVÁN Y NATALIA RÁBAGO. AUSENTE VICENTE BERBÍS.

SEPES reunió en Madrid a 600 odontólogos en su 1er SIMPOSIO VALORES SEPES celebrado del 31 de enero al 1 de febrero bajo el tema central "Actualización en Tratamientos Estéticos".

Nueve conferenciantes nacionales, Valores SEPES, que aunaban juventud, formación y proyección, mostraron en presentaciones de cuarenta minutos la importancia del enfoque multidisciplinar de los casos clínicos en aras de una mayor predictibilidad y una odontología más conservadora y menos invasiva. Los doctores Ramón Gómez Meda, Jon Gurrea, Eva Berroeta, Vicente

Berbís, Óscar González, Ramón Asensio, David García Baeza, Loli Galván y Fernando Rey fueron los Valores SEPES protagonistas en este primer Simposio de SEPES, coordinado por los doctores Carlos Oteo Morilla y Natalia Rábago Cervera.

La segunda parte del programa científico del Simposio corrió a cargo del destacado clínico italiano Ignazio Loi, que durante cuatro horas mostró los pasos de su novedosa técnica de preparación, sin terminaciones, de los dientes naturales para prótesis fija, conocida como BOPT. El Dr. Xavi Vela, conocedor y práctico de esta técnica intervino como presentador del Dr. Loi.

SEPES contó con la participación de BTI, BIOMET 3i y QUINTESSENCE, sponsors de SEPES, así como de SWDEN & MARTINA •

SEPES reconocida por el COEM

La Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, COEM, ha concedido a la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética, SEPES, la Placa al Mérito Colegial por su colaboración, destacando a su Presidente el Dr. Juan Ignacio Rodríguez Ruiz por su excelente gestión al frente de la mencionada sociedad •



FIRMA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN SEPES-COEM.

PROCOVEN
ODONTOLOGÍA

LA MARCA DE PRÓTESIS



NUOVA LINEA: PRÓTESIS EXPRES
(nuevo plazo de entrega, consulte condiciones)



LA PRÓTESIS PERFECTA POR

PRECIO
CALIDAD
Y SERVICIO

Licencia sanitaria Nº 5629-PS

[DEL 22 AL 24 DE MAYO]

SEPA Valladolid 2014, punto de encuentro de la Odontología española

Cuando aún faltan poco menos de cuatro meses para la celebración de la doble cita científica SEPA Valladolid, que aúna la 48ª Reunión Anual de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la 4ª Reunión SEPA de Higiene Bucodental, se contabilizan ya más de 1.300 inscripciones para la cita odontológica del año 2014 en nuestro país.

El encuentro tendrá lugar en el Auditorio Miguel Delibes de Valladolid, entre los días 22 y 24 de mayo, y supondrá un importante empuje económico para la ciudad.

Se estima una participación de más de 2.000 profesionales relacionados con la salud e higiene bucodental. Se contará con unos 70 ponentes, 50 empresas patrocinadoras y 3 intensos días de reuniones.

SEPA Valladolid 2014 será un congreso para todos, un congreso global con alto nivel científico y gran interés práctico. Se abordarán temas de interés general y tendrá cabida desde el odontólogo general

al especialista en cualquier disciplina: desde médicos a biólogos, desde higienistas hasta personal administrativo y de gestión, desde ingenieros hasta técnicos de laboratorio, desde las empresas de la bioquímica dental hasta las de los componentes y electromedicina.

SEPA aumenta su oferta formativa

Por otro lado, durante el curso académico 2013-14 la Sociedad Española de Periodoncia mantiene la apuesta por la formación e incluso la impulsará más si cabe. En concreto, se ha potenciado, diversificado y afinado la oferta, adaptándose a las tres áreas sobre las que SEPA está trabajando desde hace tiempo: Periodoncia, Higiene Bucodental y Gestión.

El inicio de 2014 está marcado por un importante volumen de cursos con contenidos clínicos específicos para periodoncistas, odontólogos e higienistas dentales.

Gestión clínica, una materia al alza

Pero, aparte de estos eventos de contenido más científico y clínico, los temas de gestión cobran un especial interés en el programa de formación previsto por SEPA para los próximos meses. La oferta es variada, pudiéndose optar al curso de "Gestión Empresarial de la Clínica Dental SEPA-ESADE" (que se ha convertido en un referente para propietarios y gestores de clínicas dentales), a una doble sesión sobre cómo conseguir la fidelización del paciente, a un curso de coaching dental o a una sesión práctica sobre cómo atraer y motivar al paciente.

Los cursos y encuentros que organiza la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) no sólo tienen el apoyo mayoritario de socios y de otros profesionales relacionados con la Periodoncia y la salud bucodental, sino que también cuentan cada vez con un mayor respaldo y aval de las instituciones encargadas de acreditar la calidad y utilidad de la formación que se imparte, como la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, SEPA Valladolid 2014 ya puede presumir de ser un doble congreso acreditado. La calidad y amplia oferta científica y formativa que presentan la 48ª Reunión Nacional SEPA y la 4ª Reunión de Higiene Bucodental, que se llevarán a cabo del 22 al 24 de mayo en el Auditorio Miguel Delibes de Valladolid, han recibido el aval esperado. La Comisión de Formación Continuada de Castilla y León ha reconocido con 1,5 créditos al congreso de Periodoncia multidisciplinar para higienistas, mientras que ha concedido 1,8 créditos al congreso de Periodoncia multidisciplinar para odontólogos •



DE IZQUIERDA A DERECHA,
JOSE ANTONIO PASCUAL Y JULIO GALVÁN,
PRESIDENTES DEL COMITÉ ORGANIZADOR
DE SEPA VALLADOLID 2014.

sepavalladolid2014

PERIODONCIA
MULTI-
DISCIPLINAR.

sepavalladolid2014
22/24 MAYO
www.sepa.es

48ª SEPA
REUNIÓN ANUAL
4ª SEPA
HIGIENE BUCODENTAL

SEPA

Únete a SEPA

913 142 715
sepa@sepa.es
www.sepa.es

Centro de Congresos Miguel Delibes (CCMD) - Avda. Monasterio Nuestra Señora de Prado, 2 - 47015 Valladolid

Farmacéuticas SEPA-PLATINUM

Farmacéuticas SEPA-ORO

DENTAD
KLOCKNER
LISTERINE
Oral-B
SENSODYNE
straumann

Colgate
Dentaur
Lindse
MOROCRAU
PHILIPS
SUNSTAR

[AMA Y DGT]

Fundación AMA y Dirección General de Tráfico se unen para la protección de los más pequeños en el vehículo

La Fundación AMA (mutua de los profesionales sanitarios), con la colaboración de la Dirección General de Tráfico, pone en marcha una campaña bajo el lema "Con la seguridad de los niños no se juega", para fomentar el uso correcto de los Sistemas de Retención Infantil (SRI).

El objetivo de la acción está dirigido a un público tan sensible como son los padres, de una manera muy experiencial, haciéndoles llegar un mensaje para que puedan recibir de primera mano la comunicación sobre un tema tan delicado como es la seguridad de sus hijos. Por ello, la Fundación AMA y la Dirección General de Tráfico, quieren que vivan las sensaciones de forma directa, transmitiéndoles de la manera más cercana la posibilidad de proteger a sus hijos con un gesto tan sencillo como es la utilización correcta de estos Sistemas de Retención.

El motivo de esta acción es sencillo, y es que los accidentes de tráfico son la mayor causa de muerte entre los menores de 14 años. De hecho, 9 de cada 10 lesiones infantiles graves o mortales se habrían evitado si se hubieran utilizado sistemas de retención obligatorios. Por ello se considera que la formación de padres, educadores y, en definitiva, personas responsables de la seguridad infantil es de vital importancia.

La acción se llevará a cabo a la salida de los colegios y consistirá en una charla a los padres, con un apartado teórico y otro práctico, así como una actividad en la calle.

Sistemas de Retención Infantil

La charla estará compuesta por una parte teórica, donde se hablará sobre la importancia del buen uso de los Sistemas de Retención Infantil y se darán nociones sobre seguridad infantil para concienciar



MARÍA SEGUÍ, DIRECTORA GENERAL DE TRÁFICO, DIEGO MURILLO, PRESIDENTE DE AMA, CON OTRA DE LAS ASISTENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA CAMPAÑA.

a familiares, profesores y alumnos de la importancia de cumplir las normas de circulación. Todo esto irá acompañado de vídeos donde se muestre la vulnerabilidad de los más pequeños, recordatorios básicos para habituar a los padres de la importancia de los Sistemas de Retención Infantil y la convivencia con el día a día (prisas, trayectos cortos, etc.)

En la parte práctica se enseñará a usar correctamente los Sistemas de Retención Infantil y los diferentes anclajes, que será un refuerzo de la acción en la calle.

La acción en la calle consistirá en una furgoneta con un equipo de informadores que aconsejarán a padres y educadores sobre el buen uso de los Sistemas de Retención Infantil. Y aprovechando que los padres van a recoger a sus hijos, estos informadores comprobarán in situ que las sillas están bien ancladas y que son usadas a la perfección, corrigiendo los posibles errores de los padres para que puedan subsanarlos al momento.

Previamente se lanzará una cam-

paña en emisoras radiofónicas de Madrid; folletos de seguridad vial con contenido informativo útil para los padres; carteles en las aulas de los colegios, pegatinas personalizadas con la fotografía de nuestro hijo, pensadas para llevar dentro del coche (en el salpicadero) y recordar a los padres que los primeros que tienen que tener en cuenta que llevan un niño a bordo son ellos. Además se ha diseñado una aplicación móvil específica y gratuita, Baby Protect App, gratuita y disponible para smartphones y tablets.

También se ha creado el microsite www.seguridadvialparalospeques.com, un espacio online que servirá como plataforma de información con la intención de perdurar en el tiempo. Incluirá una serie de elementos como un simulador, en el que se podrán incluir los datos de cada niño para conseguir la recomendación del Sistema de Retención Infantil más adecuado, en función de la talla y peso del mismo, así como información de interés y recomendaciones de uso •

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

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



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



[UNIVERSIDAD DE BARCELONA]

Acto de graduación de la XX Promoción del Máster de Ortodoncia de la UB

El día 10 de enero del 2014 se graduó la XXª promoción del Máster de Ortodoncia de la Universidad de Barcelona, durante un acto académico presidido por el vicerrector del Grupo UB, TICs y Servicios Comunes, Dr. Josep A. Plana. Lo acompañaban la decana de la Facultad de Odontología, Dra. Silvia Sánchez, el director del Departamento de Odontología, Dr. Joan Salsench, y los directores del Máster, Dr. José Durán y Dr. Josep M. Ustrell.

Esta promoción escogió como madrina a la Dra. Meritxell Sánchez, tutora del grupo, que junto a la Dra. Dolors Camps, disertó sobre los valores de la profesión. A continuación, Marta Serra, en nombre de la promoción, agradeció el esfuerzo que han realizado autoridades universitarias, profesores del Máster y fami-

liares para que sus sueños se hayan podido cumplir. También recaló el buen trabajo que se ha llevado a cabo gracias a la implicación en los objetivos del todo el grupo. Fue un acto emotivo que concluyó con un breve



y animado concierto de góspel a cargo del grupo "Vocal Groove", dirigido por David Suárez. Finalmente, el público se puso en pie y cantó el "Gaudeamus Igitur" •

[EXPODENTAL 2014]

Importante presencia internacional en Expodental 2014

El Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, Expodental, que acogerá su décimo tercera edición en los pabellones 7 y 9 de la Feria de Madrid, los días 13 al 15 de marzo de 2014, tendrá una importante presencia de firmas internacionales entre sus expositores.

Expodental 2014 cuenta, una vez más, con el respaldo de la patronal del sector, FENÍN, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria.

En esta edición, conviene destacar que, por el momento, se han incorporado 41 empresas nuevas a Expodental 2014; y la significativa presencia de firmas extranjeras, procede, sobre todo de Alemania e Italia, lo que vendría a confirmar la notable dimensión internacional del certamen y su

fuerte posicionamiento en el ranking ferial europeo de su sector.

Expodental 2014, se convertirá un año más, en el mejor punto de encuentro entre el profesional sanitario y las compañías de equipos y productos dentales. Es un referente clave para la industria de este sector en toda Europa.

Además, y como en pasadas ediciones, Expodental vuelve a poner en marcha iniciativas que tuvieron una excelente acogida. En primer lugar, los Speakers Corners son una herramienta que permite a las empresas participantes disponer de un espacio para la presentación de sus últimos avances, dirigiéndose a un auditorio profesional y altamente cualificado. Dichos espacios permiten a los profesionales de este sector mantener-

se al día sobre los nuevos avances y tecnologías que los fabricantes van desarrollando.

Asimismo, vuelve a convocarse el primer día de Expodental 2014, el 13 de marzo, el Día del Estudiante, que permite a los estudiantes de 4º y 5º de odontología tener un contacto directo con el sector profesional al que se incorporarán en el futuro.

Todas estas actividades, y muchas más, harán de la gran cita del sector un interesante punto de encuentro entre los profesionales de todo el mundo •

EXPODENTAL

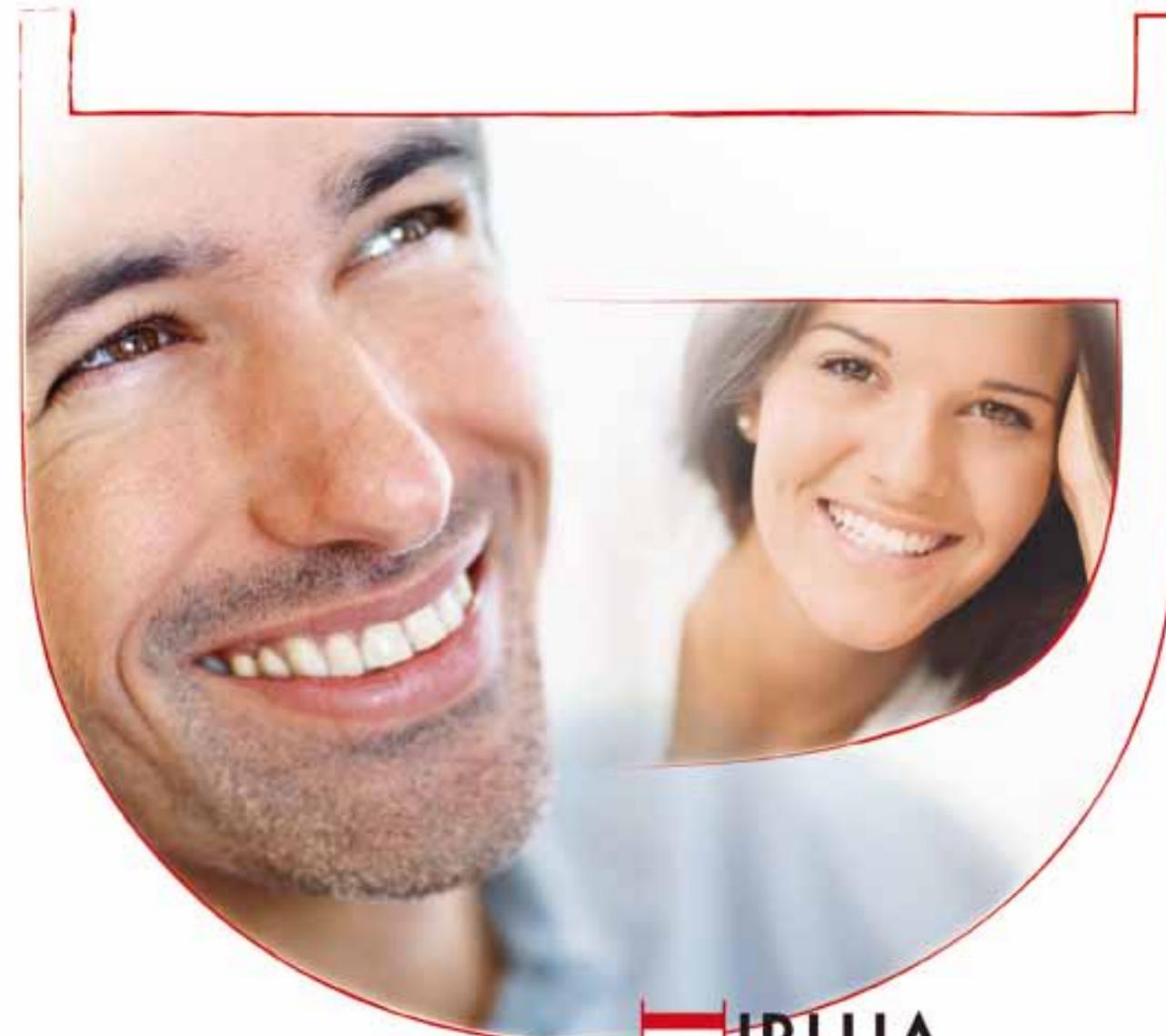
ORGANIZA

IFEMA
Feria de Madrid

13-15
Marzo
2014

EXPODENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES



DIBUJA
UNA SONRISA

<p style="font-size: 8px;">PROMUEVE</p> <p style="font-size: 8px; text-align: center;">Federación Española de Empresas de TECNOLOGÍA SANITARIA</p> <p style="font-size: 10px; text-align: center;">fenín</p>	<p style="font-size: 8px;">PATROCINADOR</p>	<p style="font-size: 8px;">Descargue su pase gratuito en:</p> <p style="font-size: 10px; text-align: center;">www.expodental.ifema.es</p>	<p style="font-size: 8px;">LINEA IFEMA</p> <p style="font-size: 8px;">INFOIFEMA 902 22 15 15</p> <p style="font-size: 8px;">expodental@ifema.es</p>
--	---	--	---

[COMITÉ EUROPEO DE DERECHOS SOCIALES]

Europa acusa a España de violar el derecho a la sanidad de los inmigrantes

El Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS), dependiente del Consejo de Europa, ha emitido un informe en el que acusa al actual Gobierno de "violación" del derecho a la sanidad de los inmigrantes irregulares con la reforma sanitaria iniciada con el Real Decreto 16/2012. En concreto, el CEDS recuerda al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que la Carta Social Europea, firmada y asumida por España en 1978, establece que los países firmantes "tienen obligaciones positivas en términos de acceso a la atención sanitaria para los inmigrantes, con independencia de su estatus de residencia".

Según el Artículo 11 de la Carta, "los estados deben asegurar que todos los individuos tienen derecho a acceder a la atención sanitaria y que el sistema sanitario sea accesible para toda la población". Este punto, señalan, es un "prerrequisito para la preservación de la dignidad humana", un "valor fundamental" que es el "núcleo" de los derechos humanos europeos.

En este sentido, el CEDS recrimina al Gobierno que haya utilizado la crisis económica como pretexto para llevar a cabo la reforma. A su juicio, este argumento "no puede justificar

la restricción o la denegación del acceso al sistema sanitario". Además, aseguran, "hay alternativas menos costosas que no suponen un impacto en la salud pública de la población".

La crisis como pretexto para la reforma

El Comité ha destacado que la crisis no puede convertirse en un pretexto para la reforma, ni ser responsable de la reducción de la protección de los derechos contenidos en la Carta. Los Gobiernos están en la obligación de dar los pasos necesarios para asegurar que esos derechos estén efectivamente garantizados en un momento en el que sus beneficiarios necesitan más protección que nunca".

Sin embargo, y "a pesar de la legislación regresiva" en materia sanitaria del Ejecutivo español, el CEDS reconoce que la reforma está fuera del periodo de valoración del informe (2008-2011), lo que le impide elaborar una conclusión firme. Aún así, advierte a nuestro país de que "si la actual legislación se mantiene vigente, no quedará otro remedio que reflejar en el próximo informe la no conformidad con la Carta" de la legislación sanitaria española.



Crítica a las listas de espera

Otro de los aspectos que critica el análisis europeo es la falta de datos que avalen el cumplimiento de los tiempos máximos de espera en la sanidad española. "El Comité toma nota de las iniciativas legales (RD 1039/2011)" en este campo, "pero pide datos específicos de tiempo medio de espera en hospitales y Atención Primaria que demuestren que el acceso al sistema sanitario es posible sin retrasos innecesarios".

Además, el CEDS solicita que el próximo informe del Estado indique cómo la educación sanitaria en las escuelas está incluida en los planes de estudio y lo que implica. El Comité recuerda al Estado español que la ausencia de información necesaria, equivale a una violación de la obligación de presentar informes suscritos por España en virtud de la Carta •

[SECIB SALAMANCA 2014]

Empezó la cuenta atrás para SECIB 2014



SECIB Salamanca 2014 ya estuvo presente en el Congreso de SECIB 2013 de Madrid con la presencia de un stand en el que ofreció a todos los asistentes información de la ciudad y de los productos típicos de la misma, así como el programa que el Comité Científico lleva un año preparando.

Empieza la cuenta atrás de un Congreso, SECIB Salamanca 2014, que se celebrará del 20 al 22 de noviembre del presente año.

El Comité organizador del Congreso, presidido por el Dr. Antonio López-Valverde, ha puesto mucha ilusión y ganas en la gestión de este importante evento con el fin de agradar tanto científicamente como a nivel de organización. Por ello, ya están trabajando para poder ofrecer unas jornadas de alto nivel profesional •

II CURSO MODULAR TEÓRICO-PRÁCTICO SOBRE APNEA DEL SUEÑO Y RONCOPATÍA

Cada vez acuden más pacientes a nuestras consultas solicitando tratamiento para la apnea del sueño y los ronquidos

La incidencia de apnea a partir de los 40 años es de un 4% en mujeres y de un 6% en varones, llegando hasta el 25% a los 65 años.



OBJETIVOS DEL CURSO

- Conocer la etiología y fisiopatología del Síndrome de Apnea / hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y del ronquido.
- Conocer los diferentes procedimientos diagnósticos del SAHOS.
- Profundizar sobre los diferentes tratamientos del SAHOS, especialmente el tratamiento con Férula de Avance Mandibular.
- Taller práctico, realización de férulas de avance mandibular por cursillista.
- Taller práctico sobre la codificación de sueño y eventos respiratorios en la polisomnografía.
- Taller práctico sobre exploración del paciente roncador / SAHOS, incluyendo fibroscopia nasofaríngea.

Curso de dos módulos, viernes y sábado



Dr. Javier Vila

Especialista en Otorrinolaringología
Licenciado en Odontología
Hospital Universitario Vall d'Hebron



Dr. Alejandro Ferré

Neurofisiología Clínica
Especialista en trastornos del sueño
Hospital Universitario Vall d'Hebron



Dr. Josep M. Clemente

Médico-odontólogo
Práctica privada

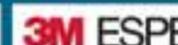
DATOS DE CELEBRACIÓN

COEC Travessera de Gràcia 93-95, Barcelona
25-26 de Abril y 9-10 de Mayo 2014
1.300 €

INFORMACIÓN Y RESERVAS

Tel. 93 417 24 98
De Lunes a Viernes de 9.30 a 14.30
cursoapnea@cidental.es
www.cursoapnea.es

PLAZAS LIMITADAS- INCLUYE MATERIAL Y COMIDAS DE TRABAJO



CURSO ACREDITADO
4 CRÉDITOS

[LOS DÍAS 28, 29 Y 30 DE NOVIEMBRE]

XI Congreso de SECIB en Madrid



Los días 28, 29 y 30 de noviembre la Sociedad Española de Cirugía Bucal, celebró en el Centro de Convenciones Norte de IFEMA en Madrid, su XI Congreso, con gran éxito de asistencia y organización.

Durante los 3 días de Congreso, pasaron más de 850 personas que asistieron a las conferencias y pasaron por la exposición comercial que contó con un total de 47 stands.

Se celebraron un total de 26 ponencias, a las que hay que sumar los talleres, cursos y las más de 150 comunicaciones orales que se presentaron.

Durante el transcurso del evento se celebraron una treintena de conferencias y se presentaron más de 200 trabajos científicos. Cabe des-



OsteoBiol
by Tecnos

OsteoBiol mp3



- 1 FIGUEROA ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH; 2010
- 2 NANNMARK SENNERBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008
- 3 BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010
- 4 PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011
- 5 BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008

Granulado mix prehidratado

- Prehidratado y listo para su uso
- Reduce el tiempo operatorio y el riesgo de contaminación
- Los gránulos redondeados evitan daños a la membrana sinusal
- Gran similitud con el hueso humano ⁽¹⁾
- Composición dual: mineral + colágeno ⁽²⁾
- Origen natural porcino
- Se reabsorbe gradualmente ⁽²⁾
- Sustituido por abundante hueso neoformado
- Ideal para elevación de seno ⁽³⁻⁴⁾ y preservación de la cresta ⁽⁵⁾

OsteoBiol lámina

LÁMINA CORTICAL RECTA

LÁMINA CORTICAL CURVA



- 1 BINNA ET AL.; JOURNAL OF CRANIOFACIAL SURGERY; 2009
- 2 FESTA ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2012
- 3 WACHTEL ET AL.; IMPLANTOLOGIE; 2012
- 4 PAGLIANI ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010

100% hueso cortical heterólogo

- Lámina cortical de hueso porcino de consistencia semirrigida ⁽¹⁾
- Flexible y adaptable después de la hidratación
- Indicado para la estabilización de grandes injertos ⁽²⁾
- Mantiene el volumen ideal para el aumento horizontal ⁽⁴⁾
- Superficie porosa, fácil vascularización
- Composición dual: mineral + colágeno
- Sustitución lenta por hueso neo-formado ⁽³⁾
- Los márgenes son suaves para no causar microtraumas

EXPO DENTAL 13-15 Marzo 2014 STAND OSTEÓGENOS 7D15



Telf. 902 01 34 33 - 91 413 37 14 | Fax. 91 652 83 80

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

Curso Modular de Regeneración ósea guiada y cirugía plástica gingival, Madrid 2014

Open Day Regeneración ósea OsteoBiol, Barcelona 1 de Marzo

Open Day Regeneración ósea OsteoBiol, Málaga 22 de Marzo

Conceptos avanzados en implantología, Marsella 10 y 11 de Abril

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

tacar el alto nivel de los ponentes, tanto nacionales como internacionales. Nombres tan destacados en el ámbito de la Odontología como los de los doctores Hugo de Bruyn, José Vicente Bagán, Pier Carlo Frabboni, Xavier Rodríguez, José Manuel Aguirre y Lars Sennerby, entre otros.



