

José Manuel Aguirre

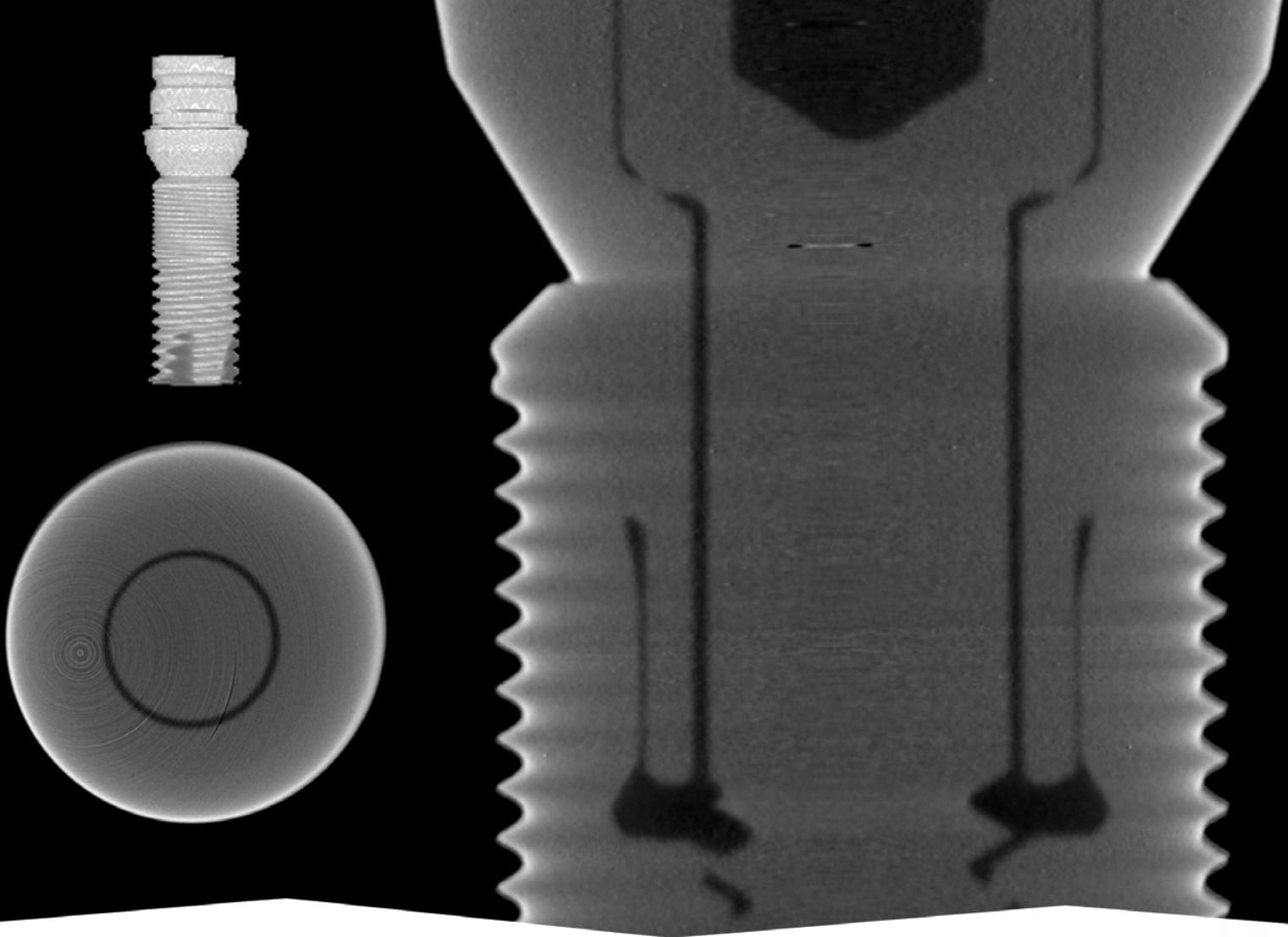
“La Medicina Oral y la Patología Oral han sido reconocidas como especialidad en numerosos países”



SECIB Valencia
16 - 18 de noviembre

Hablamos con
Serafín Cuenca

Nuevos miembros del
International College
of Dentists (ICD)



A veces un cero es la mejor nota que te pueden dar.

**Un estudio de la Universidad de Minnesota (USA) constata que el ajuste implante-prótesis
en nuestros productos presenta un GAP 0.**

Los investigadores Henllan (1997) y Brogini (2006) sugieren que la interfaz o microgap entre el implante
y el pilar tiene un efecto perjudicial sobre el nivel óseo marginal.



ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

ticareimplants.com

6 Editorial

8 Opinión

14 Tribuna de salud pública

16 Actualidad

24 REPORTAJES

28 Entrevista

28 José Manuel Aguirre Urizar
Catedrático de Estomatología

32 Serafín Cuenca Echevarría
Consultor Internacional y Profesor

34 Ciencia y salud

34 CASO CLÍNICO
Restauraciones de composite ORMOCER complejas directas en la región posterior

38 CASO CLÍNICO
ORMOCER nanohíbrido para la técnica de obturación en bloque (Bulk-Fill) en la región posterior

44 CASO CLÍNICO
Tratamiento de un quiste radicular: enucleación y relleno óseo mediante Cerasorb®

50 PATOLOGÍA ORAL EN IMÁGENES
Quiste de Gorlin (Quiste Odontogénico Calcificante)

56 Mejora tu gestión

56 El secreto profesional
Ignacio Gutiérrez Galende

58 War is coming
Alberto Manzano

60 El mejor activo de tu clínica: tu equipo
Eduard Martín

62 Destinos

Santiago de Compostela
La ciudad de los Peregrinos

64 Cultura

66 Empresas

72 Formación



ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

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

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

Cristina García Durán. Odontóloga Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de Investigación de la U.R.J.C. Madrid.

Jaime Gil Lozano. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.P.V. Bilbao.

Luis Giner Tarrida. Decano Facultad de Odontología, Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Ángel González Sanz. Profesor Titular U.R.J.C. Madrid.

Juan José Guarro Miquel. Presidente Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental de Cataluña. Barcelona.

José Luis Gutiérrez Pérez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Cirugía Oral y Maxilo Facial de los Hospitales de Sevilla y Huelva. Profesor Titular Vinculado de la Universidad de Sevilla.

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal facial U. C. M. Madrid.

José María Martínez González. Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Florencio Monje Gil. Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

María Jesús Mora Bermúdez. Profesora Titular de Prótesis. Universidad de Santiago de Compostela.

Adalberto Mosqueda Taylor. Profesor Titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Brigadas españolas de la FOS Yucatán

Odontología Social en México

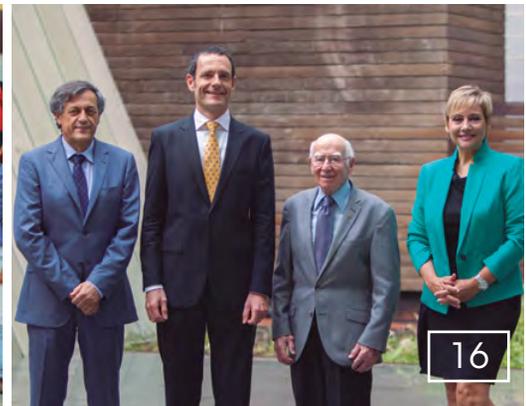
26



Daniel M. Laskin, Miguel Peñarrocha y Gloria Serra, premios SECIB 2016

Premios Internacional, Nacional y Comunicación de SECIB

16



El International College of Dentists recibió a los nuevos miembros

En Londres los días 15 y 16 de junio

24

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, enviémos 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

Revista de distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales.



Solidaridad todos los días

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

Desde nuestro anterior número las noticias de catástrofes naturales se han ido repitiendo y muchos son los lugares del entorno hispanoamericano afectados, pero es el seísmo que ha asolado México el que más nos ha impactado por su magnitud en pérdida de vidas humanas.

Nuestra publicación es constante eco de actuaciones solidarias de la comunidad odontológica y del apoyo de cada individuo que la compone a las causas comunes en favor de los más desprotegidos.

En este número nuestra editorial quiere ser un mensaje de solidaridad y cariño a todos los afectados por las catástrofes naturales que han azotado el continente americano •



I JORNADAS IBEROAMERICANAS Y III INTERNACIONALES DE ODONTOLOGÍA SOCIAL



**13·14
OCTUBRE
2017**



Directores:

Antonio Castaño Séiquer

Juan Antonio Márquez Rodríguez.

 comunicacion@fos-ls.org

SOLICITADA LA ACREDITACIÓN POR LA AGENCIA
DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

ORGANIZA:

**Fundación
Odontología Social**

LA RÁBIDA, PALOS DE LA FRONTERA · HUELVA

**Campus de Santa María de la Rábida · Huelva
Universidad Internacional de Andalucía**

250 plazas

INSCRIPCIÓN:

PROFESIONALES **95€***

ESTUDIANTES DE GRADO Y GRADOS SUPERIORES **45€***

**Obsequio de un ejemplar de "Odontología Social.
Un proyecto iberoamericano para el mundo"
(Autores de 9 nacionalidades | 460 pág.)*

COLABORAN:





Una Odontología “deshumanizada”

PROF. JAVIER SANZ.
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

Entre el 29 de agosto y el 1 de septiembre se ha celebrado en Madrid el “World Dental Congress” de la Federación Dental Internacional (FDI). Este organismo internacional está compuesto por cinco “grupos”, correspondientes a los territorios de África, Asia y Pacífico, Latinoamérica, Norteamérica y, por último, el grupo europeo (European Regional Organization, con orígenes en 1955), del cual forma parte el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, en consonancia con las demás instituciones del viejo continente. En resumen, podríamos decir que la profesión dental organizada es la que constituye la FDI, por conjunción de los órganos respectivos de sus países miembros.

Es preciso advertir esto, pues los congresos que anualmente viene celebrando la FDI son lo que podíamos llamar los “congresos de la profesión” y no los de la odontología o los de las especialidades odontológicas en tanto que tales, pues generalmente éstas celebran asimismo sus reuniones, simposios o congresos, bien con carácter nacional o internacional, para tratar principalmente los avances científicos, tecnológicos y técnicos de la propia especialidad. Todos tenemos alguna experiencia de ello y basta con remontarse históricamente a sus orígenes y trayectoria para corroborarlo. No quisiera olvidarme del Congreso Nacional de Odontología celebrado en Valladolid en el año 2003, paradigma de lo que debe de ser un congreso de este género, que al final del mismo emitió un “Documento Valladolid 2003”, advirtiendo de la situación por la que pasaba la profesión y previendo su futuro inmediato.

Es así que un congreso “de la profesión” debería orientarse en dos líneas principales: la profesional y la científica. Cuando recibimos el programa del reciente congreso celebrado en Madrid, nos sorprendió la ausencia de cualquier asunto socio-profesional, de tal manera que la carga de la convocatoria recaía casi en exclusividad en la vertiente científica que, insisto, viene siendo tratada en los congresos monográficos al respecto. Y más aún nos sorprendió la ausencia de cualquier tema del área de

“Humanidades”, aunque no hay día en que a nuestros dirigentes no se les caiga de la boca la relación humanitaria que mantenemos con los pacientes, como consecuencia de ser la nuestra, entre las profesiones relacionadas con la salud, una profesión de un gran componente humanístico, al estilo marañoniano.

Como mucho, pero no, se incluyó la presentación de un libro (ya había sido presentado en 2016 y también en Madrid el mes anterior al congreso) titulado “*El rostro enfermo*” en cuya portada aparece el famoso cuadro de Domenico Ghirlandaio, “*Retrato de anciano con su nieto*”, que hemos podido visitar en el Louvre. El viejo presenta una ostensible patología nasal, un rinofima. O sea, siendo pretendidamente el único tema aproximado a las humanidades, no era tampoco un tema propiamente de ámbito odontológico sino facial, como los autores han expuesto acertadamente.

“

¿A qué se debe, pues, la ausencia de las Humanidades en este congreso (F.D.I. – Madrid 2017) de ámbito mundial? Sólo nos caben tres respuestas: ignorancia, desprecio o descuido.

”

Las llamadas “Humanidades médicas” han ido ganando terreno en los currículos universitarios de las Ciencias de la Salud, lógicamente en la Odontología también, pero no de forma caprichosa sino porque las autoridades académicas han tenido convencimiento de la necesidad de la formación humanística del médico, gracias a lo cual la relación clínica ganará en calidad, y por ende en beneficio del paciente o del enfermo. En pocos países como el nuestro tienen una tradición tan consistente, que se suele identificar principalmente en la figura de Gregorio Mara-



ñón, si bien existen otros ejemplos, acaso de no tanta intensidad, como el propio Santiago Ramón y Cajal. Entre las Humanidades médicas goza de más larga tradición y producción la Historia de la Medicina, principalmente a raíz de la obra y la escuela magnífica de Pedro Laín Entralgo –por cierto, participante en el Congreso de la FDI celebrado en Madrid en 1976–.

En lo más específicamente nuestro, la Historia de la Odontología, hace ya tres décadas que forma parte de casi todos los planes de estudio de la Licenciatura, o del Grado, en Odontología en España. O sea, casi todos los licenciados en Odontología en universidades españolas han tenido que dedicar una parte de su estudio a esta faceta. Goza de tan buena salud que, por ejemplo, en Madrid se ha celebrado el pasado año el II Congreso Europeo de Historia de la Odontología, organizado por la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO), con presencia de numerosos representantes de otros tantos países.