“ Puedo reducir en casi un 50% la factura de laboratorio sin renunciar a la más alta calidad y seriedad ”

Dr. Rafael Filpo Valentin
nº de colegiado 47310
Licenciado en Odontología
por la universidad de Santiago

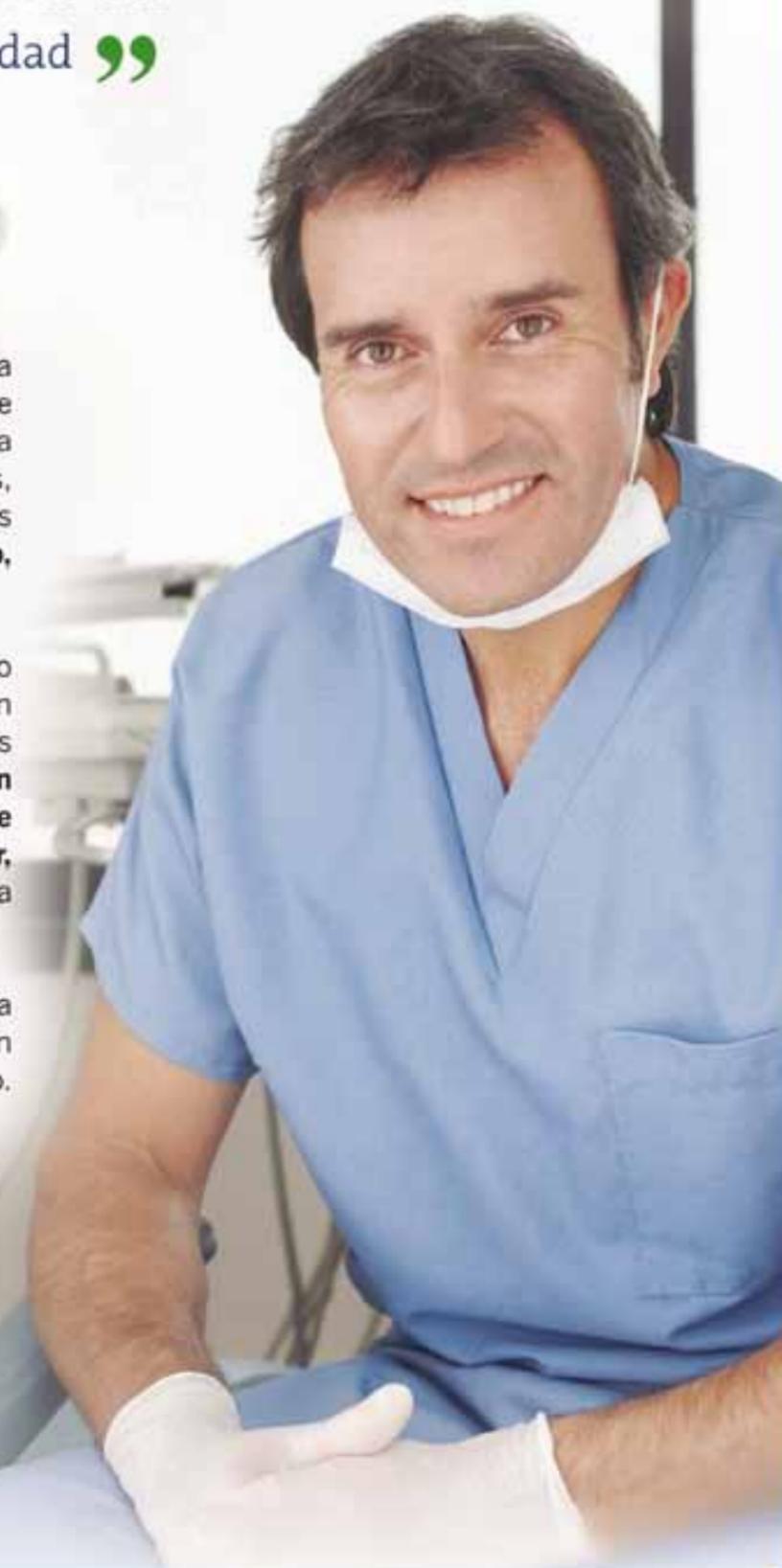
Queridos amigos y colegas, en esta época de fuerte crisis en la que resulta imprescindible encontrar la rentabilidad reduciendo costes, quiero compartir con todos vosotros un nuevo Laboratorio. **Dental Lab**, ¡todo un descubrimiento!

Ya hace más de un año que trabajo con ellos y los resultados son excelentes. Puedo ofrecer a mis pacientes una **alta calidad a un precio muy por debajo de lo que estamos acostumbrados a pagar**, reduciendo casi en un 50% la factura de laboratorio.

Si quieres saber más o hacer alguna consulta, no dudes en ponerte en contacto con ellos, os lo recomiendo.

DENTAL
Lab

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





Éxito de asistencia

El presidente del XI Congreso de la SECIB, el Dr. Juan López-Quiles, hizo un balance muy positivo del evento, mostrando su satisfacción por el gran número de asistentes: “Estamos encantados. Desde el primer día se ha visto el volumen de gente, sobretodo la cantidad de público joven que ha venido. En este sentido el Dr. López-Quiles

subrayó lo bueno que es para la Sociedad Española de Cirugía Bucal que “muchos de los estudiantes que han asistido al congreso se han apuntado a SECIB Joven, algo que es muy positivo de cara al futuro”.

El XI Congreso de la SECIB se clausuró con la entrega de los premios que concede entre todas las comunicaciones orales, pósters y vídeos que se presentaron a la largo

de los tres días, así como la entrega de los Premios SECIB al Mejor Artículo Científico publicado en la revista Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Implantología en revistas de impacto extranjeras y Premio al Mejor Artículo de Investigación sobre Cirugía Bucal, en revistas de impacto extranjeras •



[UN MEREcido HOMENAJE]

Presentación de la nueva edición del libro "Donado - Cirugía bucal. Patología y técnica"

Durante la celebración del Congreso de SECIB tuvo lugar el acto de presentación de la nueva edición del libro "Donado - Cirugía bucal. Patología y técnica". El acto de presentación de esta cuarta edición de la obra del Dr. Donado se convirtió en un entrañable acto de recuerdo al gran profesor y excelente persona que fue el Prof. Manuel Donado. Como escribía recientemente el Dr. Martínez y cuantos tuvimos la suerte de conocerle, suscribimos plenamente: el Profesor Manuel Donado fue un hombre tenaz, constante, desinteresado, magnánimo, generoso, con grandes ideas y numerosos proyectos. Luchador de sus principios con las palabras como principio fundamental del diálogo, se le reconoció y respetó en todos los ámbitos de la gestión universitaria, colegial y de sociedades científicas.

Primer Presidente de SECIB e impulsor de la disciplina de Cirugía Bucal en nuestro país, nos deja como uno de sus legados esta obra que se ha convertido en referente de los estudios de odontología.

El acto de presentación contó con la presencia del Presidente de SECIB Dr. David Gallego, el Dr. José M. Martínez González, el Dr. Juan López Quiles y su hijo el Dr. Alfredo Donado.

Varias generaciones de odontólogos y estomatólogos estuvieron en la presentación del libro que contó con la asistencia de la familia del Profesor.

El libro más reconocido en el ámbito académico de la Odontología

En la dirección de la nueva edición, le acompaña el Dr. Martínez-González, un colaborador habitual y garantía de continuidad en futuras ediciones.



FOTOGRAFÍA DEL AUTOR Y SU LIBRO



En sus ya más de 15 años de historia, se ha erigido como el texto más reconocido en el ámbito académico en el grado de Odontología. Cuenta con un panel de 20 colaboradores, que en esta nueva edición se han visto renovados, para aportar un mayor grado de modernidad a la obra. El texto no sólo sienta los conocimientos fundamentales de la cirugía, sino que ofrece una amplia descripción de las técnicas disponibles, su aplicación clínica y las habilidades que debe tener el odontólogo dedicado a esta práctica.

La nueva edición tiene un nuevo diseño a todo color, con la información muy estructurada y con una extensión menor que la anterior, cubriendo la totalidad de la asignatura de Cirugía Bucal.



DOS MOMENTOS DE LA PRESENTACIÓN DEL LIBRO DEL PROFESOR MANUEL DONADO



Encuétranos en el Pabellón 7, 807 de Exponental y Recoge tu Regalo (Quinta línea de exhibición)

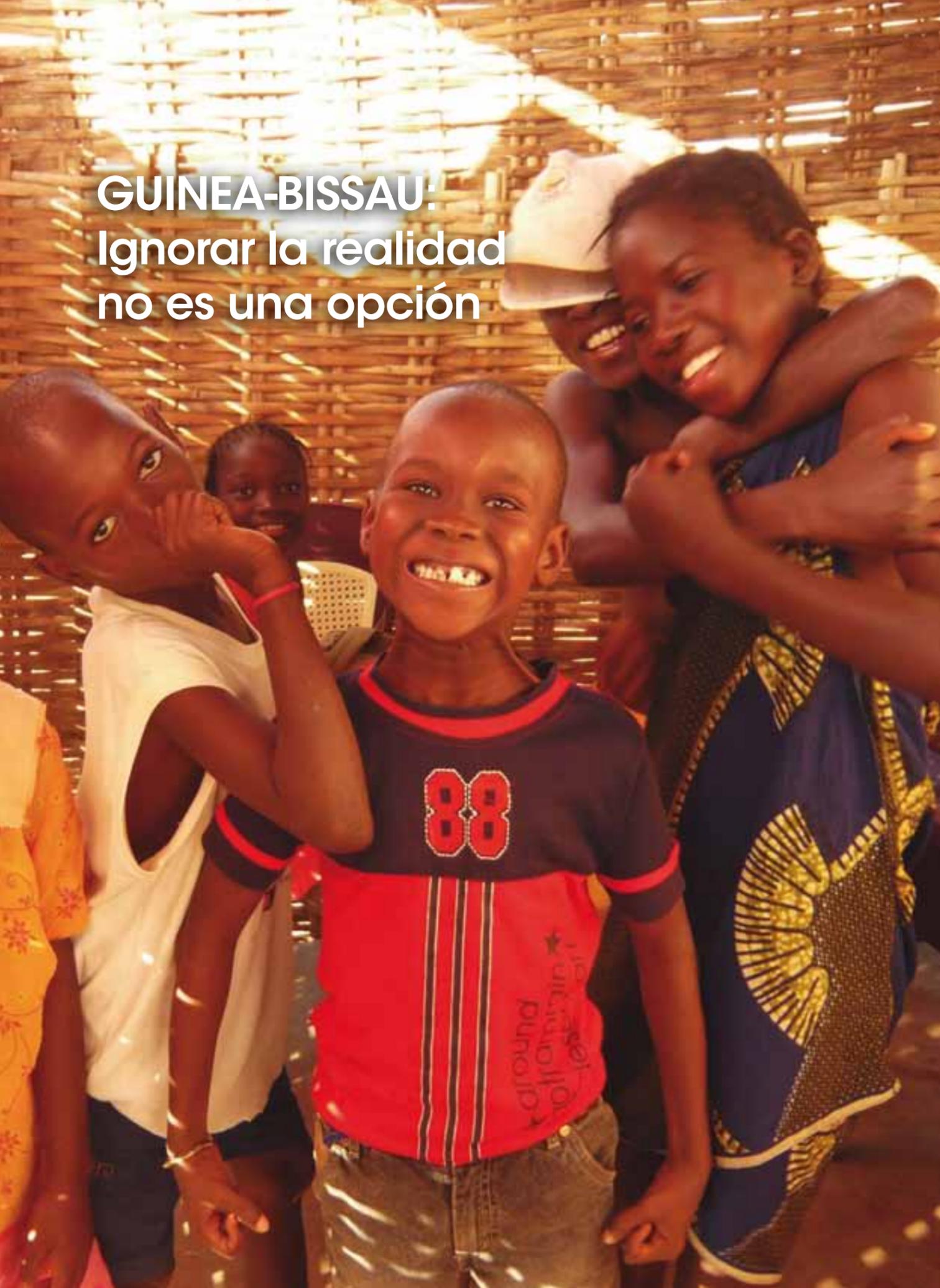
Un nombre. Un diseño. Un objetivo. Estética incomparable.

discovery[®] smart
Pequeño y brillante.

discovery[®] pearl
fascinantemente natural.

D
DENTAUURUM
ESPAÑA

GUINEA-BISSAU: Ignorar la realidad no es una opción



El territorio

Guinea-Bissau es un país en la costa occidental de África, que hace frontera al norte con Senegal y al este y sureste con Guinea. El país tiene aproximadamente 36126 km² de superficie total, un poco más que el territorio de la comunidad autónoma de Cataluña.

El territorio de Guinea-Bissau se divide en ocho regiones administrativas: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara y Tombali, y un sector independiente: Bissau.

En 2011, la población era de 1,5 millones de habitantes, de los cuales aproximadamente el 41% eran menores de 15 años de edad y, solamente, el 5% tenía más de 60 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La misma fuente revela que la tasa de crecimiento de la población es del 2%.

Guinea-Bissau debido a su pasado colonial, que ha dejado marcas muy presentes en el desarrollo del país, tiene como lengua oficial el portugués. El criollo guineano es su lengua no oficial, pero es la lengua madre del 60% de la población. El pasado colonial también ha dejado su huella en la arquitectura del país, que sigue siendo muy visible en algunas ciudades, como Bolama, por ejemplo.

En Guinea-Bissau, hay diferentes grupos étnicos, siendo los más significativos los Balanta, los Fula, los Mandinga, los Manjaco, los Papéis y los Felupes.

Cuando hablamos de religiones, la mayoría de la población es animista o musulmana. El 12% cristiana, lo que constituye, también, una marca del colonialismo.

Esta diversidad étnica es uno de los factores que hacen de Guinea-Bissau un país diverso y culturalmente rico. La danza y la música están presentes en las ceremonias de las distintas etnias. Hay tabancas (pueblo en criollo) de músicos y el Ballet Nacional, creado en 1975, es un proyecto interesante.

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2010, la superficie forestal de la Guinea-Bissau era de 71,9%. Entre 1990 y 2010 ha disminuido un 8,8%, como resultado del cambio climático, de los efectos del fuego, de la conversión de tierras para actividades agrícolas (extensas plantaciones de acajú para exportación, por ejemplo) y de los efectos de la actividad pastoral (Said y Abreu).

Guinea-Bissau es un país esencialmente agrícola, pero la población urbana ha aumentado: en 2000 era de 35,9% y en 2012 ya era de 44,6%. La migración rural-urbana ha aumentado significativamente en los últimos años.

Guinea-Bissau tiene aún un presente inestable. Los sucesivos golpes de Estado han marcado el país en los últimos años. Más allá de esta inestabilidad, también la asociación con el tráfico de drogas es una realidad. Sin embargo, y por extraño que parezca, el país es seguro y los niveles de criminalidad bajos. De acuerdo con la

Comisión Europea, el nivel de criminalidad en la ciudad de Bissau es inferior a la de otras grandes ciudades africanas o capitales del mundo.

En 2012, Guinea-Bissau tenía la posición 176 del Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD, de 187 países. Es decir, de acuerdo con esta clasificación, Guinea-Bissau tiene un bajo nivel de desarrollo humano, no observando una evolución muy significativa en los últimos años. Esto es fruto de una serie de carencias de diversos niveles, que se reflejan en el desarrollo del país. Señalaremos, seguidamente, algunos datos que muestran la realidad socio-económica del país en los últimos años. Así, podemos hacer un análisis más crítico y exhaustivo de toda la situación.

“ *La mejor estrategia para promover la Salud Oral es aprovechar toda la capacidad de desarrollo y crecimiento.* ”

Guinea-Bissau, según la OMS, es uno de los países del grupo de ingresos bajos en la salud con unos gastos totales en % del PIB de 6,2 en el año 2000 y 8,6 en 2009, mientras en España, por ejemplo, fueron de 7,2 y 9,6 en las mismas fechas.

La esperanza de vida al nacer aumentó de 45 años (en 1990) a 50 años (en 2011), pero la tasa bruta de mortalidad sigue siendo alta. En 2009 esta tasa fue de 16 por 1000 habitantes, mientras en España fue, aproximadamente, la mitad (8,3 por 1000). Con respecto a la tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos) esta fue de 50 en 1990, bajando para 44 en 2011, mientras en España ha sido de 7 y 3 en los mismos años.

Entre 2005 y 2012, sólo el 44% de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud cualificado. Entre 2005 y 2012, el número de médicos por 10.000 habitantes era de 0,7, siendo el número de personal de enfermería y de partería de 5,9, y de dentistas < 0,05.

La falta de personal médico en este país es una realidad muy evidente. No hay datos fiables sobre el número de camas de hospital. Los hospitales identificados son muy pocos: Hospital Simão Mendes, Hospital Canchungo, Hospital Marcelino Banca y Hospital Franciscano (Missão Católica de Cumura). Las condiciones de estos hospitales son muy precarias. Muy a menudo se quedan sin electricidad (los generadores parán de trabajar debido a la falta de combustible) y hay una inmensa falta de medicamentos, desinfectantes y demás

“ *A pesar de su presente inestable, el país es seguro y los niveles de criminalidad son bajos.* ”

material médico. Hay también unidades básicas de salud repartidas por todo el país, con poco o ningún equipo y personal médico, además de algunas pocas enfermeras y parteras. Para hacer frente a estas deficiencias hay, también, algunas clínicas y servicios de salud de las organizaciones no gubernamentales (ONG) o de acciones de cooperación.

Asociado a este contexto, las limitaciones en las carreteras hacen que la población tenga que caminar horas, a menudo a pie, para tener acceso a la asistencia sanitaria mínima o a una consulta médica.

En relación a las enfermedades infecciosas, el número de casos notificados de malaria, la principal enfermedad, es de 71.982, en 2011.

La tuberculosis es la segunda enfermedad más notificada, con 2.063 en el mismo año. Sin embargo, en 2011, la OMS registró 24.000 personas infectadas con el VIH. Este número aumentó casi 2,5 veces en comparación con 2001.

En 1990 sólo aproximadamente un 36% de la población utilizaba fuentes mejoradas de agua potable. Sin embargo, hay mejoras significativas y en 2011 la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable ya es del 77%, de acuerdo con la OMS. Pero, solamente el 19% de habitantes utiliza servicios de saneamiento mejorados, en el mismo año. No obstante, vale la pena señalar que en las zonas rurales, apartadas de las ciudades principales, el acceso al agua potable sigue siendo un gran problema.

Los pozos son la fuente de agua más utilizada. Este hecho hace con que enfermedades como el cólera o la fiebre tifoidea se propaguen más fácilmente. La falta de condiciones médicas y sanitarias, y la falta de capacidad de respuesta para luchar contra la enfermedad, hicieron con que, en 2008, delante de un brote de cólera, fuese necesaria la intervención de UNICEF y de Médicos sin Fronteras en el territorio. La temporada de lluvias y las malas



condiciones sanitarias hicieron que se registrasen más de 8.400 infecciones, y más de 150 víctimas mortales. Pero el brote más grave fue en 2005. Se registraron 25.000 casos, de los cuales 400 fueron fatales.

En 2002, el Inquérito Ligeiro de Avaliação da Pobreza reveló que el 65% de la población vivía en condiciones de pobreza, con un ingreso menor de 2 US\$ al día. En la misma fecha, el 21% de la población vivía en condiciones de pobreza extrema, con menos de 1 US\$ al día. Esto pasa principalmente en las zonas rurales de Guinea-Bissau. En 2010, y según la misma encuesta, se agravó la pobreza. Se estima que alrededor del 69% de la población vivía en condiciones de pobreza y el 33% de pobreza extrema. A menudo, son las redes y los mecanismos de solidaridad de la comunidad, y muy fuertes en la familia, los que constituyen un mecanismo de protección social. En general, estas redes son eficaces y permiten evitar situaciones de miseria.

El otro lado de Guinea-Bissau

Guinea-Bissau es un territorio muy diverso y tiene características muy particulares que difieren de una región a otra. Pero más allá de las características del territorio, el pueblo amable y acogedor que nos recibe con una sonrisa, es una de

las mejores cualidades de este país. Es gratificante sentirse como en casa, incluso estando lejos.

Guinea-Bissau es un país pequeño pero con un gran potencial en sus características ambientales. El país cuenta con un parque natural (Parque Natural Dos Tarrafes del Rio Cacheu), con cuatro parques nacionales (el Parque Nacional de los Lagos Cufada, el Parque Nacional de las islas Orango, el Parque Nacional de las Florestas de Cantanhez y el Parque Nacional Marino J. Vieira-Poilao), con una región que es considerada territorio de la UNESCO (la reserva de la biosfera del archipiélago de Bijagós) y aún con una área marina en una comunidad protegida (Área Marina Protegida Comunitaria de las islas de Urok).

La región de Bolama-Bijagós, grupo de ochenta y ocho islas, dieciocho islas principales y docenas de más pequeñas en el océano Atlántico, es una reserva de la biosfera de la UNESCO. En este reservorio de la diversidad biológica de importancia internacional se encuentran: tortugas marinas, colonias de aves marinas, monos, hipopótamos y cocodrilos, manglares habitados por nutrias y manatíes, playas donde miles de tortugas ponen sus huevos y bosques entre los diferentes hábitats existentes aquí.

En este territorio se desarrolla una importante labor con la población

en sus tabancas para preservar el archipiélago, rechazando el desarrollo de proyectos turísticos que no tienen en cuenta las características del lugar y la preservación del medio ambiente y de las costumbres. Una de sus islas, Orango, se destaca por ser una sociedad matriarcal donde las mujeres tienen un papel clave.

En el continente, el Parque Nacional de las Florestas de Cantanhez es muy conocido por el estudio de los

“ *Guinea-Bissau es un país pequeño pero con un gran potencial por sus características ambientales.* ”

chimpancés. Diversas investigaciones científicas están actualmente en marcha con el objetivo de entender los comportamientos e identificar, por ejemplo, sus lugares de estancia o de conflicto. También la conservación de la biodiversidad de esta región, conjuntamente con los intereses de la población local, son trabajos que se han desarrollado.

Esta es una de las regiones que contienen manchas de bosque den-

so mejor conservado, y es de gran interés desde el punto de vista de la conservación de la biodiversidad. Sin embargo, la agricultura es la ocupación de cerca del 80% de la población en el área de Cantanhez. A menudo, este porcentaje aumenta debido a la falta de empleo en otras áreas. Estos dos factores combinados son una amenaza para la fertilidad del suelo. Este parque es también conocido por el proyecto Ecocantanhez. Desde el año 2009, Cantanhez tiene un polo de ecoturismo, que consta de bungalós y un restaurante, equipado con un sistema de energía eléctrica a través de paneles solares (24 horas / día).

A partir de este polo es posible viajar a las tabancas más cercanas y tener contacto con diferentes animales (monos y chimpancés, pelícanos y aves migratorias), especies de árboles, arbustos y flores, o los fantásticos hormigueros de bagabaga, (nombre que se da en Guinea-Bissau a las termitas).

Una experiencia de trabajo

El trabajo de campo de doctorado de la estomatóloga Anabela Neves se llevó a cabo en Guinea-Bissau. En Bissau: en el Orfanato Casa Emanuel, en el Bairro de Cupelum de Cima y en la Aldeia SOS; en Quinhamel en la Missão Católica; en Bafatá: en la Escola Batista y Escola Missão Católica; en Capé.



Se realizó una evaluación bucodental a niños nativos entre los 4 y 15 años, un amplio abanico que se integra en las recomendaciones de la OMS, al involucrar grupos de 5, 12 y 15 años. Así, fueron contempladas las fases de dentición decidua, mixta y permanente. Uno de los objetivos del trabajo fue relacionar la prevalencia de las maloclusiones, disfunciones de la ATM y caries dentaria, además del sexo y edad, con la zona de residencia. Así, se observaron 598 niños, en tres de las ocho regiones administrativas en las que el país se divide.

Debido a la falta de datos fieles sobre la distribución de la población por el territorio de Guinea-Bissau, se han recogido muestras en el medio urbano y en el medio rural. La enfermedad periodontal es más frecuente en la población adulta con más de treinta años, y así los problemas de la caries y de la maloclusión asumen una importancia enorme en los niños.

Todos los niños han sido observados en condiciones higiénico sanitarias, pero conforme los límites existentes en el país. En la medida de lo posible, se respetarán todos los procedimientos de asepsia para prevenir cualquier hipótesis de infecciones cruzadas. La observación se realizó con recurso a la luz natural, con el confort posible en el terreno, estando el niño delante del observador en posición cómoda y accesible.

Este estudio epidemiológico, realizado en un país subdesarrollado, es pertinente, para obtener información acerca del estado actual de las enfermedades buco dentarias. Debido a la inexistencia de información publicada sobre la salud oral en Guinea-Bissau, se vuelve urgente empezar a tener informaciones detalladas con respecto a esta importante cuestión de salud pública.

Odontología social en Guinea-Bissau: La importancia de la prevención: "As crianças de hoje são os homens de amanhã e isso é a razão do nosso combate". Amílcar Cabral.