¿Cuál es la utilidad de la Historia? Pongamos un ejemplo elocuente, por no alargar. En 2011 se celebró en Ávila el “XI Congreso Nacional y VI Nacional” de SEHO. El tema monográfico a desarrollar fue el estudio de los últimos veinticinco años de la Odontología española, coincidiendo con el XXV Aniversario del comienzo de la Licenciatura en Odontología. Se emitió el llamado “Documento Ávila 2011”, que puede consultarse aún en la portada de la web de SEHO: www.sociedadseho.com, en el que se advertía, entre otros asuntos, de la alarmante plétora profesional y con proyección al año 2020. Algunas instituciones lo tomaron

en consideración y formaron grupos de trabajo para intentar poner remedio.

Dejemos la Historia. ¿Es posible que en 2017 no se incluya en un programa congresual de la profesión un solo asunto relacionado con la Bioética, materia también presente en los planes educativos? Pues sí. Ha sido posible. No digamos ya otras humanidades como Antropología o Literatura.

¿A qué se debe, pues, la ausencia de las Humanidades en este congreso de ámbito mundial? Sólo nos caben tres respuestas: ignorancia, desprecio o descuido. A cual peor. En un país de grandes humanistas médicos, las humanidades odontológicas, como también las cuestiones puramente socio-profesionales, no han tenido cabida, volviéndose a la época –que creíamos superada– en que los dentistas eran vistos como meros técnicos. La inopia es tal que probablemente ni se les habrá pasado por la cabeza a los responsables que es precisamente la historia la que juzga épocas y personajes, siempre a la luz de los hechos. Pues bien, en este congreso internacional sus organizadores mostraron al mundo su desprecio, tal vez su olvido, quizá su ignorancia, por las Humanidades Odontológicas. Mientras, quienes profesionalmente las cultivan, tuvieron la elegancia de exponer su crítica *a posteriori*, sin inquietar ni turbar a ningún comité organizador en sus trabajos previos. Esta especie de Odontología “deshumanizada” no se corresponde con la realidad, principalmente por la labor de quienes a las Humanidades Odontológicas se vienen dedicando profesionalmente, con gran aceptación por parte de un alumnado excelente •



¿Dónde se arreglan la boca nuestros ancianos?

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

Nuestro sistema sanitario está en el *top ten* mundial. La asistencia universal pública es ya un hecho en nuestro país. La calidad de la odontología española está fuera de toda duda. Hay clínicas dentales que han puesto al alcance de la población el control de la salud oral y los tratamientos otrora prohibitivos. No todas, ni mucho menos, faltando a la ética profesional. No hay pueblo ni barrio que no cuente con la presencia de uno o varios dentistas ejerciendo en instituciones públicas o en gabinetes o centros privados.

Este panorama tiene sus aspectos positivos y negativos pero no se puede negar que la odontología está en condiciones de llegar, al menos por oferta y accesibilidad, a todos los ciudadanos. Los condicionantes culturales, las diferentes sensibilidades y prioridades del público en relación a su propio cuidado bucal y el concepto extendido de que la salud es un derecho y por tanto no habría que pagarlo en efectivo, son desde luego limitaciones para el acceso a la asistencia dental. El envejecimiento de la población también lo es. Del mismo modo, la discapacidad psíquica. El final de nuestros días y el deterioro físico y mental exige un plus de recursos asistenciales, sociales y económicos a la par que un esfuerzo legislador para proteger a una población frágil y pluripatológica. La proliferación de residencias de ancianos y centros para discapacitados ha obligado a las autoridades sanitarias a exigir la existencia de recursos asistenciales que aumenten la salud y la calidad de vida. Todas las residencias e instituciones sanitarias que acogen la discapacidad o minusvalía psíquica tienen obligatoriamente médico, enfermeros, terapeutas ocupacionales, psicólogos... pero en general carecen de dentista y cuando lo tienen es en modo limitado y voluntariamente. En estos momentos en que nuestra oferta dental es desgraciadamente más amplia que la demanda, cuando la realidad demográfica es la que es y la sensibilidad social hacia el cuidado de nuestros ancianos y pacientes con limitaciones es un hecho, parece una paradoja que las normas reguladoras en las instituciones que alojan a estos pacientes no obliguen

a disponer de odontólogos. Lo es también la desidia en reformar una legislación que, con las garantías y limitaciones necesarias, permita convertir las instituciones sociales en asistenciales, disponiendo de gabinetes dentales preparados para la atención y muy especialmente para la prevención. Probablemente no se llevarán a cabo todo el amplio abanico de tratamientos dentales que realizamos en una clínica al uso pero sí los necesarios para mejorar la calidad de vida de los residentes, disminuir la morbilidad asociada a las enfermedades sistémicas que guardan relación con la odontología y minimizar los graves conflictos de accesibilidad y desplazamiento que tiene este perfil de pacientes. Es ciertamente un problema de salud pública.

Si existe la oferta, la sensibilidad y el conocimiento necesario para atender a este, cada vez más numeroso, sector de la población, nos tendríamos que preguntar a dónde van los pacientes a solucionar sus problemas dentales cuando, por la edad o por la discapacidad, dejan de venir a nuestras consultas convencionales o a los centros de atención primaria. La respuesta es obvia. No van a ningún sitio. Se salen del sistema sanitario *top ten*, de la asistencia pública universal y ni se benefician de la

“ *Residencias de ancianos y centros para discapacitados en general carecen de dentista.* ”

calidad de nuestra odontología, ni la miríada de dentistas que pueblan nuestras calles pueden, con cobertura legal, atenderles más allá del analgésico o antibiótico que palíe el conflicto sin abordar la causa. La inclusión obligatoria de odontólogos en el cuadro facultativo de las residencias de ancianos e instituciones de acogida de discapacitados es una asignatura pendiente en nuestro sistema sociosanitario y afloraría una enorme cantidad de patología no atendida que demanda desesperadamente alguien que se haga cargo de ella. Especialmente la sanidad pública que, pese a todo, sigue mirando hacia otro lado, elaborando limitados planes de atención dental infantil con unos índices de caries poblacionales que parecen irrisorios en comparación con la situación dental de ancianos y discapacitados, verdadero problema de futuro en nuestra profesión.

No hay peor ciego que el que no quiere ver •



MANAGING
PAIN FOR
YOUR
PRACTICE



www.septodont.es

OraVerse®

PRIMER REVERSIBLE DENTAL DEL EFECTO ANESTÉSICO***

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

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

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

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

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

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



Redes Sociales

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Queridos compañeros no sé qué os pasa últimamente pero estáis revolucionados, las páginas de redes sociales para dentistas no hacen más que crecer y crecer.

¿Qué ha sido de los dentistas solitarios en sus clínicas?

Existen páginas de todo tipo, como *Aula Dental avanzada*, en la que se comparten conocimientos y compañeros con mucha experiencia enseñan a los más jóvenes de forma completamente altruista.

También existe *Dentistas sin Dinero*, ésta es una de mis favoritas, si tenéis un mal día y queréis reiros un rato, entrad en esa página y encontraréis el lado más divertido de la profesión.

Para los dentistas más glotones está *Dentistas con estómago*, donde se comparten recetas... de esta página me tuve que salir porque viviendo en Inglaterra era una crueldad ver a diario los platitos de jamón que ponían algunos.

Páginas de dentistas españoles en el extranjero hay muchas, casi una por cada país europeo, estas páginas son muy útiles para resolver dudas a compañeros que piensan marcharse o a los que acaban de llegar a ese determinado país y están un poco perdidos.

Aunque también sirve para encontrar trabajo, los españoles afortunadamente somos muy de tirar para casa y cuando en las clínicas en las que estamos buscan a alguien siempre somos los primeros en decir "espera, que ya pongo yo el anuncio en la página de dentistas españoles".

Por otro lado, existen las páginas reivindicativas como *Salvemos la Odontología*, *Odontólogos por vocación*, *Odontología en tiempos revueltos*...

En *Dentistas Unidos de España*, por ejemplo, se ha dado mucho apoyo a la plataforma de afectados por Idental. Reciben mensajes de pacientes a diario preocupados y en busca de consejo.

Tengo que felicitar también a las páginas de los Colegios, que están más activas que nunca y tienen miles de seguidores.

Creo que es una forma de comunicación mucho más barata y efectiva, ya que permite llegar a muchísimos pacientes y están sacándole mucho partido.



“

Es una forma de comunicación barata y efectiva, que permite llegar a muchísimos pacientes y están sacándole mucho partido.

”

Incluso los dentistas ingleses se han subido a las redes sociales, pero es interesante ver cómo los problemas entre dentistas ingleses y españoles son distintos.

Mientras que en las páginas de los ingleses se está empezando a fraguar una guerra contra los bufetes de abogados que los acosan y fomentan que los pacientes hagan denuncias falsas, en España se lucha contra la publicidad engañosa y la mercantilización de la profesión.