En nuestra opinión, la mejor estrategia para promover la Salud Oral es aprovechar toda la capacidad de desarrollo y crecimiento de la infancia a nivel de las alteraciones alveo-



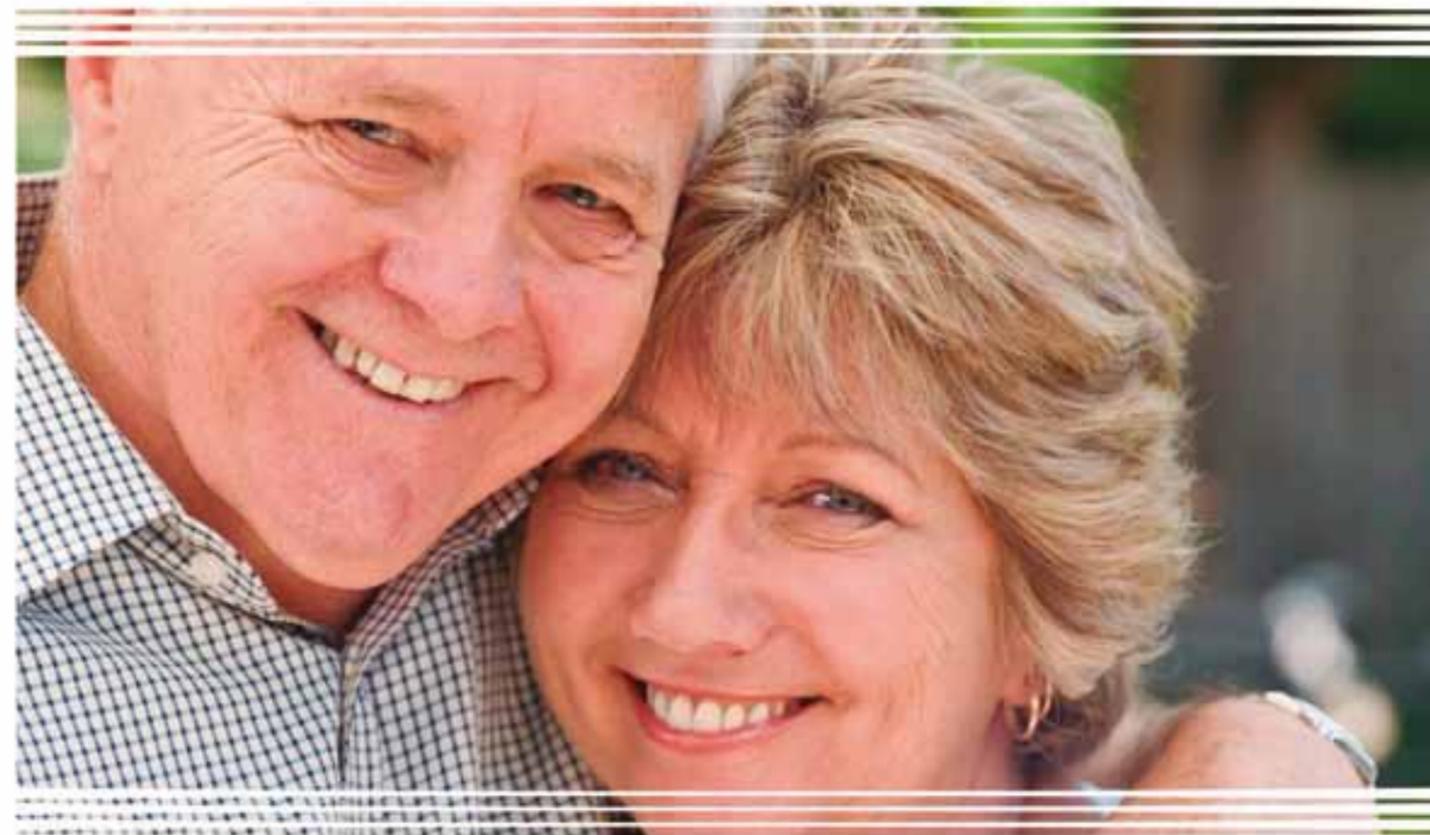
lares, del esqueleto craneofacial, de las funciones neuromusculares, existiendo así la ventaja de un planteamiento centrado en la prevención. Solamente después de conocer detalladamente la situación actual, será posible plantear toda una serie de hipótesis e intentar sugerir la forma de apostar en la prevención, individualizando algunos de los factores etiológicos más conocidos como responsables por el apareamiento de algunas de las patologías. Poner el enfoque en la solución y no en la prevención, además de que nos parece un planteamiento inadecuado, implicaría

tener los medios económicos y humanos que son imposibles de acceder en este contexto. Si al proponer soluciones preventivas y de tratamiento precoz, conseguimos sensibilizar a las autoridades oficiales de salud de que implementen medidas que puedan, en lo posible, dentro del encuadramiento del país, reducir el apareamiento de patologías con difícil solución en la edad adulta, así como la gravedad de las alteraciones bucodentarias en los niños guineanos, habrá sido un paso importante para cada uno de ellos y muy gratificante para nosotros ●

REFERENCIAS

Catarino, L.; Cassamá, V.; Vasconcelos, M.J. e Temudo, M. (2012), As florestas do Cantanhez (Guiné-Bissau) – Vegetação, alterações do coberto do solo e utilização dos recursos naturais in Revista Ecologia, 4, pp.43-48. http://speco.fc.ul.pt/revistaecologia_4_art_2_1.pdf
 OMS (2013) Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013 – una mina de información sobre salud pública mundial, OMS, Suiza <http://www.who.int/es/index.html>
 PNUD (2013) Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD, NY <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2013/>
 Saïd, A.R e Abreu, A. (2011), A economia local da área marinha protegida comunitária das Ilhas Urok: dinâmicas, constrangimentos e potencialidades, IMVF e Tiniguena.

<http://issuu.com/imvf/docs/economialocalurok>
<http://www.msf.es/noticia/2008/guineabissau-una-grave-epidemia-colera-asola-pais>
<http://www.guine-bissau.net/ue/pt/diversos.htm>
<http://www.ecocantanhez.org/>
Autores: Anabela Neves, Antonio Castaño Seiquer, David Ribas, Irene Ventura
 Imágenes: Anabela Neves, Alexandre Abreu e Ana Esteves.
 Anabela Neves – Doctoranda en la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla
 Antonio Castaño Seiquer – Profesor Titular Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.
 Irene Ventura – Profesora Asociada Instituto Superior de ciências da Saúde EgasMoniz - Portugal.



Odontología geriátrica: Ellos hoy, nosotros mañana

 [facebook.com/Seger2014](https://www.facebook.com/Seger2014)

www.seger2014.com



[REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA]

La casa del “arte de curar hispano”

La Real Academia Nacional de Medicina inició su historia en el primer tercio del siglo XVIII en el seno de una tertulia en la botica de José Hortega. En julio de 1733 se constituye como agrupación de profesionales, inicialmente titulada “Tertulia Médico-Chymica-Phisica” y posteriormente “Tertulia Médica Matritense”.

Obtuvo sanción Real de Felipe V el 18 de septiembre de 1734, tras aprobación de sus Estatutos, lo que convirtió la Tertulia en Academia.

Usa por emblema un escudo que representa la alegoría de Arquímedes, del que se dice que mediante el uso de numerosos y pequeños espejos, dispuestos en forma parabólica y valiéndose de los rayos del sol, consiguió incendiar la flota romana.

En la actualidad, la Real Academia Nacional de Medicina celebra Sesiones Científicas públicas todos los martes hábiles del curso, en la que

dos Académicos exponen temas de interés científico, así como Sesiones de Toma de Posesión, Inaugural y de Clausura del Curso, Sesiones Extraordinarias, etc.

Entre los cometidos y proyectos de actualidad de la Real Academia destacan: la edición del Diccionario de Términos Médicos, la convocatoria y otorgamiento de Premios, la informatización de sus fondos bibliográficos, etc...

Consta de cincuenta Académicos numerarios, así como Académicos de Honor, Académicos Correspondientes Nacionales, Extranjeros y Honorarios, y Medallas de Honor. Su actual Presidente, desde 2012, es el Prof. D. Joaquín Poch Broto.

Historia de la Real Academia

A mediados del siglo XVIII surgió en Madrid una tertulia de médicos, cirujanos y farmacéuticos, que conversa-

ban informalmente acerca del adelantamiento y cultivo de las facultades médica, quirúrgica y farmacéutica.

La originaria Academia Médica Matritense fue aprobada por Real Decreto de Felipe V en 1733. Esta nueva institución se va a caracterizar por el apoyo real y por la ampliación del número de sus socios, de tal modo que sus actividades se ampliaron dentro del campo de la historia natural, la química, la física y la botánica. El primer Director de la Academia fue el Dr. José Cervi, el más prestigioso médico de la época, al servicio de la Corona.

Durante los primeros años de la Institución, la actividad científica de la Real Academia Médica de Madrid fue muy interesante, y durante ella se van a producir los fallecimientos de Cervi y de Ortega, así como la incorporación a sus trabajos del eminente médico valenciano Andrés Piquer. También en estos años tiene lugar su

contribución a la creación del Jardín Botánico y a la magna empresa de la edición de la Flora Española de Quer. En el año 1796 se sancionan nuevos Estatutos, que atañen principalmente a su propia constitución, y se establece un Plan de ocupación en que deberá emplearse la Real Academia Médica de Madrid, que supone una verdadera incorporación de la misma al pensamiento científico moderno europeo, y un eficaz programa de actividades, que abarca desde las topografías médicas a la descripción de las enfermedades endémicas y epidémicas, sin eludir normas pedagógicas, cuidado de la bibliografía, medicina forense, organización hospitalaria, política médica, lucha contra el intrusismo y control de drogas y específicos terapéuticos.

Con la llegada del siglo XIX la Academia va a sufrir las vicisitudes de la historia nacional. El edificio científico se derrumba a consecuencia de la Revolución francesa y de las guerras napoleónicas. Las consecuencias de la inestabilidad política se reflejan en la actividad de la Academia, de hecho en noviembre de 1824 la Junta Superior Gubernativa de Medicina ordena su clausura, que se mantendrá durante cuatro años, y en 1831 la gestión de Castelló logrará la publicación de un Reglamento General para el régimen literario de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, controladas por la Junta, e introduce la Uni-



sanción, en abril de 1861, de un nuevo Reglamento para la Real Academia de Medicina de Madrid, que constituye un hito en su historia, ya que pasa a denominarse Real Academia Nacional de Medicina.

La nueva reglamentación supone la sustitución de los años de oscurantismo, represión y control por un verdadero y trascendental código de libertad académica, que ya se mantendrá hasta nuestros días, salvo el periodo de la guerra civil de 1936. Hasta esa fecha, la Academia de Medicina vive el esplendor de lo que se ha denominado “medio siglo de oro del arte

de curar hispano”. Cuantos médicos gozaron de prestigio en su respectiva especialidad, pertenecieron a ella. La posguerra y siguientes décadas supusieron la paulatina restauración de la vida académica, las sucesivas reformas de sus Estatutos y la realidad actual, en la que un grupo selecto de especialistas de todas las disciplinas en relación con las ciencias médicas —médicos, cirujanos, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, físicos, ingenieros— llevan a cabo una tarea silenciosa pero eficaz, al servicio de la propia medicina y de la política sanitaria del país.

“ *La originaria Academia Médica Matritense fue aprobada por Real Decreto de Felipe V en 1733.* ”

versidad —hasta entonces al margen dentro de la vida académica—.

Se establecen medidas férreas de control que se mantienen hasta la muerte de Fernando VII, y en la posterior etapa isabelina se produce el renacer de las actividades académicas. Fruto de este esfuerzo será la





FACHADA DEL EDIFICIO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA SITUADO EN LA CALLE ARRIETA N° 12 DE MADRID

Para contar la historia de la Medicina en nuestro país podemos elegir varias fórmulas, pero una de las más representativas puede ser seguir la pista de los 50 sillones de la Real Academia Nacional de Medicina dedicados a otras tantas especialidades. De Farmacología a Rehabilitación, de Ginecología a Cardiología o de Psiquiatría a Neurocirugía, y así hasta el medio centenar de disciplinas simbolizadas en cada uno de los sillones académicos.

La Fundación

Los objetivos de la Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina son los siguientes:

- Editar y difundir publicaciones científicas e históricas relacionadas con la Ciencia Médica elaboradas por la Academia, que contribuyan y fomenten la investigación, la docencia y el mejor y mayor conocimiento de la Medicina, la Salud y la Sanidad.
- Fomentar y promover encuentros entre científicos cultivadores de las Ciencias de la Salud y afines.
- Promover actividades conjuntas desarrollando programas de fomento intercultural en el seno del Instituto de España, con otras Academias, Fundaciones u Organismos Públicos y Privados,

Reales Academias de Medicina, Instituciones culturales españolas y extranjeras, para debatir cuestiones de interés común. Evaluar proyectos de investigación, docencia y cooperación sanitaria de colaboración para países receptores de aquella, y potenciar así la presencia de la Real Academia nacional de Medicina en el conjunto de la sociedad.

- La constitución del “Premio Real Academia Nacional de Medicina”, con el fin de fomentar los estudios y trabajos que de manera señalada contribuyan a la mejora, perfeccionamiento, protección y difusión de la Medicina, la Salud y la Sanidad, y especialmente a su aplicación a la sociedad en general.
- Respalda todas aquellas actividades que legalmente constituyan las funciones y fines de la Real Academia Nacional de Medicina y cooperar a su sostenimiento.
- Favorecer la ampliación de las actividades de la Real Academia Nacional de Medicina.
- Colaborar con la Real Academia Nacional de Medicina impulsando y desarrollando todas aquellas actividades que contribuyan a la mejora, desarrollo, fomento y difusión de la Medicina, la Salud y la Sanidad, y especialmente su aplicación a la sociedad en general. •



20 años
a tu lado

¡¡ VISÍTANOS, queremos conocerte, y que nos cuentes tus necesidades !!

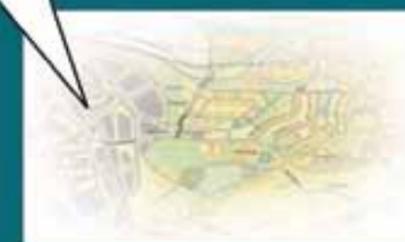
¡¡ Emociónate con la última tecnología, con las MEJORES MARCAS del mercado, y por supuesto, con todo el CONSUMIBLE a los mejores precios !!



www.antonsl.es
antonsl@antonsl.es
94 453 06 22



P. I. Sangróniz · Iberre Kalea, 3, Mód. 6
48150 Sondika (Bizkaia)



[BLUEPHASE STYLE]

Nuevo galardón para Bluephase Style

Los lectores de la publicación líder en el sector dental de EE.UU. "Dentistry Today", han incluido a la lámpara de polimerización Bluephase Style en el "Top 50 de la lista de Productos Tecnológicos 2013".

Tras muchos reconocimientos, la lámpara de polimerización "Bluephase Style" ha despedido el año 2013 por todo lo alto. Y es que los lectores del magazine dental más importante de norteamérica, "Dentistry Today", impresionados con el éxito del producto en el mercado, lo han clasificado entre el "Top 50 de Productos Tecnológicos del 2013".

BLUEPHASE STYLE

Bluephase Style es una lámpara de polimerización inalámbrica de alto

rendimiento que, gracias a su diseño compacto y ergonómico, encaja a la perfección en la mano de cualquier hombre o mujer. Esta lámpara LED de alto rendimiento (1.100 mW/cm²) polimeriza cualquier material dental fotopolimerizable con un rango de espectro de luz entre 385 y 515 y, por ello, es indicada para cualquier situación clínica imaginable •

[SEPES]

SEPES convoca sus Becas SEPES de investigación Se inician los preparativos para SEPES Málaga

SEPES convoca para sus asociados la segunda edición de las Becas SEPES de Investigación que tienen como objetivo constituir un apoyo económico para la realización de trabajos de investigación relacionados con la Prótesis y la Estética dental. Se concederán 2 becas dotadas con 6.000 € cada una. El plazo para el envío de solicitudes finaliza el 15 de julio de 2014 •

Empieza la cuenta atrás para la 44 Reunión Anual de SEPES, que este año se celebrará en Málaga, del 10 al 12 de octubre, y que estará presidida por el Dr. Eduardo Crooke. Son numerosas las empresas que, tras el éxito del último Congreso de Oviedo, no quieren dejar de estar presentes en este Congreso de Málaga y ya han contratado sus espacios en la exposición comercial •

[PROGRAMAT]

Nueva gama de hornos Programat

Los nuevos programat p310, p510 y cs2 vienen cargados de características innovadoras.

Ivoclar Vivadent presenta la nueva generación de Programat P310, P510 y CS2.

Los nuevos hornos, en venta desde diciembre de 2013, ofrecen unos avances técnicos asombrosos. Los nuevos Programat cuentan con una pantalla táctil así como un teclado de membrana. Además, poseen una tecnología de mufla QTK y un reflector inferior SiC que garantiza una distribución unifor-

me del calor y unos excelentes resultados de cocción.

El nuevo Programat CS2, además, está programado para IPS e.max CAD.

En el caso del P510 presenta con una tecnología de infrarrojos que detecta la temperatura exacta de la restauración en el proceso de pre-secado, determinando automáticamente cuándo la restauración está lista para el proceso de cocción •

[LINEDOCK]

LineDock, la plataforma dental que traspasa fronteras

El sistema LineDock, desarrollado en colaboración con la Universidad de Málaga, permite un diagnóstico y desarrollo del tratamiento Alineadent, reduciendo considerablemente el tiempo que transcurre desde el envío del caso para su diagnóstico hasta la recepción del tratamiento.

Además, el software, en su última versión, presenta novedades como la posibilidad de ofrecer varias versiones de un mismo tratamiento, personalizar los informes con la imagen corporativa de la clínica o un chat online para facilitar la comunicación entre la clínica y el laboratorio, de una forma rápida y eficaz.

Con la tecnología 3D de Alineadent realizar un tratamiento de ortodoncia es mucho más fácil. El software LineDock guía en cuestión de minutos el proceso de planificación con total eficacia. Gracias a la visualización y la representación de la mandíbula en todas las dimensiones, podrá ver cómo se ajusta de forma óptima a la anatomía del paciente, consiguiendo una gran precisión del tratamiento.

Gracias al software LineDock, el dentista ahorrará tiempo durante la consulta, ya que sus pacientes podrán entender de inmediato la representación tridimensional •

[OSTEÓGENOS]

Open Day. Jornadas Abiertas OsteoBiol en Barcelona

Osteógenos llevará a cabo 4 jornadas abiertas durante 2014 (Barcelona, Madrid, Málaga y Tenerife), en las que 3 ponentes de reconocido prestigio impartirán diferentes conferencias relacionadas con las nuevas tecnologías, los tejidos duros y blandos y el manejo de los biomateriales.

El próximo Open Day tendrá lugar el 1 de Marzo en Barcelona,

con la colaboración de Catalana Dental e Ixom.

Los doctores Juan Manuel Aragonese Lamas, Antonio Murillo Rodríguez y Antonio Fernández Coppel serán los responsables de impartir las ponencias durante esta jornada •

Osteógenos presenta las nuevas chinchetas Dual-Pins

Osteógenos incorpora a su línea de productos unos nuevos micropins de titanio diseñados especialmente para la fijación de cualquier tipo de membrana y de láminas finas reabsorbibles.

Su particular diseño en espiral garantiza una mejor fijación de la membrana y facilita su extracción.

El sistema dispone entre sus referencias de un atornillador aplicador que también hace las funciones de destornillador, contenedor dispensador, punta para contra-ángulo y una fresa para facilitar la colocación del micropin •



[JOAQUÍN POCH BROTO]

“Los médicos españoles reúnen valores reconocidos internacionalmente”

El profesor Joaquín Poch, Presidente de la Real Academia Nacional de la Medicina, nació en Barcelona en 1946. Doctor en Medicina por la Universidad Complutense (1971). Amplió estudios en Munich (1965-66) y en Estrasburgo. Jefe, por oposición, del Servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital Virgen de Lluç en Palma de Mallorca. En 1978 obtiene por oposición la Agregaduría de ORL de la Universidad de La Laguna, pasando posteriormente a la Facultad de Medicina de Zaragoza, donde ejerció como profesor agregado en la cátedra de ORL. Catedrático de ORL, de nueva creación, en las Universidades de Córdoba (1981) y Complutense (1983). Desde entonces dirige el Servicio de ORL del Hospital Universitario de San Carlos.

María José García



“Odontólogos de Hoy”:

¿Cuáles son los cometidos de la Real Academia Nacional de Medicina en nuestro país? ¿Y sus objetivos?

Joaquín Poch Broto: Los fines de la RANM son, entre otros, contribuir, fomentar y velar por el progreso, la investigación, la docencia, el mejor y mayor conocimiento de la Ciencia Médica. Asimismo, emitir informes periciales de carácter científico-médico; asesorar e informar a entidades públicas y privadas relacionadas con la Medicina.

ODH: *¿Qué valores tienen en cuenta para designar a los académicos?*

J.P.B.: Que ostenten un acreditado y relevante prestigio científico y profesional es el apartado fundamental de la cuestión; además, los Académicos de Número deben tener la nacionalidad española, y por supuesto es un requisito imprescindible ostentar el Grado de Doctor en Medicina o alguna de sus ciencias afines, dependiendo del perfil del sillón.

ODH: *¿Mantienen algún tipo de relación y/o colaboración para el desarrollo de proyectos conjuntos con otras Reales Academias de Medicina? ¿Y con las de otras disciplinas?*

J.P.B.: La Real Academia Nacional de Medicina tiene una excelente relación con las quince Reales Academias de Medicina de España, con quienes desarrolla programas de fomento intercultural y reuniones anuales de colaboración. Además, la RANM pertenece a la FEAM, que agrupa a las Academias de Medicina europeas y es miembro de ALANAM, que reúne las Academias de Medicina de Latinoamérica, España y Portugal.

ODH: *¿Qué proyectos desarrollan desde la Real Academia de la Medicina?*

J.P.B.: Actualmente, y una vez editado el Diccionario de Términos Médicos, nuestra Unidad de Terminología Médica vigila y difunde el uso correcto del lenguaje médico y pretende



ofrecer una herramienta para la normalización de la terminología médica en español, organizando anualmente un Foro que pretende aglutinar a personas e instituciones que defiendan el uso del español como lengua de comunicación médica, y que avalen la necesidad de trabajar en pro de un lenguaje médico común para toda la comunidad hispanohablante que recoja, igualmente, la riqueza y variedad del léxico autóctono.

Otro de los proyectos en el que, actualmente, estamos muy implicados, es el Museo de Medicina Infanta Margarita (MMIM), que ya consta en sus Estatutos. A la espera de la asignación de un lugar conveniente para su ubicación, pues no se trata de salir del paso sino de que sea de referencia, cuando menos de carácter nacional, mantiene el Museo una actividad permanente con tareas de catalogación de las piezas recibidas, así como, el montaje de exposiciones en las salas de la Academia. Acabamos de cerrar el último trimestre del año pasado con dos exposiciones, y para el primer semestre están programadas otras seis. La primera, “Luz en Hipocratía”, de la pintora Emma Cano,

se puede visitar actualmente. Todas ellas van acompañadas de una sesión científica extraordinaria alusiva a la propia exposición.

ODH: *¿Qué actividades desarrollan desde la Real Academia para ser conocidos por el gran público?*

J.P.B.: Durante el Curso Académico, todos los martes hábiles se celebran dos sesiones científicas pluridisciplinares donde se revisan los aspectos más relevantes de las distintas especialidades médicas.

Al mismo tiempo, la Real Academia organiza sesiones científicas de carácter extraordinario sobre temas monográficos y de candente actualidad en la Ciencia Médica, así como Sesiones Conmemorativas con motivo de la celebración de días mundiales auspiciados por la Organización Mundial de la Salud (Hepatitis, Parkinson, SIDA, Tuberculosis, Alzheimer, etc.). Igualmente organiza jornadas, mesas redondas, cursos de actualización en medicina clínica y para postgraduados, ciclos de conferencias y foros de debate dedicados a temas tan diversos como la terminología médica o la

sostenibilidad del sistema sanitario, por poner dos ejemplos concretos. A ello hay que sumar un ciclo de exposiciones organizadas a instancias del Museo de Medicina “Infanta Margarita” (para este año están programadas más de media docena), una de las cuales estará dedicada al mundo de la odontología y la estomatología.

Dichas sesiones, ciclos y exposiciones son encuentros de carácter totalmente público, de acceso libre y dirigidos a profesionales sanitarios, pacientes y público interesado en general.

Es interesante también destacar que todas ellas pueden seguirse en directo a través de nuestra web televisión (www.ranm.tv).

En cuanto a los servicios que ofrece, mencionar que la Real Academia dispone de una impresionante Biblioteca histórica (con más de 100.000 volúmenes), cuyos fondos pueden consultarse en línea, además de un Archivo histórico digitalizado, un Banco de Imágenes de la Medicina Española con un archivo fotográfico de más de 5.000 registros, etc. La Unidad de terminología médica dispone de un servicio de consultas y recomendaciones terminológicas. Todos ellos de acceso público, en línea y gratuito.

“ Ojalá el sistema sanitario amplíe el catálogo de prestaciones en materia de salud buco-dental. ”

ODH: *En cuanto a la Fundación de la Real Academia de la Medicina, ¿cuál es su objeto?*

J.P.B.: La Fundación Real Academia Nacional de Medicina tiene como fines principales respaldar y favorecer la ampliación de todas las actividades de la RANM, cooperar a su sostenimiento, y colaborar con la RANM impulsando y desarrollando las actividades que contribuyan a la mejora,



desarrollo, fomento y difusión de la Medicina, la Salud y la Sanidad y especialmente a su aplicación a la sociedad en general.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de los profesionales médicos de nuestro país?*

J.P.B.: En general, los profesionales médicos españoles reúnen los estándares de calidad exigibles en cualquier país avanzado y esto es un valor reconocido internacionalmente.

ODH: *¿Existen en otros países instituciones similares a la RANM?*

J.P.B.: Como ya he indicado antes, existe la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina (ALANAM), de la que formamos parte y con los que mantenemos una estrecha relación, y la Federación Europea de Academias Nacionales de Medicina (FEAM), cuyo actual Presidente es nuestro Académico Prof. Jesús Fernández-Tresguerres y en la que participamos activamente.

ODH: *El colectivo de odontólogos de nuestro país es, en general, muy joven, ¿quiere hacerles alguna recomendación de cara a su futuro profesional?*

J.P.B.: Sé de las dificultades por las que atraviesa dicho colectivo, inmerso en el problema de la plétora profesional con la proliferación de Facultades de Odontología que gene-

ran un número excesivo de titulados para las necesidades del país, de ahí que muchos hayan decidido emprender su actividad profesional en otros países europeos, donde son muy apreciados por su buena formación. Pero ocurre no sólo en la Odontología, sino en otras profesiones y en la Medicina ha empezado a ser un tema preocupante. No les queda sino especializarse en las muchas áreas que en los últimos años se han desarrollado con gran solvencia y en las que España es referencia internacional, como la Periodoncia, la Cirugía oral, la Rehabilitación, etc. Hoy, frente al modelo tradicional de la clínica privada generalista parecen asentarse las clínicas en las que domina el trabajo en equipo, con varios especialistas con vistas a hacer una valoración y un tratamiento integral del paciente. Y, ojalá, el sistema sanitario amplíe el catálogo de prestaciones en materia de salud buco-dental. No queda otro remedio que ser optimistas, desde el realismo, naturalmente •

[ANDRÉS BLANCO CARRIÓN, PRESIDENTE DE SEGER]

“La gerodontología debe incorporarse obligatoriamente en todas las Universidades”



En los últimos 16 años Andrés Blanco Carrión ha formado parte de la Directiva de la Sociedad Española de Gerodontología, primero como Secretario y luego como Vicepresidente bajo el mandato del Dr. Eugenio Velasco Ortega. En estos momentos ocupa la Presidencia de esta institución, cargo que abandonará en junio de 2014.

Andrés Blanco es un profesional con una larga trayectoria, licenciado en Medicina en 1983, por la Universidad de Santiago de Compostela, y en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid. Presentó la tesis doctoral en 1992 en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, bajo la dirección del Profesor Miguel Lucas Tomás.

Compagina su consulta particular en Santiago de Compostela, con una intensa actividad docente, lo que le ha llevado a desarrollar diferentes cometidos como Profesor Encargado de Curso categoría B1, de Estomatología Médica y Periodoncia de la Escuela de Estomatología, en Madrid. Prof. Asociado de Medicina Oral en la Facultad de Medicina y, finalmente, Profesor de Medicina Oral en la Universidad de Santiago.

Desde el año 2007 es Director del Master de Odontología Práctica Diaria de la Universidad de Santiago de Compostela.

REDACCIÓN

"Odontólogos de Hoy": Desde su punto de vista, ¿cuáles son las aportaciones de SEGER a la profesión?

Andrés Blanco Carrión: Se podrían resumir en el respeto y el trato especializado a los mayores. Uno de los objetivos fundamentales de SEGER es la difusión de los conocimientos y avances de la gerodontología. Esto se ha venido haciendo desde nuestra primera Reunión Nacional y se ha continuado de forma ininterrumpida, año tras año, en los diferentes congresos y cursos de formación. Para ello hemos contado, en primer lugar, con especialistas internacionales que nos han contado su experiencia, con una mayor tradición y arraigo en el manejo y tratamiento bucodentario de los mayores. Esto ha contribuido a la introducción de la gerodontología en las universidades y centros de estudio, y la formación de nuevos y buenos profesores y profesionales en este campo. Con todo ello se ha conseguido, indudablemente, mejorar la formación de los estomatólogos y odontólogos de nuestro país.

ODH: Aunque algunas Universidades ya tienen la gerodontología como materia en sus planes de grado, ¿cree que se debe incorporar obligatoriamente en todas las Universidades?

A.B.C.: Indudablemente sí. El Council of European Dentists (CED) acordó por unanimidad el 19 de noviembre de 2010, recomendar a la Comisión Europea que Gerodontología forme parte del programa de estudios para los odontólogos dentro de los temas directamente rela-



TRES GENERACIONES DE ODONTÓLOGOS EN LA MISMA IMAGEN:
ANDRÉS BLANCO CARRIÓN, CON SU PADRE Y SU HIJO

cionados con la odontología; y, por lo tanto, incluirla en el V.3/5.3.1 anexo de la Directiva 2005/36/CE en el reconocimiento de cualificaciones profesionales.

La Sociedad Española de Gerodontología, preocupada entre otros ámbitos por el desarrollo de la Gerodontología en España, en el contexto de los cambios relacionados con la adecuación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), quiere difundir a profesionales, alumnos, profesores, autoridades académicas y a la comunidad odontológica en general, la recomendación efectuada por el CED (May 28th 2010, CED Resolution Annex V.3/5.3.1 of Directive, 19th November) en relación a que la formación universitaria contemple en sus planes de estudio la materia de Gerodontología y que, en tanto los planes de estudio se adecúan a las recomendaciones hechas en ese sentido, se incluya dicha formación en los currículos de sus alumnos.

Del mismo modo, nos parece aconsejable que el perfil docente, clínico e investigador del profesorado que la imparta, esté en concordancia con los contenidos de la materia.

ODH: ¿Cuál sería su balance de los años que ha ocupado la presidencia de SEGER?

A.B.C.: Siendo sincero, aunque valoro muy positivamente todos estos años, uno piensa que siempre se ha podido hacer algo más, y es que siempre hay cosas que hacer.

Es una reflexión optimista que indica un proyecto activo y de continuidad, pensando en nuevas Juntas Directivas que lo harán igual o mejor que yo.

De todas formas creo que se ha avanzado, y aunque me preguntan de forma personal, esto ha sido labor de muchas personas que han participado y colaborado durante estos últimos ocho años.

ODH: ¿Cuáles han sido los mayores obstáculos que ha encontrado durante su gestión en SEGER?

A.B.C.: No ha habido grandes obstáculos, aunque sí nos hemos encontrado con limitaciones para la realización de alguno de nuestros proyectos. Éstos han venido fundamentalmente de la administración, la falta de agi-

lidad y facilidad para solucionar problemas, y por supuesto, estos últimos años “la crisis”, que ha restado posibilidades para poder hacer las cosas como nos hubiese gustado.

ODH: ¿De qué proyectos en SEGER se siente más orgulloso?

A.B.C.: Son tres, una mejora social, estabilidad económica y una mejor difusión del conocimiento de la gerodontología.

Socialmente hemos mejorado, tanto a nivel interno, como de puertas afuera, lo atractivo de nuestras reuniones anuales por su nivel científico, humano y social, y donde, a pesar de la situación de crisis actual, muchos socios se siguen animando a organizar nuevos eventos, y la creación de una página web atractiva, han hecho que nuestros socios estén satisfechos de SEGER y ésta se conozca más y mejor en diferentes ámbitos.

Se ha conseguido una estabilidad económica a través de la regularización de la cuota, el éxito económico de muchas reuniones organizadas y la firma de convenios con diferentes empresas, situación que valoramos muy positivamente “con la que está cayendo”.

Y se ha mejorado la difusión del conocimiento de la gerodontología a través de la revista Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal, como órgano difusor de SEGER y la realización de un libro, Gerodontología, fruto de la participación de todos los profesores de la asignatura de todas las Universidades Españolas y del que estamos muy orgullosos.

ODH: ¿Cuál es su opinión de la situación de la gerodontología en nuestro país? Y de la situación del sector en general?

A.B.C.: Aunque la Gerodontología está viviendo una situación emergente, el futuro profesional es muy negativo principalmente por el gran número de dentistas que seremos en los próximos años. En este momento el papel de las sociedades científicas es, fundamentalmente, de formación y tienen un carácter consultivo en lo que se refiere a la actividad profesional, que recae sobre todo en los colegios profesionales, la universidad y en la administración. Creo que la

solución a este grave problema pasa por un consenso entre todos, y esto incluye también a las sociedades científicas.

Por otro lado, nuestra profesión está pasando también por una situación de crisis de valores, primando los mercantilistas antes de los que realmente importan, que son aquellos que buscan la salud bucodentaria de nuestros pacientes. Debemos transmitir a nuestros alumnos y jóvenes odontólogos que no están colocando implantes, prótesis o brackets; sino que están tratando personas con una patología determinada y con una repercusión oral y sistémica que siempre debemos de tener en cuenta.

ODH: *Las especialidades son uno de los temas candentes de la profesión. ¿Cree que la gerodontología tiene entidad para aspirar a ser especialidad?*

A.B.C.: Creo que tienen que existir especialidades en Odontología, pero me gustaría hacer una serie de

matices. No debemos olvidarnos de nuestro pasado reciente y muchos de nosotros ya somos especialistas en Estomatología, y esto habrá que tenerlo en cuenta a la hora de crear especialidades en Odontología.

Para determinar cuáles son las Especialidades Odontológicas que hay que crear habrá que seguir criterios reales de necesidad profesional, demanda social y experiencia positiva de aquellos países que ya lo tengan implantado. En Europa son dos Especialidades, la Cirugía Oral y la Ortodoncia, las que con más fuerza se han implantado. Pero habría que pensar ¿por qué estas dos sí y no otras?, ¿por qué no Periodoncia, Endodoncia, Medicina Oral, Dolor Orofacial o incluso Gerodontología, como ya existe en algunos países?. De hecho, en España existen criterios demográficos, sociales y de prevalencia de patología oral que justificarían su implantación.

Y en tercer lugar, tendrá que existir una formación reglada para cada una de estas especialidades, que incluya contenidos de cantidad y calidad

de conocimientos necesarios para su posterior aplicación profesional. En este momento, en nuestro país, existen muchas y muy diferentes modalidades de formación postgraduada para cada una de estas disciplinas odontológicas.

Para que todo esto se haga correctamente tendrá que existir una opinión de consenso entre Universidades, Colegios Profesionales y Asociaciones científicas.

ODH: *En su opinión, ¿cuál es el lugar idóneo para formar especialistas?*

A.B.C.: La universidad. A través, como he dicho antes, de un consenso entre todos los estamentos implicados; y creando las especialidades y número de especialistas que la sociedad realmente demande •



También en su Smartphone y Tablet

OnLine actualizadas **GUÍAS** PUNTEX

PUNTEX informa sanidad
Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO

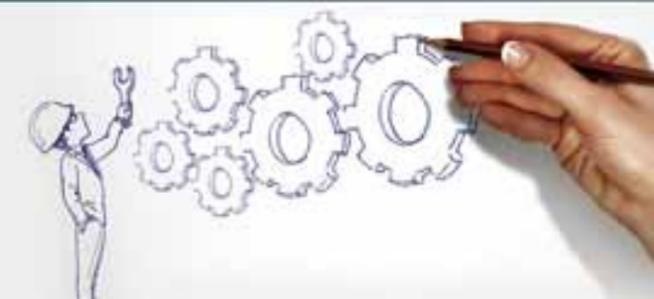
Portal Salud
Buscador único, temático y por guías

Contenido +135.000
Visitantes +20.000

TODO HOSPITAL OnLine

BBDD +200.000 Direcciones

Proyectos a medida
Nacionales y Extranjeros



Encuétranos en el Pabellón 7, B07 de Expodental y Recoge tu Regalo (hasta límite de existencias)

Un nombre. Un diseño. Un objetivo.
Estética incomparable.

discovery pearl
fascinantemente natural.

discovery smart
Pequeño y brillante



D DENTAURUM ESPAÑA

Dentaaurum España S.A. | Saturnino Calleja, 6 (2ºB) | 28002 Madrid | Teléfono +34 91 416 5161 | Fax +34 91 415 4916
www.dentaaurum.de | info@dentaaurum.es

[JOSÉ ANTONIO CASTRO, ALUMNO MÁSTER DE ORTODONCIA DE LA UB]

“La formación no se puede convertir en un negocio”

El pasado 10 de enero se celebró el acto de graduación de la XX promoción del Master en Ortodoncia de la Universidad de Barcelona. Hemos mantenido una breve charla con uno de sus alumnos, José Antonio Castro Ruiz, que nos ha comentado sus impresiones sobre este Programa, la profesión y sus inquietudes profesionales.

María José García



“Odontólogos de Hoy”: Acabas de finalizar el Máster de Ortodoncia en la UB. ¿Por qué decidiste cursarlo? ¿Cómo valoras la experiencia de haber realizado este post-grado?

JOSÉ ANTONIO CASTRO: Una vez que decidí especializarme en la ortodoncia, elegí el Master de Ortodoncia de la Universidad de Barcelona, siendo la mía la XX promoción. Es un Máster completo de 3 años de duración, en el cual empiezas y acabas con tus propios pacientes, dominando así todas las fases del tratamiento ortodóntico. Está integrado en el Hospital Odontológico de Bellvitge, pudiendo tener una visión multidisciplinar de los tratamientos, ya que trabajamos en conjunto con otros, como periodoncia, cirugía, odontopediatría...

La experiencia de haber realizado este post-grado es positiva. A nivel profesional me ha convertido en un especialista de la ortodoncia y, a nivel personal, me ha ofrecido la oportunidad de aprender de todos mis profesores y compañeros.

ODH: ¿Cuáles son tus perspectivas profesionales tras haber cursado este programa?

J.A.C.: En primer lugar, trabajar al máximo para poder ver el mayor número de pacientes, ya que considero que la experiencia que se obtiene trabajando es tan importante como la formación previa. En segundo lugar, seguir desarrollando proyectos con otros profesionales, ya que considero que la formación continuada a lo largo de nuestra vida profesional es básica para alcanzar el éxito.

“La formación continuada a lo largo de nuestra vida profesional es básica para alcanzar el éxito.”

ODH: ¿Cuál es tu opinión sobre la necesidad del establecimiento de números clausus en la profesión?

J.A.C.: Más que estar a favor de los números clausus estoy a favor de exigir más a la formación como odontólogo. Estoy completamente en contra de convertir la formación en un negocio.

ODH: ¿Cuáles son los aspectos más positivos y más negativos que destacarías de nuestra profesión en la actualidad?

J.A.C.: Lo más negativo es el intrusismo profesional, ya que hay individuos que ejercen la profesión y no son odontólogos.

Para mí lo más positivo de la profesión es poder ayudar al paciente, ya que la mejor recompensa de nuestra profesión es atender y resolver todos los problemas que nos planteen los pacientes.

NSK

NOVEDAD



iPexII

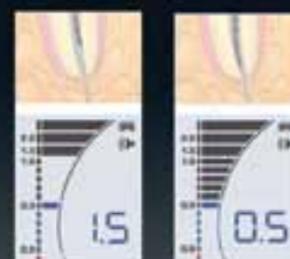
Localizador de Ápice Avanzado para Endodoncia

CONTROL CONSTANTE DEL PROGRESO DE LA INSERCIÓN DE LA LIMA



825 €*
1.061 €

OFERTA DE LANZAMIENTO



- Controlador *SmartLogic* de Nueva Generación
- Medición instantánea del conducto radicular de gran precisión
- Detección automática del ápice con exactitud
- Tres señales acústicas de aviso según la ubicación de la punta de la lima
- Gran pantalla LCD tricolor
- Diseño compacto que ocupa muy poco espacio



www.nsk-spain.es

NSK Dental Spain SA

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



* IVA no incluido • Oferta válida hasta el 31 de julio de 2013 • Efective su pedido a través de su distribuidor habitual

El examen estomatológico

NUESTRO GRAN ALIADO DIAGNÓSTICO

AUTORES

Adalberto Mosqueda Taylor, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

José Manuel Aguirre Urizar, Departamento de Estomatología II. UFI 11/25. Universidad del País Vasco/EHU.

Pocas áreas del cuerpo humano son tan accesibles a la exploración clínica y ofrecen al profesional sanitario tanta información de posibles afecciones locales y sistémicas, como la boca. La exploración de la región bucal es un procedimiento simple, que debe hacerse siempre de forma ordenada y sistematizada, yendo de afuera hacia adentro y de arriba hacia abajo, sin omitir ninguna zona, con la ayuda de una buena iluminación, unos guantes desechables y un par de espejos intraorales. De este modo, vamos a poder identificar tanto a las variantes de la normalidad, como a las principales alteraciones de la mucosa oral y de la piel circundante, tales como las modificaciones en el color e integridad, así como los cambios en la textura, consistencia y volumen detectables mediante la palpación. Al mismo tiempo, vamos a poder registrar cambios en la sensibilidad, humedad y actividad de las estructuras, lo mismo que evidenciar modificaciones que nos señalen el antecedente de eventos traumáticos, quirúrgicos o enfermedades que condujeron a la pérdida de dientes, de hueso alveolar y/o de tejidos blandos circundantes, o el desarrollo de neoformaciones o deformidades.

Color: El color de la mucosa oral es variado, pero en general se define como “rosa coral” en las personas de piel clara, aunque en individuos de piel oscura es normal encontrar zonas de pigmentación melánica fisiológica o racial, que suelen ser usualmente simétricas y se distribuyen en localizaciones determinadas (encía insertada, mucosa de los carrillos y bordes linguales), incrementándose con el paso del tiempo en respuesta a la acción de agentes externos (por ej. traumatismo crónico, tabaquismo o ingesta de ciertos medicamentos). Debemos tener especial cuidado en registrar la presencia de zonas pigmentadas aisladas, irregulares, dolorosas, o aquellas máculas melanóticas multifocales lenticulares o difusas relacionadas con sintomatología sistémica. Aunque infrecuentes, deberemos considerar la posibilidad de síndromes tales como los de Peutz-Jeghers o Laugier-Hunziker, la enfermedad de Addison, etc. (Figura 1). Estará indicada una biopsia incisional en aquellos casos en los que debamos descartar un melanoma (Figura 2). Se realizará una biopsia excisional para confirmar el diagnóstico de lesiones oscuras sospechosas de tatuajes, nevos celulares, e incluso por razones estéticas.

La presencia de zonas eritematosas y atróficas se encuentra comúnmente asociada a irritación local, pero se deben considerar también otras posibilidades como la candidosis eritematosa, especialmente a nivel central del dorso lingual (atrofia papilar central) y en la mucosa del paladar duro. Son muy comunes las zonas de eritema por debajo de las prótesis removibles, en general asociadas a malas condiciones de higiene. En estos casos un frotis citológico y/o un cultivo pueden confirmar la presencia de candida spp. Es fundamental indagar la existencia de factores facilitadores de esta infección oportunista como diabetes mellitus, uso de corticosteroides o antibióticos de amplio espectro, hiposialia medicamentosa, síndrome de Sjögren, etc. La eritroplasia oral es una lesión premaligna infrecuente, pero debe ser siempre descartada ante una placa roja que persiste y no tiene una causa aparente.

La presencia de zonas blancas en la mucosa oral es relativamente frecuente, y puede corresponder a multitud de procesos, algunos infecciosos, como la candidosis pseudomembranosa (Figura 3), otros reactivos, como la queratosis alveolar en los rebordes alveolares edéntulos (Figura 4) o a

procesos más complejos, como la leucoplasia o la enfermedad liquenoide, que actualmente se agrupan bajo la denominación de “desordenes orales potencialmente malignos” (Figura 5). En estos casos se debe realizar una biopsia incisional para confirmar el diagnóstico clínico y para descartar la presencia de displasia epitelial o de un carcinoma de células escamosas. Son especialmente sospechosas las lesiones “no homogéneas” con aspectos “moteado”, “nodular”, “eritroleucoplásico” o “verrugoso” (Figura 6).

Ciertas enfermedades o el consumo de fármacos, pueden provocar deshidratación e hiposalivación, que suele acompañarse de una falta de descamación del dorso lingual, lo que provoca una lengua blanca o “lengua saburral” (materia alba y debris celulares adheridos al dorso). Cuando hay dolor asociado, la causa puede ser infecciosa o tumoral, y la explicación de este cuadro clínico reside en la falta de movilidad normal de la lengua, lo que limita su capacidad de autolimpieza.

Integridad: La mucosa de la cavidad bucal tiene varias funciones, entre las que destaca el actuar como una barrera protectora frente a sustancias tóxicas y microorganismos, por lo que no debe presentar erosiones o ulceraciones. A menudo, la presencia de estas lesiones se asocia a sintomatología dolorosa, como ocurre en las úlceras de origen traumático (por mordedura, por bordes dentarios irregulares, por prótesis desajustadas, etc.), en las

aftas, infecciones virales, reacciones medicamentosas adversas (Figura 7) y en algunas enfermedades inmunológicas, como la enfermedad liquenoide oral, el eritema multiforme y otras menos frecuentes pero más graves, como el pénfigo vulgar y el penfigoide mucoso. Ante el hallazgo de una lesión erosiva o ulcerativa, es necesario complementar el examen estomatológico con información relevante sobre la existencia presente o pasada de lesiones cutáneas (máculas, vesículas, costras, etc.), de sintomatología sistémica (fiebre, linfadenitis, pérdida de peso, etc.), de antecedentes de cuadros clínicos similares o de consumo de fármacos que puedan estar relacionados con su origen. Además, si no realizamos una exploración bucal completa, se nos podría pasar por alto la existencia de zonas erosionadas o ulceraciones pequeñas y relativamente asintomáticas, que pueden ser casos tempranos de carcinoma oral. El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente de la región bucal, y la forma más común de presentación es como una ulceración persistente. En ocasiones pueden aparecer sobre lesiones precursoras, como la eritroplasia o leucoplasia. Ante la presencia de una ulceración persistente más de 2 semanas, tras haber eliminado las posibles causas, es imperativo realizar una biopsia (Figura 8).

Textura: La mucosa de la cavidad bucal presenta normalmente áreas

distintas en su textura de acuerdo a las funciones que realiza, y por ello se clasifica en tres tipos:

1. Mucosa masticatoria (queratinizada, adherida al periostio y que participa en la masticación), localizada en la encía insertada y el paladar duro, y con una textura levemente granular, o como “cáscara de naranja” en la encía sana y rugosa en el paladar duro.

2. Mucosa de revestimiento (no queratinizada, delgada, lisa y recubre las superficies móviles y protegidas de la masticación), ubicada en los labios, carrillos, paladar blando, pilares orofaríngeos, cara ventral de lengua y suelo de boca. Al revestir estructuras laxas bien vascularizadas y ricas en glándulas salivales menores, suele ser más húmeda y con un color rosado más intenso que la mucosa masticatoria.

3. Mucosa especializada, representada por la zona papilar del dorso y bordes de la lengua. Existen cuatro tipos de papilas linguales: A) las filiformes, son las más numerosas, están queratinizadas y carecen de corpúsculos gustativos, por lo que su función principal es abrasiva para desmenuzar los alimentos; B) las fungiformes, que están dispersas entre las filiformes, tienen forma de hongo, son pediculadas, no están queratinizadas (rojizas), se distribuyen principalmente en la punta y zonas laterales del dorso lingual y contienen corpúsculos gustativos, que perciben principalmente los sabores dulce, salado y ácido; C)



FIGURA 1. HIPERPIGMENTACIÓN MELÁNICA DIFUSA EN ENFERMEDAD DE ADDISON.



FIGURA 2. MELANOMA DE DISEMINACIÓN SUPERFICIAL EN MUCOSA DE PALADAR.



FIGURA 3. CANDIDOSIS PSEUDOMEMBRANOSA.



FIGURA 4. QUERATOSIS ALVEOLAR.



FIGURA 5. A) LEUCOPLASIA. B) ENFERMEDAD LIQUENOIDE ORAL.



FIGURA 6. LEUCOPLASIA VERRUCOSA.



FIGURA 7. ÚLCERAS EXTENSAS ASOCIADAS A METOTREXATE.



FIGURA 8. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS TEMPRANO DE BORDE LATERAL DE LENGUA.



FIGURA 9. A) PAPILAS FILIFORMES Y FUNGIFORMES DISPERSAS EN EL DORSO DE LA LENGUA. B) PAPILAS FOLIÁCEAS EN BORDE Y PAPILA CALICIFORME EN DORSO LINGUAL. C) PAPILAS CALICIFORMES FORMANDO LA "V" LINGUAL.

las caliciformes o circunvaladas (de 6 a 13 papilas grandes), están localizadas en la interfase del tercio medio y la base de la lengua, formando la "V" lingual con el vértice mirando a la orofaringe, y contienen abundantes corpúsculos gustativos que registran, principalmente, el sabor amargo; D) las papilas foliáceas, que están ubicadas en la zona posterior de los bordes linguales, en forma de pliegues verticales y presentan un contenido intramucoso de tejido linfoide, glándulas salivales accesorias y tejido nervioso; contienen abundantes corpúsculos gustativos con predilección por los sabores ácido y salado (Figura 9). Se pueden producir trastornos gustativos, como disgeusia o hipogeusia, por atrofia epitelial secundaria a estados carenciales y radioterapia, y agusia, disgeusia o parageusia secundarias, al consumo de algunos medicamentos o por trastornos neurológicos de naturaleza diversa, aunque también puede haber modificaciones en el gusto por una disminución en el número de papilas con corpúsculos gustativos, lo cual puede ocurrir en ausencia de otras alteraciones (Figura 10).

Una causa común de alteración de la textura del dorso lingual es la glositis migratoria benigna (lengua geográfica), que es una condición inflamatoria de la lengua que produce áreas de eritema enmarcadas por un borde blanco-amarillento (parecidas a mapas). Estas áreas cambian de forma, aumentan o disminuyen su tamaño y se extienden o mueven de lugar de un día a otro, dando el carácter migratorio a dicha condición (Figura 11). No debe confundirse con problemas secundarios a deficiencias nutricionales o a infecciones por candida, en los

cuales no hay historia de migración de las lesiones y en los que la atrofia suele ocurrir en la zona central del dorso lingual.