En definitiva, creo que esta socialización virtual entre dentistas es muy positiva porque nos acerca como compañeros y nos va ayudar a afrontar los nuevos retos de la profesión •



Responsabilidad
Civil Profesional

más de

20

AÑOS

*Asegurando
su Tranquilidad*

LLEVAMOS
MÁS DE
20 AÑOS
ASEGUANDO
EL EJERCICIO
PROFESIONAL DE
QUIENES EJERCEN
LA SANIDAD

En A.M.A. aseguramos su tranquilidad profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



www.amaseguros.com
902 30 30 10 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 

A.M.A. MADRID

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

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID (Hilarión)

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



Comunidad de Madrid: nueva oportunidad perdida

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

Desde hace unos meses hay en servicio en España un nuevo Programa de Atención Dental Infantil puesto en marcha por la Comunidad de Madrid, mediante un convenio de colaboración entre el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región (COEM). Este programa copia el modelo de la Comunidad de Castilla y León, que es público con derivación al sector privado para determinados tratamientos. Dará cobertura a los niños y jóvenes comprendidos entre los 6 y 16 años de edad y a las personas discapacitadas (sin límite de edad), tendrá vigencia anual y la gestión de los pacientes derivados al dentista concertado será llevada a cabo por el COEM. Así es como se ha dado a conocer en el mes de junio de este año. Para obtener asistencia, el niño debe acudir al dentista de su Centro de Salud y, si requiere un tratamiento de endodoncia o por caries, traumatismo o malformación de los dientes del sector anterior, es derivado a un dentista acreditado que es remunerado según una tarifa pactada. Ya en su primer año –en realidad en sus primeros meses (tiene vigencia sólo hasta el 31 de diciembre de 2017)– todas las cohortes de edad entran en el programa al mismo tiempo, lo que no deja ser sorprendente teniendo en cuenta que la comunidad cuenta con 83 unidades operativas, un número inconcreto de dentistas acreditados (unos 350 a día de hoy) para una población diana de 680.000 chicos y chicas de 6 a 16 años. Si la demanda responde a las necesidades detectadas por el estudio previo de salud (recientemente publicado), la red asistencial es a todas luces insuficiente. La coordinación correrá a cargo de un Director Asistencial Médico de la Dirección de Atención Primaria; es decir, un médico, no un dentista. Esto es importante subrayarlo: nuevamente la planificación y gestión de los servicios de salud bucodental se deja en manos de profesionales ajenos a la odontología, desconocedores de nuestro campo de salud. Se presenta como un PADI (ver web: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid) pero no lo es si nos atenemos a la definición aceptada y original.

Con todo, bienvenida sea la iniciativa del SERMAS de organizar la asistencia dental para su población infantil aunque, es obligado decirlo, ésta ya estaba amparada por una ley de ámbito nacional, por cierto incumplida parcialmente en esta Comunidad sin una implantación general en todo su territorio. A mi entender, se trata nuevamente de una oportunidad perdida de poner en marcha un PADI, y se ha empezado la casa por el tejado. En realidad se trata de una continuación de lo que el SERMAS ya ofrecía mediante la asistencia que prestan los dentistas en los centros de salud (que trabajan con voluntad pero sin apenas directrices) y que ahora, gracias a este convenio de colaboración, podrán referir a centros mejor dotados a los niños que necesiten un tratamiento que el sector público no está

“

Nuevamente la planificación y gestión de los servicios de salud bucodental se deja en manos de profesionales ajenos a la odontología.

”

en condiciones de ofrecer. Así las cosas, esto no es un programa de salud pública que tenga como objetivo mantener y mejorar la salud dental y, desde luego, no es un PADI: es puramente un servicio de atención al tratamiento a demanda.

El PADI, en su concepción original, es un programa que pone como punto de partida –y de llegada– la salud. Bajo una planificación de salud pública y unas coordinadas específicas –que se pueden consultar en la variedad de artículos publicados al respecto, pero que resumidamente son: financiación pública, provisión mixta, protocolos orientados a la salud y pago por capitación– el PADI se ofrece en ocho CC.AA. de todo



el Estado. Es una fórmula exitosa aunque, a *fuera* de ser sinceros, los respectivos programas de las diferentes Comunidades que lo aplican no están exentos de limitaciones y carencias, todas ellas subsanables como se ha mostrado recientemente (Simón Salazar y Aguirre Urizar JM, 2015 y Cortés Martinicorena, 2016). Entre estas carencias la más importante es la ausencia en muchas CC.AA. de una Unidad Específica de Gestión (UEG) para la Salud Bucodental. ¿Cuándo aceptará la Administración que la asistencia odontológica requiere de esta Unidad? ¿Cuándo aceptará que es un área tan diferenciada de la médica general que requiere de conocimientos específicos en la materia? En la Comunidad de Madrid, se ha optado nuevamente porque la gestión la lleve un médico, ajeno a la odontología, y esto debe ser denunciado desde todos los foros e instituciones relativos a la odontología. Los PADI mejor implantados y que mejores resultados están obteniendo son los de Navarra y País Vasco y ambos cuentan con una planificación estratégica y la respectiva UEG