Los gránulos de Fordyce son glándulas sebáceas ectópicas que pueden presentarse en el borde bermellón, mucosa retrocomisural, yugal o retromolar, y representan la causa más común de alteración de la textura en la mucosa de la boca. Son pequeñas pápulas de color amarillento que no producen malestar, que tienden a incrementar su frecuencia con la edad y no requieren tratamiento (Figura 12).

Se debe tener especial cuidado al evaluar la textura de la mucosa, sobre todo en las zonas de alto riesgo para el cáncer oral, como los bordes laterales y el vientre de la lengua y el suelo de boca. La presencia de zonas eritematosas sin causa aparente (eritroplasia), placas blancas o áreas granulares o verrucosas (leucoplasia homogénea o no homogénea), deben ser investigadas mediante una biopsia y actuar en consecuencia con el diagnóstico histopatológico, ya que muchas de ellas pueden presentar displasia epitelial o ser ya un carcinoma (Figura 13). Algunas infecciones pueden ocasionar alteraciones clínicas similares, como las candidosis crónicas, la leucoplasia vellosa asociada al virus del Epstein-Barr, las micosis profundas y su identificación, va a tener importantes implicaciones respecto del estado sistémico de los afectados (más comúnmente observada en pacientes inmunocomprometidos), por lo que su hallazgo justifica realizar exámenes complementarios específicos para indagar su origen, pues no es raro que puedan presentarse como una manifestación inicial de algún trastorno sistémico potencialmente

letal (infección por VIH/SIDA, histoplasmosis, inmunosupresión, etc.).

Consistencia y volumen: Los tejidos blandos que conforman las distintas partes de la cavidad oral se deben observar y palpar bilateralmente para comparar su consistencia, detectar posibles asimetrías, neoformaciones o cambios en la sensibilidad y dolor. En ocasiones hay deformidades debidas a sobrecrecimiento óseo en forma localizada (exostosis o torus), sin consecuencias para el paciente (Figura 14) o en forma difusa (por ej. displasias óseas). En estos casos se requiere la mayor información clínica posible sobre la evolución y la sintomatología asociada. En las situaciones no consideradas como variantes de la normalidad, es necesario realizar un buen estudio por imagen (ortopantomografía, TC, Cone bean), con objeto de conocer la definición, extensión y relación con dientes y estructuras vecinas, a fin de considerar la posibilidad de tratarse de lesiones del desarrollo (displasia fibrosa, hipertrofia hemifacial, etc.), neoplasias (tumores odontogénicos, neoplasias osteogénicas benignas y malignas) o enfermedades sistémicas (neurofibromatosis tipo I, síndrome de Gardner, etc.).

Debido a las características morfofisiológicas de la mucosa bucal, es muy frecuente la presencia de lesiones pseudotumorales de origen traumático (inflamatorio), secundarias a mordedura crónica de una zona o a roce de aparatos protésicos u ortodóncicos, sarro dental (placa bacteriana mineralizada), o por algunos medicamentos o síndromes genéticamente determinados que favorecen la sobreproducción de colágena en el tejido gingival de manera progresiva y asintomática.

V Simposio Internacional / V International Symposium AVANCES EN CANCER ORAL ADVANCES IN ORAL CANCER

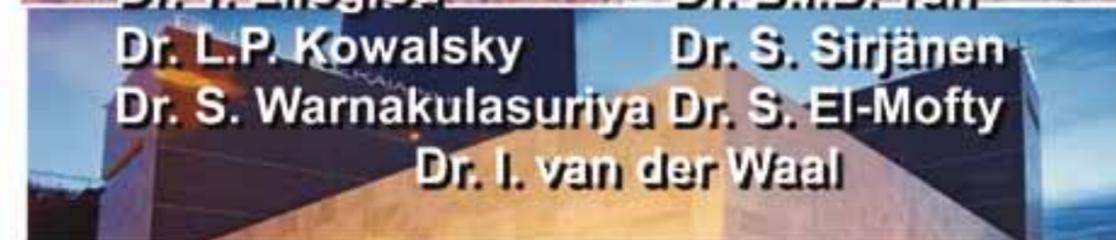
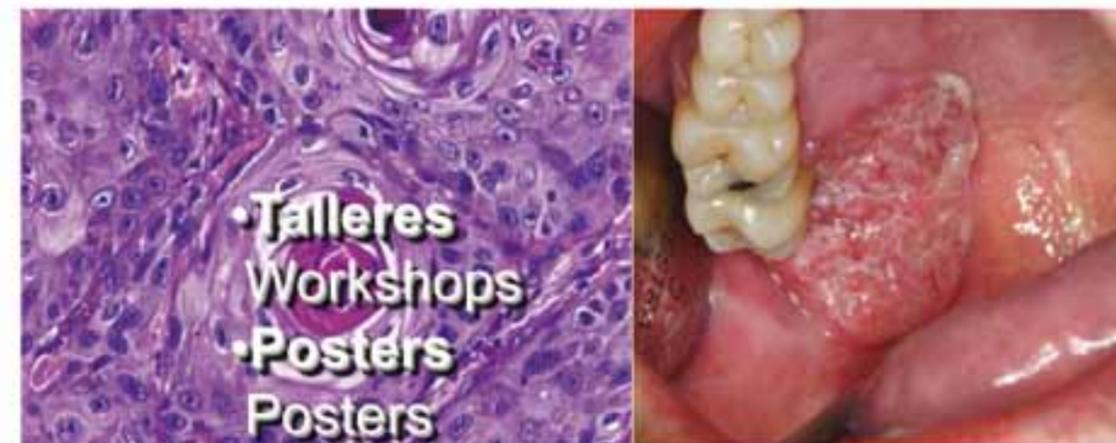


NAZIOARTEKO BIKAINTASUN CAMPUSA
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Bilbao. País Vasco
Basque Country



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



10-11 Julio, 2014 // July 10th-11th, 2014

Información/information: voralcancersymp@gmail.com

Entre los medicamentos que pueden condicionar un agrandamiento gingival generalizado se encuentran: anticonvulsivantes como la fenitoína, la carbamacepina y el valproato de sodio. También se asocia al uso de bloqueadores de los canales del calcio, como nifedipino, amlodipino y verapamilo (Figura 15). Otros fármacos asociados a este crecimiento gingival son la ciclosporina y los anticonceptivos orales, y en todos los casos se incrementa al existir una higiene bucodental deficiente.

La edad del paciente y la coloración son aspectos importantes a considerar en la presentación de los aumentos tisulares, ya que en la infancia prevalecen las malformaciones vasculares sanguíneas y linfáticas (hamartomas), de color rojo-violáceo las primeras (Figura 16) y de superficie pseudo-vesicular las segundas. Ambas, pero especialmente los linfangiomas, constituyen una causa principal de macroglosia en la infancia (Figura 17). En niños y jóvenes la lesión pseudotumoral

más frecuente suele ser el granuloma piógeno (rojo, ulcerado, pediculado) que suele crecer relativamente rápido en sus etapas iniciales, para luego madurar y producir fibrosis, lo que reduce su tamaño y lo vuelve menos blando a la palpación y más rosado. En los adultos, de edad mediana y mayores, son más frecuentes las hiperplasias fibrosas reactivas a una causa traumática (fibromas irritativos e hiperplasias fibrosas por prótesis). No obstante, la ausencia de un factor traumático local y la presencia de factores de riesgo para cáncer (consumo de tabaco y alcohol), deben hacer sospechar esta posibilidad, especialmente si la lesión es infiltrante (indurada), o ulcerada, sin tendencia a curar al cabo de dos semanas. En los adultos mayores es importante tener en cuenta, además de las posibilidades antes mencionadas, la existencia de enfermedades sistémicas que produzcan agrandamientos tisulares, como los depósitos de amiloide (amiloidosis por diversas causas), sialosis (agrandamientos glandulares

salivales por diabetes, alcoholismo o desnutrición) y neoplasias malignas primarias o metastásicas.

La presencia de neoformaciones en el espesor de la mucosa puede deberse a neoplasias de los tejidos mesenquimatosos (lipomas, leiomiomas, tumores de vaina nerviosa, etc.). (Figura 18), glandulares (adenomas) o linfoadenopatías (especialmente en ganglios genianos entre piel y mucosa del carrillo). Su evaluación se puede complementar con ultrasonografía y en la mayoría de casos está indicada la referencia al cirujano maxilofacial para realizar la biopsia excisional.

La actividad odontológica como actividad sanitaria nos exige la realización de un correcto examen de la cavidad oral y estructuras anexas en todos nuestros pacientes. Los datos que somos capaces de extraer de una buena exploración oral van a ser imprescindibles para alcanzar un diagnóstico correcto y poder realizar una terapéutica curativa o la derivación del paciente de una forma apropiada •



FIGURA 10. DORSO LINGUAL DE PACIENTE CON AUSENCIA DE PAPILAS FUNGIFORMES.



FIGURA 11. ÁREA DEPAPILADA EN GLOSITIS MIGRATORIA (LENGUA GEOGRÁFICA).



FIGURA 12. GRÁNULOS DE FORDYCE EN MUCOSA YUGAL.



FIGURA 13. LEUCOPLASIA HOMOGÉNEA EN EL BORDE DE LA LENGUA.



FIGURA 14. TORUS PALATINO.



FIGURA 15. AGRANDAMIENTO GINGIVAL GENERALIZADO POR NIFEDIPINO.



FIGURA 16. MALFORMACIÓN VASCULAR SANGUÍNEA DEL DORSO LINGUAL.



FIGURA 17. MACROGLOSIA CAUSADA POR LINFANGIOMA.



FIGURA 18. NEUROFIBROMA EN MUCOSA GINGIVAL INFERIOR.

Grabar o no grabar?

Esa ya no será nunca más la cuestión.

OFERTA DE LANZAMIENTO
 Compre un frasco de 4 ml. y reciba
 sin cargo ni compromiso
 otro de 2,5 ml.

¡NUEVO!

xeno[®] Select

Adhesivo para grabado total y auto-grabado

- Aplicable con todas las técnicas de grabado
- Alta seguridad de aplicación en dentina seca y húmeda¹
- No más sensibilidad post-operatoria¹
- Tiempo de trabajo de 30 minutos en CliXdish[™] cerrado



Para una odontología mejor

DENTSPLY

¹ Datos en lit.

Para más información, visite www.dentsply.es, llame al teléfono de Atención al Cliente 900 878 765, o contacte con su asesor Dentsply DeTrey.

Relación entre el carcinoma oral escamoso y los implantes dentales

AUTORES

MANUEL M^o ROMERO RUIZ,

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

ÁNGELA RODRÍGUEZ CABALLERO, DOCTORA EN

ODONTOLOGÍA. MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

DANIEL TORRES LAGARES,

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

JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ PÉREZ,

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

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

INTRODUCCIÓN

De todos los tumores malignos, el cáncer oral supone un 2% aproximadamente, siendo un 90% de ellos carcinomas orales de células escamosas (COCE) procedentes del epitelio oral^{1,2}. (Figura 1) Su etiología es multifactorial, estando especialmente implicados factores relacionados con la higiene oral, el tabaco y el alcohol^{3,4}. Varias lesiones y condiciones conllevan un mayor riesgo de malignización, entre las que destacan el líquen plano, la leucoplasia, eritroplasia, y las lesiones por papilomavirus humano. Quienes padecen un COCE previo, presentan un mayor riesgo de una segunda neoplasia primaria^{4,5}.



FIGURA 1
CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN ZONA DE TRÍGONO RETROMOLAR



FIGURA 2A
FIGURA 2B
FIGURA 2C
FIGURA 2D
PERIIMPLANTITIS DEL 12 EN LA QUE SE APRECIA LA ENCÍA CON SIGNOS DE INFLAMACIÓN, SONDAJE PROFUNDO Y PÉRDIDA ÓSEA AL LEVANTAR COLGAJO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los casos evaluados en esta revisión, surgen diferentes cuestiones de difícil respuesta desde la evidencia actual disponible; ¿cuál es el papel exacto que juegan los implantes dentales en el desarrollo del carcinoma oral escamoso?, ¿es apropiado tratar con implantes a un paciente que tenga una historia previa de carcinoma, lesiones premalignas o cualquier otro factor de riesgo?, ¿aumentan los implantes “per se” el riesgo de desarrollar cáncer oral? Tratando de responder estas cuestiones, Czerninski y cols en 2006¹⁵ rescataron varios casos propios y de distintos artículos, de COCE asociado con implantes dentales. La edad media de su muestra (72 años, con rango de 52 a 90 años), estaba por encima de la hallada en el presente trabajo (66,3±10,1). La localización del tumor fue en todos los casos mandibular, y sólo en uno hallaron extensión al suelo de boca. En la presente revisión existe también un claro predominio de aparición mandibular (88,23%), concretamente en zona mandibular posterior (76,46%) y zona anteroinferior (11,77%). Sólo en 2 de los 17 casos la aparición del tumor tuvo lugar en la zona lateral de la lengua.

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

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

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

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

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

Existen casos publicados en los que el paciente no tenía ningún factor de riesgo identificado para desarrollar carcinoma oral, y en todos ellos el tumor se desarrolló en íntimo contacto con los implantes^{18,22-23}. Algunos autores consideran el traumatismo crónico como una lesión precancerosa, en el caso de que no se trate adecuadamente eliminando el motivo del trauma^{18,27}. De Ceulaer y cols²⁰ concluyen que existiría una mayor recurrencia del carcinoma oral en aquellos casos en los que los implantes son colocados en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa el tumor, por lo que sería conveniente esperar a una segunda etapa para la colocación de los mismos, una vez los tejidos hayan cicatrizado y se hayan vuelto estables.

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

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



FIGURA 3. PERIIMPLANTITIS DEL 22; SE APRECIA ENCÍA INFLAMADA ALREDEDOR DEL TORNILLO DE CIERRE Y PÉRDIDA ÓSEA FRANCA AL ABRIR EL COLGAJO
FIGURA 4. LIQUEN PLANO ORAL ALREDEDOR DE UNA REHABILITACIÓN CON IMPLANTES

nuevo

1 COMPLETO

DENTÍFRICO PARA COMBATIR LA SENSIBILIDAD

Sensodyne® comprende que los pacientes con hipersensibilidad dental tienen necesidades diferentes

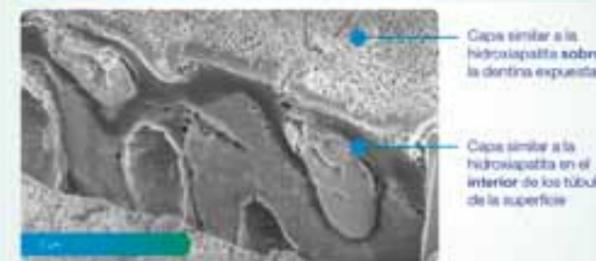
Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin®, proporciona un cuidado total con ventajas especialmente diseñadas para satisfacer las diferentes necesidades y preferencias de los pacientes. Con un cepillado dos veces al día, Sensodyne Acción Completa:

- Clinicamente probado para el alivio de la hipersensibilidad dental^{1,2}
- Contiene flúor para fortalecer el esmalte
- Ayuda a mantener una buena salud gingival⁴⁻⁶

Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin® – un enfoque avanzado para el alivio de la hipersensibilidad dental

- NovaMin®, una tecnología que proporciona fosfato y calcio, pone en marcha una cascada de eventos en contacto con la saliva^{7,8} que provoca la formación de una capa reparadora similar a la hidroxiapatita sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9-13}
- Los estudios *in vitro* mostraron que la capa similar a la hidroxiapatita empieza a formarse desde el primer uso¹⁴ y es hasta un 50% más dura que la dentina.¹⁴
- La capa similar a la hidroxiapatita se une firmemente al colágeno en el interior de la dentina expuesta^{15,16} y se ha demostrado en estudios *in vitro* que es resistente a las agresiones orales químicas y físicas diarias,^{14,17} como la abrasión provocada por el cepillo de dientes¹⁸ y comidas y bebidas ácidas.^{14,17}

Los estudios *in vitro* demostraron que la capa similar a la hidroxiapatita se forma sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9,10,13}



Adaptado de Earl et al. 2011 (AL® Inager MBE) de corte transversal *in vitro* de la capa similar a la hidroxiapatita formada por la solución supersaturada NovaMin® en saliva artificial al cabo de 5 días sin cepillado¹⁴



Referencias:
1. Chu MQ et al. Am J Dent 2006; 21(4): 210-214. 2. Pradeep AR et al. J Periodontol 2010; 81(8): 1167-1173. 3. Baker S et al. J Clin Dent 2010; 21(3): 50-57. Preparado en colaboración de 2011; 2:11-496.
4. Yu B et al. J Clin Periodontol 2006; 33: 86-91. 5. Devi NA et al. Int J Clin Dent Sci 2011; 2: 46-49. 6. Datos de archivo de GSK (estudio 20660844). 7. La Torre G. Osmozon DS. J Clin Dent 2010; 21(5): 73-78. 8. Edgar WM. Br Dent J 1992; 173(6): 305-312. 9. Burwell A et al. J Clin Dent 2010; 21(4) sup: 66-71. 10. Eberhart SE et al. J Mater Sci Mater Med 2003; 14(5): 557-565. 11. de Aza DN et al. J Mater Sci Mater Med 1998; 9(9): 403-402. 12. Anon D et al. J Biomed Mater Res 2003; 66: 344-351. 13. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(1) sup: 1-6. 14. Eberhart SE et al. J Clin Dent 2011; 22(1) sup: 14-19. 15. West NA et al. J Clin Dent 2011; 22(1) sup: 10-15. 16. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(1) sup: 49-73. 17. West NA et al. J Clin Dent 2010; 21(5): 450-410. 18. "Dentibond" Encyclopedia of Chemical Technology 4th ed. vol. 7, p. 1023-1030, de Morton Food-Consumer Products Development Processes Inc. 19. Top of Whipin, CA and New HPK. J Clin Periodontol 2002; 29: 246. 1.A: 214 226. Fecha de Preparación: Mayo 2010. GSK/SC/CHENG/0231/12

Sensodyne® Acción Completa ayuda a mantener una buena salud gingival⁴⁻⁶

Una buena técnica de cepillado se puede mejorar con el uso de un dentífrico especialmente diseñado para ayudar a mantener una buena salud gingival.^{16,19}

En estudio clínico, los dentífricos que contienen NovaMin® han mostrado hasta una mejora del 16,4% en el control de la placa, así como una reducción significativa en el índice de sangrado gingival, en comparación con los dentífricos de control.⁴⁻⁶



Adaptado de Te et al. 2009⁴ Estudio clínico controlado, aleatorizado y de doble enmascaramiento de 95 voluntarios a los que se les proporcionó dentífrico con NovaMin® o control de placebo (dentífrico no ácido sin NovaMin®) durante 6 semanas. Todos los sujetos se sometieron a pulido y profilaxis supragingival, además de ser instruidos sobre la técnica de cepillado. * Escala de ISG de G.I.B.



Cuidado total para pacientes con hipersensibilidad dental¹⁻⁴

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

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

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

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

proceder a la biopsia o eliminación de la lesión.

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Farlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010
2. Johnson NW, Jayasekara P, Amarasinghe AA. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. *Periodontol* 2000; 2011; 57(1): 19-37.
3. Rothenberg SM, Ellisen LW. The molecular pathogenesis of head and neck squamous cell carcinoma. *J Clin Invest*. 2012; 122(6): 1951-7.
4. Hirota SK, Braga FP, Penha SS, Sugaya NN, Migliari DA. Risk factors for oral squamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: a comparative analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(4): E227-31.
5. Liang C, Marsit CJ, McClean MD, Nelson HH, Christensen BC, Haddad RI, Clark JR, Wein RO, Grillone GA, Houseman EA, Halec G, Waterboer T, Pawlita M, Krane JF, Kelsey KT. Biomarkers of HPV in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Cancer Res*. 2012; 72(19): 5004-5013.
6. Buser D, Janner SF, Wittneben JG, Brägger U, Ramseier CA, Salvi GE. 10-Year Survival and Success Rates of 511 Titanium Implants with a Sandblasted and Acid-Etched Surface: A Retrospective Study in 303 Partially Edentulous Patients. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012. doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00456.x. [Epub ahead of print]
7. Jiang BQ, Lan J, Huang HY, Liang J, Ma XN, Huo LD, Xu X. A clinical study on the effectiveness of implant supported dental restoration in patients with chronic periodontal diseases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012. pii: S0901-5027(12)00347-5. doi: 10.1016/j.ijom.2012.08.001. [Epub ahead of print]
8. Javed F, Al-Hezaimi K, Al-Rasheed A, Almas K, Romanos GE. Implant survival rate after oral cancer therapy: a review. *Oral Oncol*. 2010; 46(12): 854-9.
9. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, Leporati M, Copelli C, Ferri T, Sesenna E. Mandibular Resection and Reconstruction in the Management of Extensive Ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012. pii: S0278-2391(12)00979-2. doi: 10.1016/j.joms.2012.07.004. [Epub ahead of print]

10. Jacobsen C, Kruse A, Lübbers HT, Zwahlen R, Studer S, Zemmann W, Seifert B, Grätz KW. Is Mandibular Reconstruction Using Vascularized Fibula Flaps and Dental Implants a Reasonable Treatment? *Clin Implant Dent Relat Res*. 2012. doi: 10.1111/cid.12004. [Epub ahead of print]
11. Anne-Gaëlle B, Samuel S, Julie B, Renaud L, Pierre B. Dental implant placement after mandibular reconstruction by microvascular free fibula flap: current knowledge and remaining questions. *Oral Oncol*. 2011;47(12):1099-104.
12. Carbiner R, Jerjes W, Shakib K, Giannoudis PV, Hopper C. Analysis of the compatibility of dental implant systems in fibula free flap reconstruction. *Head Neck Oncol*. 2012;4:37.
13. Lindhe J, Meyle J; Group D of European Workshop on Periodontology. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2008; 35(8 Suppl): 282-5.
14. Block MS, Scheufler E. Squamous Cell Carcinoma Appearing as Peri-Implant Bone Loss: A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 1349-1352.
15. Czerninski R, Kaplan I, Almozino G, Maly A, Regev E. Oral squamous cell carcinoma arising around dental osseointegrated implants mimicking peri-implantitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(8): E489-91.
16. Eguia del Valle A, Martínez-Conde Llamas R, López Vicente J, Uribarri Etxebarria A, Aguirre Urizar JM. Primary oral squamous cell carcinoma arising around dental osseointegrated implants mimicking peri-implantitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(8): E489-91.
17. Kwok J, Eyleson J, Thompson I, McGurk M. Dental implants and squamous cell carcinoma in the at risk patient—report of three cases. *Br Dent J*. 2008; 205(10): 543-5.
18. Gallego L, Junquera L, Llorente S. Oral carcinoma associated with implant-supported overdenture trauma: a case report. *Dent Traumatol*. 2009; 25(1): e3-4.

19. Gulati A, Puthussery FJ, Downie IP, Flood TR. Squamous cell carcinoma presenting as peri-implantitis: a case report. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009; 91(7): W8-10.
20. De Ceulaer J, Magremanne M, van Veen A, Scheerlinck J. Squamous cell carcinoma recurrence around dental implants. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68(10): 2507-12.
21. Meijer GJ, Dieleman FJ, Bergé SJ, Merckx MA. Removal of an oral squamous cell carcinoma including parts of osseointegrated implants in the marginal mandibulectomy. A case report. *Oral Maxillofac Surg*. 2010; 14(4): 253-6.
22. Agostini T, Sacco R, Bertolai R, Acocella A, Colafranceschi M, Lazzeri D. Peri-implant squamous odontogenic tumor. *J Craniofac Surg*. 2011; 22(3): 1151-7.
23. Jané-Salas E, López-López J, Roselló-Llabrés X, Rodríguez-Argueta OF, Chimenos-Küstner E. Relationship between oral cancer and implants: clinical cases and systematic literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(1):e23-8.
24. Pfammatter C, Lindenmüller IH, Lugli A, Filippi A, Kühl S. Metastases and primary tumors around dental implants: A literature review and case report of peri-implant pulmonary metastasis. *Quintessence Int*. 2012; 43(7): 563-70.
25. Javed F, Al-Askar M, Qayyum F, Wang HL, Al-Hezaimi K. Oral squamous cell carcinoma arising around osseointegrated dental implants. *Implant Dent*. 2012; 21(4): 280-6.
26. Liddel G, Klineberg I. Patient-related risk factors for implant therapy. A critique of pertinent literature. *Aust Dent J*. 2011; 56(4): 417-26.
27. Perez MA, Raimondi AR, Itoiz ME. An experimental model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 17-22.



XII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL



20,21 y 22 - Noviembre 2014

Sede: Palacio de Congresos y Exposiciones de Castilla y León



Secretaría de ExpoSECIB:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
 C/ Bruc - 28 - 2ª - 08010 - Barcelona
 Tel: 606 338 580
 exposelib@secibonline.com
 http://www.secibonline.com



Secretaría Técnica del Congreso: **RG COMUNICACIÓN**
 C/ Maldonadas, 1 - 28005 Madrid
 Tel.: 91 112 48 92 - 658 877 367
 secibselamanca2014@rgcomunicacion.es
 pilarlorenzo@rgcomunicacion.es
 www.rgcomunicacion.es

www.secib2014.es

AUTOR DR. JOAQUÍN TABUENCA
 PROFESOR DE IMPLANTOLOGÍA HOSPITAL SAN RAFAEL (MADRID).
 PRÁCTICA PRIVADA MADRID Y GUADALAJARA.

Caso clínico: Fractura urgente A propósito de un caso

En la práctica clínica habitual hay factores que se nos escapan completamente de las manos, las urgencias odontológicas son un claro ejemplo de ello y en la mayoría de los casos, dependen del cuándo y el cómo se trate para obtener unos u otros resultados que pueden ser completamente distintos. Entre las urgencias más frecuentes que nos podemos encontrar, están las relacionadas con los traumatismos, que en un alto porcentaje de los casos, afectan a los más jóvenes. La celeridad en el tratamiento y las decisiones tomadas, pueden cambiar la boca del paciente por completo el resto de su vida.

Se recibe una llamada de teléfono a última hora de la tarde por una caída doméstica de un niño de once años de edad y sin antecedentes médicos relevantes. Desde el primer momento que se nos comunica el accidente, aconsejamos buscar el fragmento roto y mantenerlo hidratado en caso de encontrarlo; así como acudir a la consulta lo antes posible. A los 20 min aparece el niño con este aspecto y un fragmento dental en un bote con suero. (Figuras 1 y 2)

Las líneas de fractura siguen, por un lado, las líneas de tensión del impacto y, por otro, las estructuras anatómicas, como por ejemplo, los prismas de esmalte. En los dientes temporales el patrón es más longitudinal por el menor grosor del recubrimiento de sustancia dura, así como más frecuente una mayor exposición y/o lesión pulpar.

Una clasificación útil de las fracturas dentarias es:

1. Fisuras de esmalte.
2. Fracturas de esmalte.
3. Fracturas amelodentinarias.
4. Fracturas coronoradiculares (esmalte, dentina y cemento).
5. Fracturas radiculares (dentina y cemento).

En este caso, la fractura se encuadraría en el punto tres (amelodentinaria), con afectación pulpar.

Debido a la mínima exposición y el breve periodo de tiempo desde el momento del accidente, decidimos optar por no hacer ningún tratamiento sobre el nervio, simplemente una descontaminación mediante torunda de algodón impregnada con clorhexidina al 0.2 % durante 2 minutos.

El fragmento se adaptaba bien al resto de la corona, de modo que optamos por pegarlo mediante un cemento de resina estético (Calibra® Dentsply Detrey GmbH), pero la ausencia de parte de la corona por vestibular, así como que sabiendo que con la adhesión de una fractura de este tipo



FIGURA 1



FIGURA 2

se consigue una resistencia del 50-60% respecto a la del diente intacto, nos decidimos a completar la anatomía con composites de manera directa para lograr una mayor resistencia coronaria.

Una vez adherido el fragmento, tratamos el diente como si de una carilla de composite se tratara. Aún sabiendo que estudios muestran resultados dispares a los dos años de realizar este tipo de carillas de forma directa, y aún sabiendo también que otros demuestran mejores resultados a largo tiempo si la técnica es de forma indirecta, la situación de urgencia de este caso nos “obliga” a optar por este tratamiento una vez analizada la relación de ventajas e inconvenientes. Procuramos eliminar la menor cantidad de tejido dentario posible y así realizar una técnica de grabado total mediante

ácido ortofosfórico al 37% confinado exclusivamente al esmalte y el posterior adhesivo, ya que los resultados de la adhesión mejoran considerablemente. (Figura 4)



FIGURA 4

Mediante el empleo de Ceram Duo® (Dentsply Detrey GmbH) con el tono de dentina D2, reparamos la zona ausente dentinaria y luego mediante el tono de esmalte E2, toda la cara vestibular, salvo el borde incisal y el ángulo distal, para el que hicimos uso del composite DB, que asemeja los tonos “blanco tiza” del central contralateral, intercalado con el esmalte de color E1.

Una vez completado el proceso de añadir composite, se procede a dar la forma final y el pulido mediante el empleo de diferentes fresas y pastas de pulir. (Figura 5-6)



FIGURA 5



FIGURA 6

Tras el trabajo, y de manera inmediata, logramos una anatomía y color similar al diente adyacente y la satisfacción, tanto del niño como de los padres. Recomendamos una dieta exenta de alimentos duros durante dos semanas, le citamos para entonces y así poder ver la evolución y realizar una nueva prueba de vitalidad. Aspecto a los 15 días: (Figura 7 y 8)

El aspecto sigue siendo correcto y el niño no muestra signos de dolor a la palpación ni a la masticación.

La respuesta pulpar es positiva y radiográficamente no hay ningún signo relevante. Explicamos que deben seguir un control visual de la zona, así como regresar a los tres meses para una nueva revisión en la consulta en caso de no encontrar nada extraño para entonces.

CONCLUSIÓN

Las fracturas coronarias son la lesión dentaria más frecuente de la dentición permanente de los jóvenes, con un 80-90% de los casos. De éstas, casi la mitad se localizan en el ángulo mesial de los incisivos y en casi el 15% de dichas fracturas, se ve afectada la pulpa. Si el fragmento está hidratado y se adapta al resto de la corona, la mejor opción es la adhesión del mismo. Para aumentar la resistencia a la fractura, el ayudarnos de composites y/o carillas puede ser una buena opción terapéutica.

El saber cómo afrontar estos casos y el hacerlo de una manera rápida puede mejorar y facilitar nuestro trabajo. Con las ideas claras y procurando, bajo nuestro criterio, ser lo



FIGURA 7



FIGURA 8

más conservadores posibles, el pronóstico pulpar tras una fractura coronaria es bueno, y el pronóstico de la restauración con los nuevos materiales y técnicas adhesivas ha mejorado considerablemente en los últimos años, y parece que lo seguirá haciendo en el futuro •



FIGURA 9



FIGURA 10



(FIGURA 9 Y 10, CONTROL A LOS 3 MESES).
 (FIGURA 11, CONTROL RX A LOS 3 MESES)

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen, F. M., Steinhardt, U., Bille, M. and Munksgaard, E. C. (1993), Bonding of enamel-dentin crown fragments after crown fracture. An experimental study using bonding agents. *Dental Traumatology*, 9: 111-114.
2. Andreasen, J.O. and Andreasen, F.M. (2008) Appendix 4: Summary of Treatment and Follow-Up Procedures and Recall Schedule Following the Various Trauma Types, in *Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth: A Step-by-Step Treatment Guide*, Second Edition, Blackwell Munksgaard, Oxford, UK. doi: 10.1002
3. Harrán-Ponce, E., Holland, R., Barreiro-Lois, A., López-Beceiro, A. M. and Pereira-Espinel, J. L. (2002), Consequences of crown fractures with pulpal exposure: histopathological evaluation in dogs. *Dental Traumatology*, 18: 196-205.
4. Olsburgh, S., Jacoby, T. and Krejci, I. (2002), Crown fractures in the permanent dentition: pulpal and restorative considerations. *Dental Traumatology*, 18: 103-115.
5. WALLS, A. W. G., MURRAY, J. J. and McCABE, J. F. (1988), Composite laminate veneers: a clinical study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 15: 439-454
6. Waes Hubertus JM, Stöckli Paul W. Atlas de Odontología Pediátrica. Masson S.A.
7. WELBURY, R. R. (1991), A clinical study of a microfilled composite resin for labial veneers. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 1: 9-15.

LETICIA MARCHENA RODRÍGUEZ,

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

CARLOS M^o FERNÁNDEZ ORTEGA,

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA ORAL. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

MARÍA OSORIO ROBLES. ODONTÓLOGA,

UNIVERSIDAD DE GRANADA.

BERNARDO GARCÍA GARCÍA. ODONTÓLOGO,

UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

El tabaco

El consumo del tabaco es considerado como uno de los factores ambientales que influyen en la enfermedad periodontal y en la caída de los dientes, pues el tabaco produce localmente sustancias citotóxicas y vasoconstrictoras, aunque también se le conocen efectos sistémicos, tales como la inhibición de la función de los neutrófilos en la sangre periférica y oral, disminución de las células T, anticuerpos y reducción de las concentraciones de minerales en el hueso. Todo esto hace que el oxígeno llegue peor a los tejidos periodontales. El tabaco puede alterar la síntesis del tejido conectivo y acelerar su destrucción. Por otro lado, se ha visto una mayor acumulación de placa y mayor composición de microorganismos periodontales en los pacientes fumadores. La nicotina actúa sobre la respuesta inflamatoria e inmunológica, lo que se traduce en un descenso de leucocitos y linfocitos. Desde Pindborg hasta la actualidad, son muchos los estudios llevados a cabo por muchos científicos de todo el mundo que atribuyen al tabaco, la pérdida de dientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye 4,9 millones de defunciones anuales por el hábito de fumar, y se prevee que esta cifra aumente a más de 10 millones para el 2030. El pasado 31 de mayo de 2010, día mundial sin fumar, la OMS expresó: “El tabaco mata en cualquiera de sus formas”.^{1,2} Un cigarro contiene cerca de 4.000 sustancias químicas, muchas de ellas venenosas en altas dosis. Algunas de las peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estas sustancias viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo, entre ellas la cavidad oral.^{3,4,5}

En lo referente a la salud bucodental, debemos comentar que las enfermedades periodontales incluyen una serie de procesos patológicos que afectan a las estructuras de soporte de los dientes: la encía, el ligamento periodontal, el cemento radicular y el hueso alveolar. En un sentido amplio, las enfermedades periodontales se agrupan en gingivitis y periodontitis y, dentro de ella, se pueden incluir situaciones muy variadas en cuanto a severidad y actividad. Son enfermedades muy frecuentes en el hombre, tanto es así que prácticamente todos los adultos, en algún momento de su vida, han desarrollado gingivitis y periodontitis leve. Sin embargo, las formas graves de periodontitis o periodontitis destructiva no son tan frecuentes, afectando aproximadamente a un 7-15% de los adultos dentados.⁶

En la génesis y desarrollo de la enfermedad periodontal, están implicados muchos factores de riesgo, que de una forma amplia pueden ser clasificados en genéticos, ambientales, factores dependientes de huésped (fundamentalmente la edad y el sexo) y de su capacidad de respuesta.

El consumo de tabaco, especialmente el fumado, es considerado como uno de estos factores ambientales de influencia en el desarrollo de la enfermedad periodontal, ya sea actuando como factor de riesgo o como factor pronóstico.⁷

Parece ser que el tabaco produce localmente sustancias citotóxicas y vasoconstrictoras, aunque también se le conocen efectos sistémicos, tales como la inhibición de la función de los neutrófilos en la sangre periférica y oral, disminución de las células T, anticuerpos y reducción de la concentración de minerales en el hueso.

El hábito de fumar constituye un factor de riesgo fuertemente asociado a la periodontopatía, por la tendencia a disminuir el flujo salival y aumentar la posibilidad de formación de placa dentobacteriana; además provoca disminución de los títulos de anticuerpos séricos y de la respuesta de los linfocitos T.^{8,9}

El tabaco puede actuar sobre el periodonto, por un lado, y es capaz de actuar y modificar directamente los tejidos, provocando un cierto grado de vasoconstricción que reduce el aporte de oxígeno a los tejidos periodontales y empeora la recogida de sustancias de desecho. Además de la vasoconstricción, el tabaco altera la síntesis de las células del tejido conectivo y acelera su destrucción, disminuyendo así la ca-

pacidad de cicatrización en estos pacientes.¹⁰

En segundo lugar, se ha visto una mayor acumulación de placa en los individuos fumadores que en los no fumadores, lo cual parece estar más relacionado con una peor técnica o hábito de higiene, que con una mayor predisposición a la formación de placa.¹¹

“ *Se ha visto una mayor acumulación de placa en los individuos fumadores.* ”

Por otra parte, hay autores que han encontrado una mayor composición de microorganismos periodontopatógenos en la placa bacteriana de los sujetos fumadores; de manera que estos individuos podrían estar más expuestos a la enfermedad.¹²

El tercer aspecto, es que es posible constatar la influencia de la nicotina y del resto de los componentes del tabaco, en la respuesta defensiva del huésped. Actúa tanto sobre la respuesta inflamatoria como sobre la inmunitaria, lo que se traduce en un descenso en el número de leucocitos y linfocitos, que intentan frenar la proyección de la infección, así como un descenso de su actividad y su capacidad defensiva, lo que deja al individuo fumador más expuesto a la enfermedad periodontal y como consecuencia la pérdida de dientes.¹³

OBJETIVO GENERAL

Educar a la población para que conozca los efectos perjudiciales del tabaco a nivel oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han consultado publicaciones científicas y libros de los últimos 10 años, que contienen referencias al objetivo perseguido y se han utilizado las siguientes bases: Pubmed, Medline, Elsevier. Se han empleado

las siguientes palabras clave: tabaco, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, sustancias tóxicas, caries, seleccionando artículos en español y en otros idiomas.

RESULTADOS

La posibilidad biológica de que exista una asociación entre fumar y la enfermedad periodontal se basa en los efectos potenciales de las sustancias tóxicas a las que expone el hábito, como son la nicotina, el monóxido de carbono y el anhídrico cianhídrico.¹⁴

Desde 1949, cuando Pindborg señaló la asociación entre la gingivoestomatitis ulceronecrotizante aguda con el hábito de fumar, en un estudio realizado en la Marina Real Danesa, y hasta la fecha, se pueden encontrar numerosos estudios publicados, avalando una asociación del tabaco con la enfermedad periodontal y la pérdida de dientes; entre ellos destaca Ylöstalo y colaboradores en 2004, Susin en 2005, Ojima en 2007, Al-Bayati en 2008 y Do en 2008.^{15,16,17,18,19}

Como causa de la pérdida de dientes, el hábito de fumar puede dar lugar a una pérdida de inserción periodontal, así como pérdida de hueso alveolar; resultado de los estudios realizados por Baljoon y colaboradores en 2004, y Thomson en 2007.^{20,21}

“ *Muchos son los estudios publicados acerca de la asociación entre fumar y la pérdida de dientes.* ”

Por otra parte, Anand²² en un estudio realizado en la India, comprobó que el tabaco en cualquiera de sus formas produce pérdida de dientes. A los mismos resultados llegó Weiner.²³

El japonés Okamoto en 2006, estudió 1.332 fumadores durante 4 años y observó que la pérdida de dientes era dos veces superior a la de los no fumadores. Por otro lado, en los EEUU, Dietrich en 2007, estudió 26.284 hombres

fumadores durante 16 años, encontrando que la pérdida de dientes era tres veces mayor en fumadores que en no fumadores.^{24,25}

Los fumadores pasivos también están expuestos a enfermedades causadas por el tabaco, así La Torre en 2012 estudió a un grupo de estudiantes de Odontología europeos, encontrando que los estudiantes que vivían con fumadores tenían más enfermedades relacionadas con el tabaco. Semejante estudio realizó Keshavarz en 2010.^{26,27}

DISCUSIÓN

Muchos son los estudios publicados acerca de la asociación entre fumar y la pérdida de dientes, se puede concluir que la fuerza de esta asociación, claramente depende del modo en que la enfermedad sea definida, a la cual hay que añadir las consabidas diferencias sociodemográficas, genéticas, aspectos conductuales de la muestra de cada estudio. Se puede deducir una clara asociación entre el consumo de tabaco y la enfermedad periodontal, tanto como factor de riesgo como factor pronóstico. Esta asociación se basa desde el punto de vista etiopatogénico, tanto en efecto a nivel local, como son la modificación de la vascularización y la flora bacteriana, como efectos a nivel sistémicos, tales como su acción sobre la normal función neutrófila, anticuerpos, etc.^{28,29}

Otro punto de consenso de los artículos revisados es, que el tabaco se relaciona con alteraciones a nivel del hueso que conducen a su disminución, tanto en altura como en densidad, y consecuentemente a la pérdida de inserción y forma de enfermedad periodontal más agresiva y refractarias al tratamiento.^{30,31,32,33}

Por otro lado, el carácter de esta asociación es dosis-dependiente, de manera que son aquellos fumadores que conviven con un hábito más severo y mantenido durante más años en los que se comprueba un daño periodontal más importante.³⁴

De todos modos, es esperanzador comprobar que abandonar el hábito conlleva un cese del avance de los problemas periodontales que el consumo de tabaco ha generado, y sobre todo, alcanzar mejores pronósticos al tratamiento.³⁵

CONCLUSIÓN

De acuerdo con nuestra revisión bibliográfica, el hábito de fumar debe ser considerado como un factor de riesgo de pronóstico de enfermedad periodontal y pérdida de dientes. Por lo tanto, los médicos de atención primaria, así como los odontólogos, deben promover el desarrollo de la salud oral en la población, inculcándole mo-

dos de vida saludables, insistiendo en la importancia de una correcta higiene oral y de una reducción o posible eliminación, del hábito tabáquico.

También, el profesional de la salud debe dar a conocer la trascendencia y las posibles consecuencias de las infecciones odontológicas en la salud general; pues una buena salud oral va a ser beneficiosa para la salud general ●

BIBLIOGRAFÍA

- Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas: CPHE. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006; 44(1)
- Estadísticas Sanitarias Mundiales, Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2005.
- Figueredo Ruiz E, Carretero Peláez MA, Cestero La Piedra R, Esparza Gómez G, Moreno López LA. Efectos del consumo del alcohol etílico en la cavidad ora: Relación con el cáncer oral. MED Oral. 2004;9(1):2-9.
- El tabaco, el alcohol y el riesgo de cáncer de las vías aerodigestivas superiores. Rev Panam Salud Pública 2000;7(1):50
- Castellsaque X, Quintana MJ, Martínez MS, Nieto A, Sánchez MJ, Juan A et al. The role of type of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. International Journal of Cancer.2004 ;108(5):741-749.
- Rioboo R. Odontología preventiva y Odontología comunitaria. Madrid: Avances,2002.
- Hecht SS, Carmella SG, Le KA, Murphy SE, Boettcher AJ, Le C, Koopmeiners J, An L, Hennrikus DJ. 4 (Methylnitrosamino)-1-(3-Pyridyl)-1-butanol and its glucuronides in the urine of infants exposed to environmental tobacco smoke. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.2006; 15: 988-992.
- Colectivo de autores. Enfermedad Periodontal. En: Guía Práctica de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2003:195:6.
- Wickholm S, Galanti MR, Soder B, Gilljam H. Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. Community Dentistry and Oral Epidemiology.2003;31(4):269-274.
- Calsina G, Ramon JM, Echevarría JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. J Clin Periodontol.2002; 29:771-776.
- Preber H, Bergstrom J. Effect of non-surgical treatment on gingival bleeding in smokers and non-smokers. Acta Odontol Scand.1986;44:85-89.
- Van Winkelhoff AJ, Loos BG, van der Reijden WA, van der Velden U. Porphyromonas gingivalis, Bacteroides forsythus and other putative periodontal pathogens in subjects with and without periodontal destruction. J Clin Periodontol.2002;29:1023-1028.
- Giannopoulou C, Kamma JJ, Mombelli A. Effect of inflammation, smoking and stress on gingival crevicular fluid cytokine level. J Clin Periodontol.2003;30:145-153.
- Lindhe J. Perioodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Panamericana,2000.
- Ylostalo P, Sakki T, Laitinen J, Jarvelin MR, Knuutila M. The relation of tobacco smoking to tooth loss among young adults. Eur J Oral Sci.2004;112:121-126.
- Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. Acta Odontol Scand.2005;63:85-93.
- Ojima M, Hanioka T, Tanaka K, Aoyama H. Cigarette smoking and tooth loss experience among young adults: a national record linkage study.BMC Public Health.2007;7:313.
- Al-Bayaty FH, Wahid NA, Bulgilba AM. Tooth mortality in smokers and nonsmokers in a selected population in Sana'a, Yemen. J Periodontal Res. 2008;43:9-13.
- Do LG, Slade GD, Roberts-Thomson KF, Sanders AE.Smoking-attributable periodontal disease in the Australian adult population. J Clin Periodontol. 2008;35:398-404.
- Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. The association of smoking with vertical periodontal bone loss. J Periodontol 2004;75:844-851.
- Thomson WM, Broadbent JM, Welch D, Beck JD, Poulton R. Cigarette smoking and periodontal disease among 32-year-olds: a prospective study of a representative birth cohort. J Clin Periodontol.2007;34:828-834.
- Anand PS, Kuriakose S. Causes and patterns of loss of permanent teeth among patients attending a dental teaching institution in south India. J Contemp Dent Pract.2009;10:E057-064.
- Wiener RC. Association of smokeless tobacco use and smoking in adolescents in the United States: An analysis of data from the Youth Risk Behavior Surveillance System survey,2011.JADA 2013; 144(8):930-938.
- Okamoto Y, Tsuboi S, Suzuki S et al. Effects of smoking and drinking habits on the incidence of periodontal disease and tooth loss among Japanese males: a 4-yr longitudinal study. J Periodontal Res.2006; 41(6):560-244.
- Dietrich T, Maserejian NN, Joshipura KJ, Krall EA, García RI. Tobacco use and incidence of tooth loss among US male health professionals. J Dent Res.2007;86:373-377.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, et al. Tobacco use among medical students in Europe: results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. Public Hlth.2012;126:159-64.
- Keshavarz H, Jafari A, Reza Khami M, Virtanen JI. Passive smoking and attitudes towards Tobacco control Programs among Iranian Dental Students. Asian Pacific J Cancer Prev.2013;14(6):3635:3639
- Georgia K, Johnson MS, Nancy A, Slach BS. Impact of tobacco use on Peridontal status. J Dental Edu.2001;65:313-21.
- Hanioka T, Tanaka M, Takaya K, Matsu-mori Y, Shizukuishi S. Pocket oxygen tension in smokers and non-smokers with periodontal disease. J Periodontol.2000;71:550-4.
- Hildelbot CF, Pilgram TK, Yokohama-Crothers N y cols. Alveolar bone height and postcranial bone mineral density: negative effects of cigarette smoking and parity. J Periodontol 2000;71:683-9.
- Baljoon M. Tobacco smoking and vertical periodontal bone loss. Swed Dent J Supply 2005;174:1-62.
- Baharin B, Palmer RM, Coward P, Wilson RF. Investigation of periodontal destruction patterns in smokers and non-smokers. J Clin Periodontol.2006;33:485-490.
- Lima FR, Cesar-Neto JB, Lima DR, Kerbauy WD, Nogueira-Filho GR. Smoking enhances bone loss in anterior teeth in a Brazilian population: a restrospective cross-sectional study. Braz Oral Res.2008;372-1473-1483.
- Tomar SL, Asma S. Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol.2000;71:743-51.
- Anil S. Study of the patterns of periodontal destruction in smokers with chronic periodontitis. Indian J Dent Res.2008;19:124-128.

QUIERE
FINANCIACIÓN FÁCIL?
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



Gerodontología: la prótesis y la crisis

“Lo que los ancianos pueden permitirse”

AUTOR DR. MANUEL RIBERA URIBE
PRESIDENTE DE SEGER 2014 BARCELONA

El ejercicio práctico de la Gerodontología no es, en la práctica, limitado ni excluyente. La mayor parte de los profesionales lo llevan a cabo en el curso de su actividad profesional como una actividad más de las que realizan.

La suma entre la evidencia del día a día, la realidad económica actual, el perfil epidemiológico y social de nuestros ancianos y la proximidad del Congreso de la Sociedad Española de Gerodontología, que tendrá lugar los días 5,6 y 7 de junio en Barcelona, me han animado a escribir este artículo añadiendo el cotítulo “lo que los ancianos pueden permitirse”.

En las épocas de bonanza, la profesión ha ido decantándose por soluciones rehabilitadoras que han supuesto una mejora en el ejercicio de la profesión, a la par que un adelanto técnico y un aumento de la confortabilidad y duración de las prótesis. A ello ha contribuido en gran medida la implantología. Lo cierto es que, inevitablemente, esta circunstancia ha producido una disociación entre lo deseable y lo asequible.

Disculparán la taxativa presunción de arrogarme el conocimiento de qué es lo que pueden permitirse los demás. Lo cierto es que, seguramente, ustedes también conocen cuáles son las posibilidades reales de la mayoría de ancianos a la hora de hacer tratamientos dentales. No es, efectivamente, tan sólo un problema económico, que lo es. Tengan en cuenta que la pensión media de un anciano en nuestro país ronda los 718 €. Hay factores añadidos como la discapacidad y la limitación al movimiento que hace que no puedan acudir con la frecuencia que los procedimientos protésicos requieren a nuestras consultas, el nivel educativo que contribuye a establecer prioridades de dedicación económica a una u otra cosa, los factores emocio-

nales y sociales que implican la pérdida de autonomía...

Lo cierto es que, realizar prótesis sobre implantes y máxime rehabilitaciones orales sobre estructuras microfresadas, con un número elevado de fijaciones, con barras coladas o mediante técnicas CAD CAM, dobles coronas galvanizadas, rehabilitaciones en cerámicas o zirconios... Todo eso está al alcance de un reducido sector de la población anciana.

“*El anciano busca, por encima de la estética, la estabilidad de la prótesis completa.*”

En este contexto las antiguas prótesis convencionales, completas y removibles, son soluciones rehabilitadoras que han cobrado impulso al amparo de la situación actual. De su correcta indicación y realización técnica depende el obtener la máxima eficiencia con los mínimos inconvenientes. Hablemos por tanto de las características de cada una de ellas:

COMPLETAS

El anciano busca en la prótesis completa, por encima de la estética, la estabilidad. Es una característica que depende obviamente del grado de sujeción y de la existencia de una oclusión equilibrada.

La sujeción, a su vez, dependerá, a falta de un soporte óseo, reducido en el anciano, de la adhesión entre la saliva y la mucosa, la cohesión entre las moléculas de saliva que tan frecuen-

temente está afectada por la xerostomía, la tensión superficial entre la prótesis y la mucosa reflejada en una exacta impresión y la succión basada en un sellado periférico adecuado. Con todo, el éxito final de la completa no depende solo de una correcta ejecución sino, en última instancia, de la capacidad de adaptación del paciente. Ello determina que el manejo de conducta, la confianza, la paciencia y el actuar con empatía para con el anciano, son requisitos imprescindibles para el éxito.