(Cortés Martinicorena, 2016). Algunos olvidan que, como dicen el manual y el sentido común, la planificación sanitaria no puede desligarse de la gestión y viceversa. Y, desde luego, no sin conocimientos específicos en esta área.

Nota: Este firmante reconoce que no es lo mejor citarse uno mismo, pero en este asunto concreto no parece que haya otras referencias.

1. Simón Salazar F, Aguirre Urizar JM. 25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014). RCOE 2015;20(3):165-178.

2. Cortés Martinicorena FJ. *El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo.* RCOE 2016;21(4):191-199 •



HIGIENISTAS de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.higienistasdehoy.com

PREMIOS INTERNACIONAL, NACIONAL Y COMUNICACIÓN DE SECIB

Daniel M. Laskin, Miguel Peñarrocha Y Gloria Serra, premios SECIB 2016



El pasado 8 de julio tuvo lugar en Barcelona la entrega de premios SECIB 2016 que fueron otorgados a el Dr. Daniel M. Laskin, el Dr. Peñarrocha y el programa de La Sexta “Equipo de Investigación”. El acto, celebrado en el Colegio de Dentistas de Cataluña (COEC), se enmarcó dentro de la Jornada de Actualización en Cáncer Oral SECIB.

Con la distinción del Dr. Daniel M. Laskin como Premio Internacional SECIB 2016, la Sociedad Española de Cirugía Bucal ha querido reconocer “sus esfuerzos para aumentar el espectro de la especialidad en Estados Unidos y sus contribuciones científicas, como autor de libros y artículos y como director de la principal revista de Cirugía Oral y Maxilofacial, el *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*”, según señaló el Dr. Valmaseda, presidente de SECIB, durante el acto de entrega de premios.

El Dr. Laskin, profesor emérito de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Virginia Commonwealth, declaró que “aunque recibir el Premio Internacional de la

Sociedad Española de Cirugía Oral es un gran honor personal, realmente representa más que el reconocimiento de una sola persona. Es una muestra de la globalización de nuestra especialidad y la prueba de que los océanos ya no nos separan, que ahora hay un libre intercambio de ideas y conocimientos, y que esto ha dado lugar a un mejor cuidado de los pacientes en todas las partes del mundo”.

El Premio Nacional SECIB 2016 fue otorgado al Dr. Miguel Peñarrocha, catedrático de Cirugía Bucal de la Universidad de Valencia, por su extensa trayectoria clínica e investigadora.

En su discurso de agradecimiento, el Dr. Peñarrocha mencionó a los doctores José Vicente Bagán y Cosme Gay, ya que “ellos han sido mis maestros y ahora mis amigos”. También tuvo un recuerdo para el Dr. Manuel Donado, quien “junto al Dr. Gay Escoda tuvo la iniciativa de reunir a todos los profesores de Cirugía Bucal de la Universidad española, germen de la SECIB, que nació hace 22 años con el fin de

mejorar la Cirugía Bucal y sus procedimientos para que los pacientes fueran mejor atendidos, y los profesionales tuviesen un marco donde compartir y ampliar sus conocimientos, y un adecuado reconocimiento por su labor”.

Por su parte, Gloria Serra, presentadora de televisión de “Equipo de Investigación”, recogió el premio Comunicación SECIB 2016 que este año ha sido concedido al programa de La Sexta por la emisión el pasado 7 de abril del reportaje “Estafa dental”, con los miles de afectados por el cierre de las clínicas Funnydent como protagonistas. El presidente de SECIB agradeció a los responsables del programa “la difusión, con profesionalidad y sensibilidad, de una problemática que está en el centro de las preocupaciones de la profesión”.