Incluso en los casos en los que las dudas sobre la adaptabilidad, la retención o cualquier parámetro biológico sean importantes, la información que las viejas prótesis del paciente atesoran, incluso la que acumulan los dientes desahuciados, nos puede servir mediante técnicas de “duplicado de prótesis completas” como guía en la fabricación de nuevas prótesis.

Los inconvenientes de las completas, al margen de la necesidad de rebases periódicos, han ido menguando a medida que han ido apareciendo nuevos materiales. Las reacciones de alergia al metacrilato han sido superadas con la aparición de prótesis flexibles y libres de monómero como el Partial Flex, que ha aportado estética y resistencia a las bases protésicas

PARCIALES ESQUELÉTICAS

Los dentistas han renunciado al diseño de las prótesis. Ya en el 78, en plena época de la prótesis removible, con los dentistas reponiendo la dentición sin implantes, con una praxis muy centrada en la removible, Schwartz et cols referían que el 77% de las PPR eran diseñadas por el técnico dental y no por el dentista. Ello pese a que el análisis de las retenciones, de las bases, conectores y apoyos y su correcta ubicación, supone una clara mejora

biomecánica en el futuro para los pocos dientes que le quedan al anciano, y también un considerable ahorro en tiempo y dinero para aquellos que están abocados a seguir perdiendo más piezas y acabar haciendo composturas protésicas no previstas con antelación. La mayor parte de los criterios para tomar esas decisiones están al alcance del clínico y no del técnico.

SOBREDENTADURAS SOBRE IMPLANTES

Un porcentaje de casos que pueden o quieren acceder a la reposición mediante implantes, lo hacen sirviéndose de soluciones protésicas sobre dos o cuatro implantes portadoras, cada vez más, de retenedores intraradiculares tipo Locator, con un punto de fulcro que favorece la biomecánica al poner el anclaje lo más próximo posible a la propia encía.

Estas soluciones, incluso con dos implantes, aportan al anciano un drástico cambio en la calidad de vida percibida. Pasan de ser inválidos orales a disfrutar de una vida razonablemente normal.

En ese sentido, el anciano necesita soluciones más allá del punto de vista individual, soluciones implantológicas que sean económicas, rápidas, fiables, poco agresivas y con una expectativa de duración acorde a la edad del paciente. Hoy en día son muchas las casas comerciales que han desarrollado implantes sin colgajo, monoblocks, sin transeptiliales, económicos en comparación

con los implantes convencionales, de diámetros estrechos aplicables en situaciones de estrechas crestas alveolares y que permiten convertir una prótesis completa sin fijación, en una sobredentadura sobre implantes. Todo ello sin tener que fabricar una nueva prótesis; aprovechando, si sus parámetros biológicos son los adecuados, aquella que ya lleva el paciente. La edad no es por tanto, en sí misma, una contraindicación para el uso de implantes.

La evidencia es obstinada, y el futuro demográfico de España y de Euro-

pa, que ha hecho que las autoridades académicas Europeas recomienden la presencia de la Gerodontología en los planes de estudio de las Universidades, hacen aconsejable que las diversas ramas del saber orienten sus conocimientos a la situación específica, anatómica, médica, psicológica y social que tiene la población anciana. En SEGER 2014 Barcelona, vamos a ampliar e intercambiar conocimientos y experiencia en este sentido ●

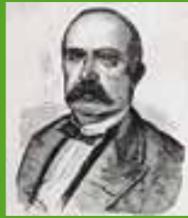


BIBLIOGRAFÍA

1. P, Clavero J, Baca AP, González-Rodríguez MP, Bravo M, Valderrama MJ. Effect of chlorhexidine-thymol varnish on root caries in a geriatric population: A randomized double-blind trial. *Journal of dentistry* 2009;37:679-685.
2. Brailsford SR, Fiske J, Gilbert S, Clark D, Beighton D. The effects of the combination of chlorhexidine/thymol- ad fluoride-containing varnishes on the severity of root caries lesions in frail institutionalised elderly people. *Journal of dentistry* 2002; 30:319-324.
3. Bravo M, Casals E, Cortés FJ, Llodra JC, Álvarez I, Hermo P et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE, Madrid, v.11, n.4, 2006. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000400002&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 26 dic. 2011.
4. Cortada Colomer M.: Prótesis Completas. Apuntes Prácticas. Editorial Gráficas Signo. Barcelona. 1986.
5. Cova JL. Biomateriales dentales. Ed. Amolca. México 2004
6. Featherstone JDB, Singh S, Curtis DA. Caries Risk Assessment and Management for the Prosthodontic Patient. *Journal of Prosthodontics* 2011; 20:2-9.
7. Koek B. Prótesis Completa. Elsevier Doyma S.L. Barcelona. 2007.
8. Mallat E. Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras. Cap 7 Ed. Elsevier 2004
9. McCracken . Prótesis Parcial Removible. Ed. Elsevier. 2006.
10. Misch C. Implantología Contemporánea. Elsevier España. Barcelona. 2009.
11. Shimura Y, Wadachi J, Nakamura T, Mizutani H, Igarashi Y. Influence of removable partial dentures on the formation of dental plaque on abutment teeth. *Journal of Prosthodontic Research* 2010; 54:29-35.
12. Zarb G. Bolender. Ch. Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. Mosby Inc. Sant Louis. 2004.

CLÁSICOS DE LA ODONTOLOGÍA

Antonio Rotondo, un profesional con múltiples facetas



Ningún otro de su tiempo entre los dentistas españoles pudo exponer un currículum cultural similar. Políglota, pintor, músico, dramaturgo o historiador, además de profesional de élite y autor de una obra más útil que trascendente para sus coetáneos, Rotondo es una referencia entre los dentistas ilustrados de todos los tiempos y su mejor biógrafa es la profesora Andrea Santamaría.

POR JAVIER SANZ SERRULLA

Hijo del dentista napolitano instalado en la Corte española José Rotondo y Marcenara, al servicio de la Casa Real española, Antonio Rotondo nace en Madrid el 8 de noviembre de 1808. Cursa los primeros estudios en el colegio de San Mateo y tiene como compañeros a Escosura, Ventura de la Vega y Espronceda, una generación prometedora en la cultura española novecentista. A los dieciséis años, por enfermedad de su padre, se ve en la circunstancia de tener que acudir al Palacio de Aranjuez para practicarle la extracción de una muela al mismo Rey, Fernando VII, que padece dolores insostenibles.

Tal es el dolor que sufre y tal el alivio que experimenta tras la intervención del hijo del dentista, que el monarca se compromete con el joven para auspiciarle una formación de garantía en las mejores capitales europeas, pues en España a este oficio se sigue accediendo por puro aprendizaje allende las aulas universitarias. El monarca nombra como tutor a quien sucediera a don José Rotondo, el también italiano Giusseppangelo Fonzi, quien le introduce en las mejores escuelas del viejo continente.

Regresar a España en 1830 y revalidar los estudios en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos, fue cosa previa a su nombramiento como “Cirujano Dentista de Cámara”, cargo que le otorga por Real Orden de 4 de junio de 1830, con el salario de quince mil reales anuales. Cesa en 1836 por ajustes en la plantilla de la Real Casa, pero en 1849 es repuesto en el cargo. A partir de entonces se mantiene hasta la fecha de su jubilación, cuando llegue la hora, el 18 de mayo de 1866.



Fachada principal del Monasterio del Escorial.

Aquel paréntesis fuera de Palacio no le supone merma en su patrimonio. Pues por su gabinete desfila lo más granado de la nobleza madrileña. Antonio Rotondo se anuncia en la prensa de la época para dar a conocer la dirección itinerante de su clínica, primero en el número 16 de la calle de la Montera, después en la calle de la Visitación, número 1, y más adelante en la también céntrica calle ancha de San Bernardo, en el piso principal del número 14.

UN PROLÍFICO AUTOR

Antonio Rotondo y Rabasco ha sido también Cirujano-Dentista de los Hospitales Militares de la Corte y del Colegio Politécnico. Condecoraciones españolas y extranjeras, así como premios en el ejercicio de su profesión, hacen la suya una de las voces más autorizadas cuando, a finales de siglo, la odontología española intentó asimilarse en lo docente a otros países con la instauración de colegios dentales en los que se enseñe el arte dental en exclusividad. Rotondo es reclamado para participar en la fundación del “Colegio Español de Dentistas”, que Cayetano Triviño erige en Madrid e inaugura el 11 de enero de 1874, con un discurso del Decano y Presidente del mismo, y futuro profesor de Terapéutica y Patología Dentaria.

En efecto, este no era otro que Antonio Rotondo, a quien sus colegas ponderan como autor de algunos libros de gran utilidad: “Instrucciones prácticas sobre la primera y segunda dentición de los niños y Tratado de Higiene Dentaria”, el “Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones y modo de limpiar la dentadura” y un tercero titulado “Lecciones de cirugía dentaria”. Y también lo siguen, como articulista en la Revista Odontológica, la decana del periodismo odontológico español, que también fundara Triviño. En todos sus escritos, que reúnen equilibradamente una instrucción teórica y una experiencia práctica, queda patente el propósito docente del autor para que los futuros

dentistas puedan desenvolverse con fundamento en las tareas más comunes de la profesión, las que él ha vivido reiteradamente.

Fuera del ámbito profesional, el dentista de la realeza también tiene su público, pues ha dado a la imprenta varios libros sobre la Basílica de El Escorial, alguno de los cuales se editan en gran formato, e incluso se reeditan siglo y medio después (sería su “Historia descriptiva, artística y pintoresca del Real Monasterio de San Lorenzo”, comúnmente llamado del Escorial, el regalo institucional con que el Presidente del Gobierno español José Luis Rodríguez Zapatero obsequiara a Su Santidad Benedicto XVI). Igualmente, firma el drama “Escenas del Dos de Mayo” y otras obras teatrales como “La abuela”, “El perro del hortelano”, “El tejedor de Segovia”, “El amigo de la casa”, “La Virgen del Puerto” y “¡Maldito párrafo!”. Como historiador lo hace con la “Historia ilustrada de la Guerra de África” en 1859 y 1860, y como lingüista con “Diccionario fraseológico español-francés y francés-español”, además de traducir otras varias obras de tema médico.

Y todavía la célebre “Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana” lo recordará como músico: tocaba varios instrumentos con gran gusto y aún como pintor: dice un escritor que pintó más de mil cuadros, muchos de los cuales figuran en museos particulares de España y el extranjero.

Antonio Rotondo, el temprano dentista, el viajero, el políglota, el humanista, el escritor, el profesor, falleció casi octogenario, después de una grave enfermedad, la noche del 6 de mayo de 1879. Treintaisiete años después de su boda con doña Teresa Nicolau y Parodi con la que tendría un solo hijo, Adriano Rotondo Nicolau, reconocido autor de aquella obra “La cueva de Cervantes en Argel” •

Noruega

el paraíso nórdico

Noruega es un país conocido por sus grandes atractivos naturales: fiordos, montañas y sol de medianoche. Un espectáculo de la naturaleza.

Noruega es un estado monárquico de Europa septentrional que, junto con Suecia, forma la península escandinava. Las dos naciones, junto con Dinamarca, conforman Escandinavia, siendo Noruega la parte más occidental de dicha región. Las islas de Svalbard y Jan Mayen son también parte de su territorio.

Noruega tiene fronteras al norte con el Mar de Barents, al nordeste con Rusia y Finlandia, al este con Suecia, al sur con el estrecho de Skagerrak y al oeste con el Océano Atlántico. En la larga extensión de su costa atlántica, Noruega tiene numerosos fiordos, valles de origen glaciar que son uno de los iconos más representativos del país.

La mayor parte de Noruega es montañosa, lo que hace que su orografía se convierta en una serie de mesetas que tienen una altura de entre 600 a 900 metros. El origen del macizo montañoso se debe al plegamiento caledonio.

Noruega tiene tres factores orográficos de norte a sur: la meseta de Finnmark, los montes Kjolen y las mesetas del suroeste y depresiones del sureste. El monte Galdhøpiggen (2.469 m), es el más alto de Noruega y Escandinavia. Las cordilleras de Kjolen y de los Dofrines forman el principal sistema orográfico del país.

Debido a esta configuración los ríos son cortos, pero tienen un gran caudal a causa de las grandes superficies heladas de las montañas, que en verano se deshuelan. En Noruega los lagos ocupan unos 7.600 km², que equivaldrían aproximadamente al 2% de la superficie total. En Noruega también predominan los fiordos y las simas.

Atractivos naturales

El país nórdico ofrece una gran variedad de escenarios para visitar. La capital, Oslo, se ubica a orillas del Fiordo de Oslo y está rodeada de montañas y bosques, lo que la convierte en una ciudad que transmite armonía entre la vida urbana y la naturaleza.

Oslo ofrece al visitante lugares que no hay que perderse: el Parque de esculturas Vigeland, el edificio de la Ópera con vistas al Fiordo de Oslo, el salto de esquí Holmenkollen, la Fortaleza Akershus, la Galería Nacional, el Museo Munch, el nuevo Museo Astrup Fearnley. La Isla Bygdøy es parada obligatoria para los turistas. En ella podrán visitar el Museo Fram, el Museo de los Barcos Vikingos, el Museo Kon-Tiki y el Museo Folklórico.

Los fiordos noruegos

Pero si por algo es conocida Noruega fuera de sus fronteras, es por sus espectaculares fiordos, canales de agua que penetran profundamente en las montañas desde la costa. Donde terminan las llanuras, las montañas se sumergen varios cientos de metros en el océano y ahí es donde se forman esas vías navegables que ofrecen al visitante la posibilidad de disfrutarlas realizando cruceros.

Entre la gran variedad de fiordos, podemos destacar algunas ciudades enclavadas en su interior, que se ofrecen al visitante como parada en su recorrido.

Stavanger está situada al sur de la región de los fiordos noruegos y se caracteriza por ser una ciudad cultural, gastronómica y a la vez inmersa en la naturaleza más pura. Se trata de una ciudad con una rica vida cultural, que fue Capital Europea de la Cultura en 2008, y que también destaca por su excepcional gastronomía.

A Bergen se la conoce como “el portal de los fiordos noruegos”. Es una ciudad rica en historia y tradición, que además tiene el encanto y el ambiente de un pequeño pueblo y combina a la perfección la naturaleza con la cultura y con una intensa vida urbana. Es el punto de partida perfecto para recorrer algunos de los fiordos más conocidos de Noruega, como el Sognefjord, Nærøyfjord o Hardangerfjord, y su aeropuerto, Flesland, se encuentra a tan sólo 30 minutos en autobús del centro de la ciudad.

Los mayores atractivos de Bergen son Bryggen, el antiguo muelle hanseático que forma parte de la Lista de Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO, la Torre Rosenkrantz de 1270, el Museo y la casa de Edvard

Grieg, la iglesia medieval de madera de Fantoft y el acuario. Uno de sus grandes atractivos turísticos es el funicular Fløibanen para subir al monte Fløyen, que ofrece las mejores vistas de la ciudad y sus 7 colinas.

La zona de Hardanger es conocida por el Hardangerfjord, la meseta Hardangervidda, y el fantástico florecimiento de árboles frutales en primavera.

El glaciar más grande de Europa

Jostedalbreen es el glaciar más grande de Europa continental, con una superficie de 487 km². Tiene más de 50 ramales, y los más famosos son Briksdalsbreen y Nigardsbreen. Este glaciar forma parte del Parque Nacional Jostedalbreen, ubicado en Sogn og Fjordane.

Por otro lado, la ciudad de Ålesund es conocida por su arquitectura al estilo modernista Art Nouveau, por sus fiordos y las elevadas cumbres de los Alpes de Sunnmøre.

Geiranger, Patrimonio de la Humanidad

El paisaje de este fiordo es de extrema belleza, por eso la UNESCO lo incluyó en la lista de Patrimonio de la Humanidad. Durante todo el recorrido, el visitante contempla numerosas

cascadas que caen desde lo más alto de las montañas hasta las aguas del fiordo, destacando entre todas ellas la cascada de las Siete Hermanas, el Pretendiente y el Velo Nupcial.

Geirangerfjord puede recorrerse en ferry o apreciarse desde los miradores Flydalsjuvet o Dalsnibba, a más de 1.000 metros sobre el nivel del mar. Estos miradores tienen fácil acceso por carretera.

El Fiordo Nordfjord se extiende desde el glaciar Jostedalbreen y destaca por ser un fiordo de gran belleza natural y con menor número de turistas recorriendo sus aguas en ferry, por lo que descubrirlo en kayak es una muy buena elección. Desde las aguas del fiordo existe una ruta de senderismo hasta la montaña Skåla, a 1.848 metros sobre el nivel del mar, que ofrece vistas de impacto.

Laponia Noruega

Laponia Noruega es el hogar de los Samis, la población indígena de Noruega, tierra de las auroras boreales en invierno y del sol de medianoche en verano. Cabo Norte es el mayor atractivo turístico de la zona, el punto más septentrional de Europa continental y la meta de muchos viajeros •

ABAJO, ÅLESUND
© INNOVATION NORWAY



ABAJO, VIAJE EN VELERO, EL SOGNEFJORD
© INNOVASJON NORGE



ARRIBA, EL RØISHEIM HOTEL
© ASTEONATIONALTOURISTRUTES.COM



Rugby,

un deporte duro
pero noble

El rugby o fútbol rugby (ocasionalmente escrito también como rugbi), es un deporte de contacto en equipo nacido en Inglaterra, donde tomó ese nombre a partir de las reglas del fútbol elaboradas en el Colegio de la ciudad de Rugby (Rugby School) en el siglo XIX.



El rugby es un deporte en equipo de contacto físico caracterizado por su singular pelota ovalada y sus arcos altos en forma de "H". Es practicado por todo tipo de personas y se juega en más de 100 países. Se considera un deporte rudo, pero no violento, que promueve el trabajo en equipo y el respeto por las diferentes capacidades de sus integrantes, consideradas todas importantes.

El rugby se juega en un campo de juego rectangular de 100 metros de largo por 70 metros de ancho. Generalmente es de pasto, pudiendo ser también artificial, de arena y de nieve, según el lugar de juego. Tiene dos postes de gol en los dos extremos del terreno de juego, que están a una altura de 3 metros. El único elemento necesario para jugar es la pelota ovalada, de unos 39 centímetros de largo. En cuanto a la protección, no se puede usar nada tan firme, para no dañarse entre los jugadores. Se permiten algunas protecciones acolchadas para las zonas del cuerpo más delicadas.

El juego del rugby consiste en realizar la mayor cantidad de puntos llevando la pelota al suelo, detrás de la línea de marca del equipo rival. El hacerlo se llama ensayo y da 5 puntos. En ese mismo

momento se puede realizar una conversión, es decir, patear la pelota para hacerla pasar por el poste de gol; realizarlo da 2 puntos más. También se puede lanzar al poste cuando hay falta, realizando el llamado puntapié de castigo y ganando 3 puntos si se consigue el gol. Mien-

“ *Es un deporte que fomenta la sociabilidad. Tras los partidos los equipos se reúnen en una cordial reunión.* ”

tras se está jugando, también se puede lanzar al poste con un puntapié, luego de poner la pelota en el suelo; la jugada se llama gol de botepronto y vale 3 puntos. El partido dura 80 minutos, en dos tiempos de 40 minutos cada uno. Puede variar dependiendo de la modalidad de rugby.

En un juego de Rugby participan 15 jugadores por equipo que, están dividi-

dos en dos grupos llamados *forwards* y *backs*. Los *forwards* son generalmente los más altos, se encargan de ganar la pelota, y realizan formaciones fijas para lograrlo. Los *backs* son más bajos y veloces y reciben los pases de los *forwards* para correr a la línea de marca. Pueden correr con la pelota en las manos hacia delante, también patearla en la misma dirección, pero los pases sólo se pueden hacer hacia atrás o hacia los lados. Una técnica muy usada es el *tackle*, para interceptar al jugador que va con la pelota; sólo se realiza a ese jugador y siempre debajo de los hombros.

El rugby es muy popular en todas las naciones que conforman las Islas Británicas (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales e Irlanda), así como en las ex colonias británicas (Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica), y en Francia.

Además de los países antes mencionados, el rugby se practica en todos los continentes, con variados grados de popularidad y competitividad internacional. En África es popular, por influencia inglesa, en Sudáfrica, Namibia, Kenia y Zimbabue, y por influencia francesa en Túnez, Costa de Marfil, Madagascar y Marruecos. En América se practica principalmente en Argentina, donde

tiene gran arraigo y cuya selección ha logrado el tercer puesto en la Copa del Mundo de Rugby 2007. También tiene cierta importancia en otros países americanos, como Canadá, Estados Unidos, Uruguay y Chile, y algo menos Brasil, Paraguay, Bermuda, Trinidad y Tobago, Venezuela, Perú, y Colombia. En Asia, el equipo más destacado es el de Japón. En el resto de Europa, se destaca Italia, que participa en el Torneo de las Seis Naciones. También está difundido en otros países del continente europeo, sobre todo en Portugal, España y en países del Este europeo, como Rumania, Georgia o Rusia. En Oceanía, por influencia australiana y neozelandesa, el rugby es también un deporte popular en Fiyi, Tonga y Samoa, cuna de jugadores destacados en el ámbito internacional.

En abril de 2010, 116 uniones nacionales eran reconocidas por el

International Rugby Board, la asociación federativa que regula este deporte en el mundo.

Desde los orígenes mismos del rugby y el fútbol actual, a mediados del siglo XIX, se definieron como el alter ego del otro: fuerza contra habilidad; juego limpio contra juego desleal, etc. Un antiguo dicho británico dice que “el fútbol es un juego de caballeros jugado por villanos y el rugby es un juego de villanos jugado por caballeros”. En el rugby es característico el respeto por las reglas que deben practicar tanto los jugadores como el público. Las decisiones del árbitro rara vez son discutidas por los jugadores. En los partidos internacionales entre selecciones, y en muchos de los campeonatos europeos como el Top 14, se puede recurrir, a solicitud del árbitro principal, a la repetición en vídeo de las jugadas producidas dentro del in goal en caso de duda. La

revisión de estas jugadas está a cargo de un cuarto árbitro llamado TMO (Television Match Official), aunque la decisión final siempre corresponde al árbitro principal.

Además, se fomenta la sociabilidad, dándose, generalmente, entre compañeros de equipos y oponentes una cordial reunión después de los partidos, denominada tercer tiempo, junto con los árbitros, entrenadores y parte del público, para hablar acerca del partido •



SESPO 2013, una gran cita profesional de elevado nivel científico

El Congreso SESPO 2013, celebrado del 21 al 23 del pasado mes de noviembre, reunió en Sevilla a grandes personalidades de la odontología mundial que debatieron sobre los temas más importantes de nuestra profesión. El programa científico se desarrolló en dos intensas jornadas que, además, se completaron con un programa lúdico.



DISPONIBLE EDICIÓN ONLINE EN WWW.ODONTOLOGOSDEHOY.COM

[TERESA DE LA JARA, ODONTÓLOGA Y JUGADORA DE RUGBY]

“El rugby es uno de los deportes más completos, ya que se trabajan casi todas las partes del cuerpo”

Licenciada en Odontología por la Universidad Complutense y estudiante del Máster de Cirugía Oral, Teresa de la Jara es una apasionada del rugby, un deporte que empezó a practicar hace algo más de dos años, casi por casualidad, y que se ha convertido en una de sus pasiones.

María José García

Fotografías: Silvia Navarro
Fotógrafa Freelance



“Odontólogos de Hoy”: ¿Cuándo y dónde comenzaste a practicar el rugby?

TERESA DE LA JARA: En un primer momento, intenté organizar un equipo de rugby en la facultad de odontología, para que pudiéramos participar, pero no logramos ser el número suficiente de chicas para formar ese equipo.

Por eso, me metí en el de Ciencias Físicas, equipo en el que jugamos gente de diferentes facultades, de Veterinaria, de Geológicas... Se trata de un equipo muy abierto, con mucha presencia en redes sociales, y donde es más fácil entrar. Siempre me ha encantado el deporte, siempre lo he practicado. Me encanta correr, estuve en un equipo federado de atletismo, natación..., pero echaba en falta practicar un deporte en equipo y que me aportara algo nuevo. Al principio mi madre puso el grito en el cielo cuando le dije que se me había ocurrido entrar en un equipo de rugby. La primera vez que entrené con ellas fue hace un par de años y tengo que confesar que fue un flechazo con ese deporte.

ODH: Eres estudiante de postgrado, en concreto del Máster de Cirugía Oral de la Complutense. ¿Cómo compaginas tu actividad académica con el deporte?

T.D.J.: Hago todo lo posible para poder compaginarlo, pero en mi caso el tiempo es mi enemigo. Me encantaría federarme para poder competir al más alto nivel, pero no puedo abarcarlo todo. Estoy con el doctorado y haciendo un máster, con lo cual tengo un volumen de trabajo muy elevado. Quiero entrar en cirugía, tengo que trabajar mucho, publicar y acumular méritos para poder entrar en la Complutense. La vía de escape que tengo es el deporte, ya que en el campo se me olvida todo. Entrenamos tres días por semana, una hora y media, y luego tenemos el día de partido.

ODH: ¿Cuál es tu valoración del rugby como deporte?

T.D.J.: Desde mi punto de vista es uno de los deportes más completos, se trabajan mucho varias partes del

cuerpo, hombros, piernas... Hasta el pasado año compaginaba mis estudios con la asistencia al gimnasio para completar mi preparación física, ya que yo formo parte de la línea del equipo más veloz, por lo que es muy importante la puesta a punto. Aunque tengo problemas con el poco tiempo que tengo para practicar este deporte, no lo dejaría.

ODH: ¿Cuáles son las cualidades de este deporte que tú destacarías?

T.D.J.: El rugby es un deporte de mucha técnica, aunque desde fuera se piensa que es muy violento y agresivo, cuando se practica te das cuenta de la gran carga técnica que tiene. Tiene mucho contacto físico, pero es muy noble, cuando se acaba el partido se aplaude al equipo ganador y al perdedor y se celebra “el tercer tiempo”, que consiste en ir a celebrar el fin del partido los dos equipos juntos tomando unas cervezas.

Los partidos masculinos son más fuertes, en la disciplina femenina quizá se vea más técnica, más estrategia.

ODH: ¿Qué significa el rugby para ti en tu vida?

T.D.J.: Para mí es una vía de escape, una terapia, una felicidad, una alegría. El dolor físico que se siente en el campo, supera al dolor psicológico o anímico que se pueda tener por otras cuestiones. Ahí radica su grandeza. Te das cuenta de que hay cosas a las que no hay que darle tanta importancia. Yo se lo recomendaría a mucha gente.

Es un deporte de equipo en el que hay que destacar la importancia de la disciplina, ya que si uno falla, fallan todos. En el campo somos como una familia, pero hay que ser muy respetuoso y entender las jerarquías. De hecho, al árbitro se le llama señor en el campo y se le trata de usted. Únicamente se puede dirigir a él, el capitán y, de la misma manera, se le tiene sumo respeto a este último.

Por encima de las individualidades siempre prima el grupo.

ODH: ¿Tú, como odontóloga, qué aportas al grupo?

T.D.J.: Pues creo que mucho, ya que obligo a mis compañeras a llevar protección bucal, ya que es frecuente encontrar problemas, sobretodo en la articulación temporomandibular, por la frecuencia de los golpes en la cara. Creo que se hace imprescindible la figura del odontólogo. ¡Casi más que la del fisioterapeuta!

ODH: Por cierto, ¿por qué elegiste estudiar odontología?

T.D.J.: Es curioso porque no la elegí. Ni me lo planteé, pero fue el destino. Tenía 8,45 de media en selectividad, quería entrar en medicina y me faltaron 5 centésimas al hacer la nota media con mis calificaciones previas. Estaba completando la lista de carreras y en cuarto lugar puse odontología y fue la carrera que me asignaron, en la Complutense. Pero debo decir que estoy encantada de haber estudiado odontología, ya que me ha aportado muchas cosas positivas, me ha abierto mucho la mente, y me ha hecho practicar un deporte que me apasiona, como es el rugby. También he conocido de cerca el mundo de la investigación y el trato con el paciente, desde el tercer año, una relación muy cercana que me encanta. Esto es lo que más me gustaba cuando pretendía estudiar medicina, lo que no sabía es que lo podía hacer desde otra especialidad médica. Considero que la odontología y la medicina no se deben separar.

ODH: Y hablando desde el punto de vista profesional, ¿cuáles son tus objetivos como odontóloga?

T.D.J.: Mi principal objetivo es ser docente y combinarlo con la práctica clínica. También me llama mucho la atención la investigación. De hecho, el año pasado en las jornadas de in-

vestigación biomédica de la Complutense, gané el primer premio de investigación gracias a un trabajo que realicé sobre los estudios de la fisura palatina que estaban investigando en Grupo Complutense.

En cuanto a las perspectivas de futuro laboral, yo haría un símil de un partido de rugby con la carrera profesional. Tanto en el partido como en el futuro profesional de cada uno, hay que llegar a una meta de ensayo. Para ello hay que cruzar un campo lleno de obstáculos, en el que caeremos una y otra vez, y te pararán, y serás placado, pero la necesidad de alcanzar esa meta es lo que te hace levantarte, aunque te duela todo el cuerpo. Y aunque estés desesperado porque parece que todo se pone en contra en tu trabajo, conseguir llegar a la meta es la que te hace un gran jugador, o un profesional competente. Siempre hay que luchar, cueste lo que cueste y duela lo que duela, porque cuando llegas, lo haces con más fuerza que nadie, y con la cabeza bien alta •



Los Summers: una larga saga de artistas II

Guillermo Summers, pintor y escultor de toros y toreros, guionista y presentador de Televisión
(por Paco Summers Rivero)



Guillermo Summers Rivero nació en Sevilla el 27 de junio de 1941, y fue bautizado en la Iglesia de San Bernardo, en la cual lo hacían todos los toreros de la capital. Quizá este bautizo con agua bendita bastante fría, pero muy taurina, fuese la señal primera de que el niño sintiese ya la futura afición por la fiesta nacional.

Guillermo, al que sus siete hermanos restantes llamaban Guillín (con enfado de mi madre que decía que el niño tenía un nombre más bonito, Guillermo Jorge), y el que según mis padres gozaba de una apariencia más británica que ninguno de nosotros, era un niño rubio, de ojos azules, pestañas y cejas casi blancas, delgadito, nervioso y muy travieso.

Cuando a mi padre, que era fiscal, lo destinaron a la Audiencia de Madrid, Guillermo y todos nosotros trasladamos desde Sevilla a la capital de España, en una especie de “Expreso de Medianoche”, ofreciendo una velada de carreras, gritos y llantos de los más pequeños, dedicada a los incautos viajeros que nos acompañaban en el convoy.

Primeros años en Madrid

Guillermo y otro de mis hermanos pequeños (casi recién nacido), Pedro, estaban al cuidado de una tata muy guapa llamada Mari Ángeles, que la pobre debía luchar todo el día con los dos demonios de infantes, que hacían lo que querían, y si no lloraban. Guillermo y Pedro aprendieron a leer y a escribir sin faltas de ortografía en el mejor colegio del Madrid de entonces, el Apostol Santiago, que estaba al lado de casa, por lo cual todos los días llegábamos tarde a clase.

Guillermo se pasaba el tiempo pintando cosas, un coche, una casa, un toro, un árbol, etc..., y lo hacía bastante bien. Mi padre se ponía muy contento admirando sus buenas dotes artísticas. También disfrutaba mucho haciendo travesuras, quitándole frutas a Enrique, el frutero que tenía la tienda en los bajos de la casa. El hombre lo perseguía por toda la calle Lista (hoy Ortega y Gasset) dándole voces: Guillermo eres un veneno, veneno malo!!

Así, Guillermo iba creciendo en

altura y sabiduría y en su interior aumentaba también su fiebre taurina, hasta que un día le dijo a mi padre: “Papá, cuando sea mayor, quiero ser torero”.

Mi padre no le hizo mucho caso y se fue con sus amigos Ceferino y Altamirano, a Lhardy a tomar una copa.

Camino de Huelva

En 1951, Guillermo, que ya tendría unos diez años, tuvo que viajar otra vez con mis padres y sus hermanos (excepto quien esto escribe) a Huelva, ciudad colombina y patria de la dinastía torera de Litri, porque a mi padre lo habían nombrado Gobernador Civil de la provincia.

En aquellos años, la figura de Miguel Báez “El Litri”, era muy popular, porque había alcanzado grandes triunfos, en competencia con Julio Aparicio, varias temporadas. Guillermo se hizo amigo del torero onubense, a ver si se lo llevaba a torear con él. Sin embargo, todavía era pequeño para tomar la alternativa y se tuvo que conformar con pintar toros y toreros en su cuarto del Gobierno Civil. Guillermo estudió los primeros años del Bachillerato en la Escuela Francesa, de Huelva, dado que mi madre quería que hablara francés, pero salvo algunas frases o comentarios de texto, el niño no se interesó mucho por la lengua de Molière.

Granada, cantada en tarde de toros

En 1956, mi padre fue nombrado Gobernador Civil de Granada y allá nos trasladamos toda la familia, formada entonces por nueve hermanos y dos perros. Había nacido el último hermano, Tomás, que también quería ser torero, y al que el Litri regaló un capote precioso. Guillermo continuó con su afición a los toros. Asistía a las corridas y dibujaba los lances taurinos, como le habían enseñado mi padre y mi hermano Manolo, cuando ellos lo hicieron en la plaza de Madrid.

Llega la Televisión a España

En 1960 nuestra familia vuelve a Madrid, porque mi padre se incorporó a su trabajo en la fiscalía de la Audiencia de la capital.

Guillermo, como sentía el arte en sus diversas facetas, se había metido a trabajar en la televisión, que se acababa de inaugurar en un hotelito de la Avenida de la Habana. Estuvo destinado en el Departamento de Decoración varios años, dibujando rótulos, decorados y efectos especiales hasta que se aburríó y empezó a escribir programas infantiles como “El monstruo de Sancheztein”, “La Guagua”, al tiempo que hacía ilustraciones para otros espacios juveniles de gran éxito como “Escuela TVE”, “Academia TVE”, etc...

Guillermo se casó en Sevilla con una sevillana muy guapa, Marita. Al año siguiente tuvieron un niño que ahora es un gran pintor, como su padre y su abuelo. Luego, ya más mayorcito, se alió con Ignacio Salas, un joven con barbas, desenfadado, y con Pastora Vega, una bella mujer y juntos produjeron un programa atípico, titulado “Y sin embargo, te quiero”, que tuvo mucho éxito y

popularidad. Siguió luego otros, como “Mitomanía”, “Si te he visto no me acuerdo”, etc...

Guillermo polifacético

Guillermo ha sido una criatura polifacética siempre. Pintó seriamente e hizo exposiciones en Madrid y Sevilla. Presentó muchos programas de Televisión, hizo de gancho y protagonista tremendo en cámaras ocultas de mi hermano Manolo. Ha escrito dos bestsellers (“El cochero Leré”, para leer en los atascos, “Yo soy aquel negrito”, sobre publicidad, o “La loca historia de España”) e incluso ha dado conferencias sin motivo justificado, o pregones de fiestas, sin cobrar un céntimo.

En su faceta de pintor y escultor de toros, que se muestra aquí, en una colección titulada “LATA UROMAQUIA”, hecha a base de latillas viejas y chapas, puede apreciarse bien su arte y su afición total por la Fiesta •



"GÉNESIS", LA ESPECTACULAR VUELTA A LOS ORÍGENES DE SEBASTIAO SALGADO

Desde el pasado mes de enero y hasta el próximo mayo, la Fundación Caixa Forum-Madrid acoge "Génesis", una recopilación de 245 fotografías en blanco y negro del fotógrafo brasileño Sebastião Salgado, que muestra su viaje de 8 años por los lugares más extremos del planeta.

El nombre de la exposición es una declaración de intenciones de su autor, ya que "el 46% de la Tierra permanece en el estado en el que se hallaba en la época del Génesis". Las imágenes han sido plasmadas, además, en un espectacular libro, publicado por la prestigiosa editorial Taschen.

El viaje de Sebastião Salgado comenzó en 2004 en las islas Galápagos. Su recorrido en imágenes muestra la naturaleza más limpia y sincera a través de su objetivo,

En Caixa Forum hasta el 4 de mayo



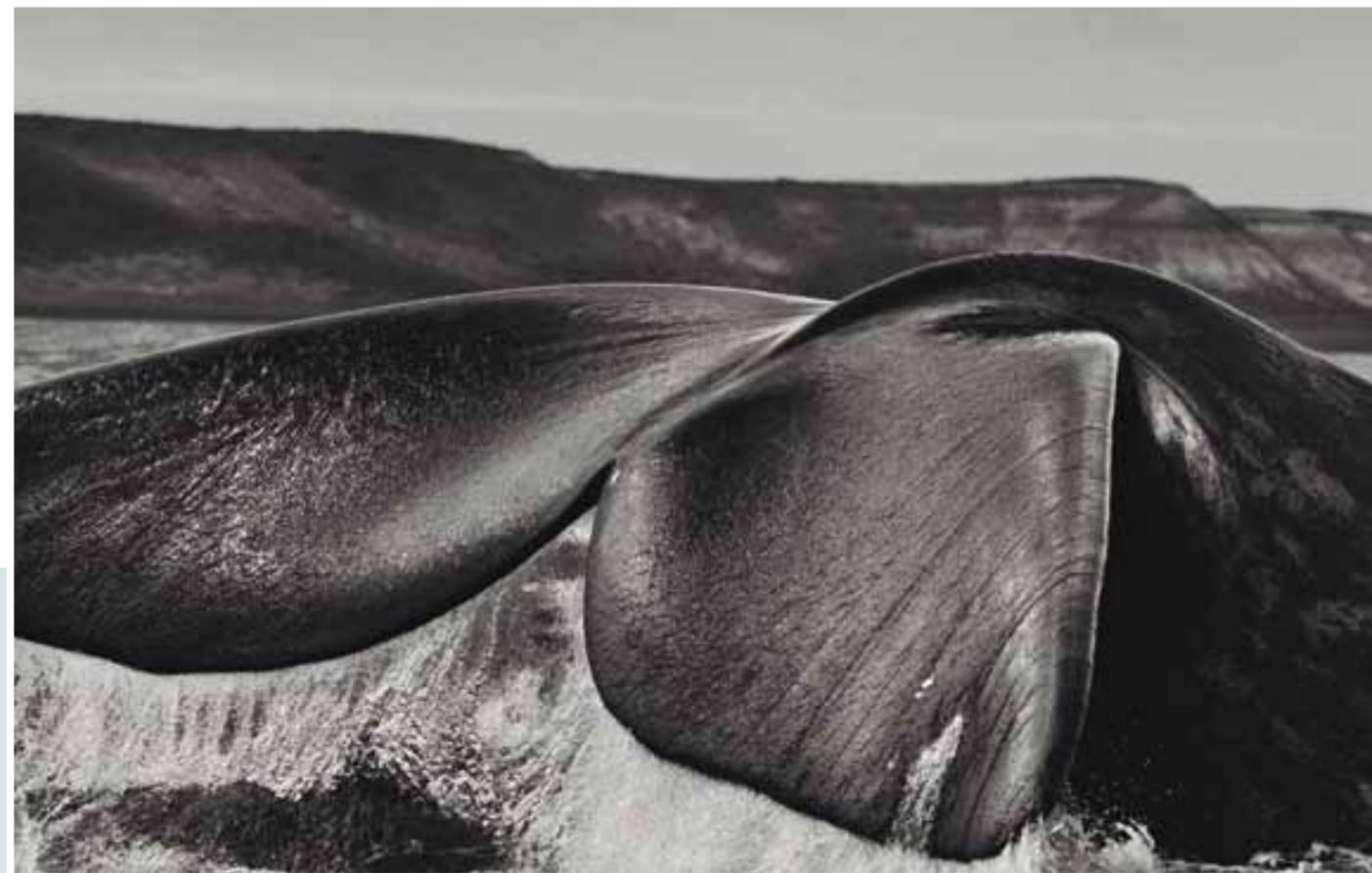
aquellos lugares llenos de magia donde la huella del hombre no ha sido sinónimo de destrucción e industrialización masiva.

El autor emprendió esta increíble expedición acompañado por un equipo de 15 personas y 18 burros de carga en los que transportaban los víveres y el material. Viajaron por senderos marcados por la huella del hombre desde hace más de 5.000 años y que se conservan intactos. Se levantaban cada mañana a eso de las cinco de la madrugada y emprendían trayectos de unos 30 kilómetros, que recorrían en 10 ó 12 horas. Salgado ha querido retratar en sus imágenes algunas de las raíces que nos pegan a la Tierra.

Así ha sido el épico trayecto del excepcional fotógrafo brasileño (Minas Gerais, 1944), que recibió el Premio Príncipe de Asturias de las Artes en 1998, y que pertenece a ese grupo de artistas de la imagen que se encuadran en la tradición de la fotografía socio-documental.

Salgado reconoce que al realizar esta serie no se planteó un trabajo desde el punto de vista antropológico, periodístico o de militancia ecologista, sino desde el interés y la curiosidad por conocer la belleza original del planeta Tierra. Todas las fotografías están hechas en blanco y negro, porque dice que no sabe hacer fotos en color y porque para eso están todas las gamas del gris que pueden sustituir a los colores.

La exposición en Madrid ya ha recorrido Brasil, Reino Unido, Canadá, Francia e Italia. ¡Una oportunidad única que no hay que perderse! ●



IMÁGENES CEDIDAS POR: FUNDACIÓN LA CAIXA.



INFORMACIÓN DE LA SALA:

PASEO DEL PRADO, 36. 28014 MADRID - TEL.: 91 330 73 00.
HORARIO: DE LUNES A DOMINGO, DE 10 A 20 H.
PRECIO: 4 €. ENTRADA GRATUITA CLIENTES "LA CAIXA".
EL PRECIO INCLUYE EL ACCESO A TODAS LAS EXPOSICIONES.

VISITAS COMENTADAS PARA EL PÚBLICO GENERAL:

VIERNES, A LAS 19 H. SÁBADOS, A LAS 13 Y 18 H.
DOMINGOS Y FESTIVOS, A LAS 13 H.
PRECIO POR PERSONA: 3 €.
50% DE DESCUENTO CLIENTES "LA CAIXA".

NOVEDAD AUDIOGUÍA. PRECIO POR PERSONA: 4 €.
50% DESCUENTO CLIENTES "LA CAIXA".



[FOTOLANDIA DENTAL]

Curso de fotografía aplicada a la odontología



El pasado día 23 de noviembre, Marcel Martín, de Fotolandia Dental, impartió un curso de Fotografía y Photoshop aplicado a la Odontología en las instalaciones del COEC, en Barcelona, y organizado por IEN Odontólogos. El curso contó con la participación de 30 alumnos.

La sesión formativa consistió en una parte de teoría, práctica con paciente y los ajustes básicos de Photoshop como ajustes de luz, color, optimizar balance de blancos, cómo realizar recuadros y el principio del trabajo por capas •

[COLEGIO DE MÉDICOS DE SEVILLA]

“Manejo de la encía para la realización de un injerto predecible”

El Colegio de Médicos de Sevilla acogió el pasado viernes 24 de enero el curso “Manejo de la encía para la realización de un injerto predecible”, que reunió a 125 colegiados.

El Dr. Gómez Meda, comenzó explicando la importancia de hacer un diagnóstico correcto, individualizado, estudiando, sobre todo, el biotipo gingival, y expuso diferentes técnicas para la realización de injertos en función de dicho biotipo. Asimismo, destacó la importancia de utilizar prótesis provisionales combinadas con injertos de tejido conectivo, con el fin de lograr un buen manejo de los distintos tejidos, y presentó diferentes formas de uso de las mismas.

Por su parte, el Dr. Steigmann insistió en la necesidad de injertos de tejido conectivo previos a la colocación de los implantes, y expuso las diferencias en el manejo de biotipos finos y gruesos.

Con respecto a la colocación de los implantes, recaló la importancia de una correcta posición e inclinación de los mismos, y la influencia del tipo de implante en la consecución de estos objetivos. Presentó distintos trabajos, cuyas conclusiones nos deben llevar a cambiar algunos de los paradigmas clásicos con respecto a la pérdida de hueso y su relación con la estética, la preservación de hueso mediante implantes inmediatos y el diseño de los injertos para la conservación de los tejidos blandos.

Terminó con la presentación del protocolo para la colocación de los implantes en su posición ideal, y para la prevención y tratamiento de la recesión peri-implantaria, todo ello ilustrado con numerosos casos clínicos •



[DENTAL DOCTORS]

DentalDoctors presenta su oferta formativa en Gestión Odontológica para 2014



DentalDoctors ha dado a conocer los principales cursos que integrarán su oferta formativa para 2014. El principal atractivo de este año vuelve a ser el Diploma en Dirección Clínica y Gestión Odontológica, postgrado de referencia entre los profesionales del sector dental que iniciará en octubre su décima edición.

Además del Diploma en Dirección Clínica y Gestión Odontológica, den-

talDoctors ha programado una doble edición del IX Curso Intensivo en Gestión Clínica y Atención al Paciente, dirigido al equipo auxiliar, y que tendrá lugar en Madrid y Valencia. También se celebrará el II Workshop Líderes en Odontología, actividad teórica-práctica dirigida por el Dr. Primitivo Roig, director de dentalDoctors, y la Dra. Elsbeth Kalenderian, vicedecana de la Harvard Dental School •

El Dr. Primitivo Roig introduce en Italia el modelo de gestión de DentalDoctors

El pasado 6 de diciembre se celebró en Milán el curso “La Gestione Professionale dello Studio Dentistico”, el primer evento formativo organizado íntegramente por dentalDoctors en Italia. Impartido por el Dr. Primitivo Roig, director de la entidad, el curso contó con cerca de una veintena de profesionales llegados de distintas partes del país.

Es la tercera vez en menos de 3 meses que el Dr. Roig, quien recientemente fue internacionalmente reconocido con el nombramiento como “Fellow del Inter-

national Team of Implantology” (ITI), participa en cursos o eventos sobre gestión en Italia.

Todos los asistentes a estos eventos han coincidido en señalar la buena impresión recibida sobre el enfoque y la perspectiva del modelo de gestión de dentalDoctors, que basado en el respeto y la ética profesional, plantea soluciones para optimizar la eficiencia del trabajo clínico, gestionar con éxito al equipo e incrementar la satisfacción y fidelidad de los pacientes •

[DVD INTERACTIVO]

MAXILLARIS y Germán Esparza Gómez presentan el DVD interactivo “Casos clínicos de Medicina Oral”

La revista MAXILLARIS acaba de poner a disposición de los profesionales el DVD interactivo y su app “Casos Clínicos de Medicina Oral”, del Doctor Germán Esparza Gómez, profesor titular de Medicina Bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Se trata de una recopilación interactiva de todos los artículos de la sección “Imágenes de Medicina Oral”, publicados en MAXILLARIS desde el año 2004.

El DVD “Casos Clínicos de Medicina Oral”, cuenta con explicaciones e imágenes de casos clínicos representativos, y ofrece una serie de variables con las que es posible determinar a qué tipología corresponde cada lesión. El objetivo de este DVD interactivo y su app es ayudar al profesional en la identificación de las alteraciones que pueden aparecer en la mucosa oral y su diagnóstico para, de esta manera, poder manejar correctamente estos procesos •



ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN

2013-2014
¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁSTERES UNIVERSITARIOS

- Máster Universitario en Investigación en Odontología y Ciencias de la Salud
- Máster Universitario en Odontología Restauradora Estética

MÁSTERES PROPIOS

- Máster Internacional en Cirugía Oral
- Máster en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial
- Máster en Odontopediatría Integral
- Máster en Periodoncia
- Máster en Endodoncia

MÁSTERES ONLINE

- Máster en Estética Dental Online
- Máster en Endodoncia Online
- Máster en Odontopediatría Integral Online

RESIDENCIAS CLÍNICAS

- Residencia Clínica en Prótesis Bucal
- Residencia Clínica en Periodoncia
- Residencia Clínica en Implantología Oral
- Residencia Clínica en Técnicas Quirúrgicas Aplicadas a la Cavidad Oral
- Residencia Clínica en Dolor y Disfunción Craneomandibular
- Residencia Clínica en Medicina y Patología Oral
- Residencia Clínica en Odontopediatría Integral
- Residencia Clínica en Gerodontología y Pacientes Especiales

DIPLOMAS DE POSTGRADO

- Diploma de Postgrado en Cirugía Ortognática y Ortodoncia Quirúrgica
- Diploma de Postgrado en Salud Pública Oral y Atención Primaria

MÁS DEL 80% DE
**PRÁCTICA
CLÍNICA**
SOBRE PACIENTES

uic Universitat
Internacional
de Catalunya

INFORMACIÓN Y ADMISIONES

Sra. Patricia Pujol
infoodonto@uic.es
www.uic.es
telf: 93. 504. 20. 00
c/ Josep Trueta s/n
08195 San Cugat del Valles
Barcelona, España

TODO LO QUE NECESITA PARA SU CONGRESO O EVENTO
**ORGANIZACIÓN INTEGRAL
DE CONGRESOS & EVENTOS
FORMACIÓN POSTGRADO**

EDUCATIO
DENTAL
CONGRESS

WWW.EDUCATIODENTALCONGRESS.COM
SOLICITE INFORMACIÓN
INFO@EDUCATIODENTALCONGRESS.COM

CALIDAD, EFICACIA & EXCELENCIA: ESA ES NUESTRA GARANTÍA
ORGANIZACIÓN INTEGRAL DE CONGRESOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS, TODAS LAS ESPECIALIDADES; IMPLANTOLOGÍA,
PRÓTESIS, ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, ETC.
TODOS LOS SERVICIOS: CATERING, HOSPEDAJE, AZAFATAS, ÁREA DE PRENSA, AUTOBUSES, PROGRAMA DE OCIO, VIDEO,
FOTO, REDES SOCIALES, TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA, COMUNICACIÓN INTEGRAL EN MASS MEDIA, EMISIÓN NEWSLETTER,
CARTELERÍA. ACTOS, REUNIONES, ENTREGAS DE PREMIOS, PONENCIAS, CONFERENCIAS, DISCURSOS, LECTURA DE TESIS,
EVENTOS. 25 AÑOS NOS AVALAN.

91 856 99 75

667 73 84 59



Un toque de delicadeza para una excelente salud gingival

Controle la presión del cepillado con los cepillos eléctricos de Oral-B



EL 93% DE LOS PACIENTES REDUJO LA PRESIÓN DEL CEPILLADO DESPUÉS DE USAR UN CEPILLO ELÉCTRICO DE LA SERIE PROFESSIONAL CARE 5000 DE ORAL-B*

SISTEMA TRIPLE DE CONTROL DE PRESIÓN:

-  1 El sensor de presión interno se activa a los 2,4N, antes de que el paciente aplique una fuerza que pueda dañar sus encías (>3N)
-  2 La luz indicadora se enciende para recordar al paciente reducir la presión
-  3 El cepillo reduce su frecuencia de oscilación y rotación en un 35% y detiene las pulsaciones

Referencia: S. Janusz K et al. J Contemp Dent Pract. 2008;9(1):15.

Para más información, llame al teléfono de atención al profesional: **902 200 540**

Oral-B®



Continuamos con el cuidado que empieza en su consulta

Oral-B®