El acto de entrega de premios, presidido por el Dr. Antoni Gómez, presidente del Colegio de Odontólogos de Cataluña (COEC), reunió en Barcelona a la Junta Directiva de SECIB y a numerosos socios y amigos de la Sociedad •



CONFIRMACIÓN DE IMPORTANTES PONENTES

X Congreso Internacional de Actualización en Implantología Ticare



ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

El Dr. Carlos Navarro Vila y el Dr. Andrea Mombelli (Suiza) han confirmado su participación como ponentes en la Xª Edición del Congreso de Actualización en Implantología de Ticare, que se celebrará los días 16 y 17 de febrero de 2018 en

“ Con la misión de acercar a los profesionales los últimos avances, técnicas y tendencias en el campo de la implantología.

el Palacio Municipal de Congresos de Madrid.

Con la misión de acercar a los profesionales los últimos avances en investigación, las nuevas técnicas quirúrgicas y las recientes tendencias en el campo de la implantología, el programa científico estará integrado por un cartel de ponentes nacionales e internacionales de reconocido prestigio, como los ya confirmados: Dr. Mariano Sanz (España), Dr. Marco Esposito (Italia), Dr. Fernando Rojas Vizcaya (Colombia), Dr. Juan Blanco Carrión (España), Dr. Conrado Aparicio (USA), Dr. Rui Figueiredo (Portugal), Dr. Carlos Larrucea (Chile)

y Dr. Alberto Monje (España), entre otros.

Paralelamente, se celebrarán varios cursos teórico-prácticos dirigidos a odontólogos, dedicando también un apartado de formación específica para el personal auxiliar e higienista de las clínicas, y a los técnicos de laboratorio •



EN EL MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE ESTE AYUNTAMIENTO Y EL COEM

El COEM, el Ayto. de Villanueva de la Cañada y las clínicas diseñan acciones para mejorar la salud bucodental

La Dra. Marisol Ucha, gerente de la Fundación del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM); el alcalde de Villanueva de la Cañada, Luis Partida; el concejal de Salud y Bienestar Social, José Manuel Ávila; y representantes de las clínicas dentales del municipio han acordado diversas acciones que se van a llevar a cabo próximamente, con el fin de mejorar la salud oral de la población de Villanueva de la Cañada. Esta reunión se

ha celebrado en el marco del convenio de colaboración suscrito entre el Ayuntamiento y el COEM.

"Estoy seguro de que estas actuaciones van a redundar en la mejora de la salud bucodental de nuestros vecinos", destacó el alcalde, quien agradeció al Colegio Oficial de Odontólogos así como a las clínicas villanovenses su disposición a colaborar.

Entre las acciones acordadas destaca la campaña "Tus dientes también vuelven al cole" para la pobla-

ción escolar; una campaña de salud dental dirigida a las personas mayores que lleva por lema "60 y +" que les facilitará el acceso a tratamientos dentales en las clínicas de Villanueva de la Cañada así como actividades de prevención y asistenciales con condiciones especiales, incluidas las económicas. También se van a realizar campañas de difusión sobre el cuidado dental para bebés, niños, jóvenes y adultos así como para pacientes oncológicos •



EN MADRID EL 31 DE AGOSTO

La Academia Pierre Fauchard homenajéó al Dr. Pere Riutord



El Dr. Pere Riutord Sbert recibió el premio “Special Appreciation Award 2017” de manos del Presidente Mundial de la Pierre Fauchard Academy, el Dr. Barry A. Feder.

Académicos procedentes de los países asociados a la Pierre Fauchard Academy (PFA), acompañaron al Dr. Pere Riutord Sbert durante el almuerzo celebrado el pasado 31 de agosto de 2017 en el Hotel Ritz de la capital española para recibir el Premio “Special Appreciation Award 2017”, homenaje presidido por el Presidente Mundial de la PFA, el Dr. Barry A. Feder, la Presidenta de la Región Europea de la PFA, la Dra. Samiréh Nikolakakos, el Presidente de la Sección Española de la PFA, el Dr. Josep Maria Ustrell Torrent, la Past-President de la PFA, la Dra. Karyn L. Stockwell, el anterior Presidente de la Sección Española de la PFA, el Dr. Leopoldo Forner Navarro, la Directora Ejecutiva de la PFA, Ms. Loralie Lowder y numerosos profesionales académicos proceden-

“
El Dr. Pere Riutord recibe este premio como reconocimiento a su trayectoria profesional y su contribución a la Sección Española de la PFA.
 ”

tes de las diferentes comunidades autónomas españolas.

El Dr. Pere Riutord recibió este premio como reconocimiento a su trayectoria profesional y por su gran contribución a la Sección Española de la PFA durante sus ocho años de intenso trabajo como Secretario General y como Presidente •





SENSODYNE®

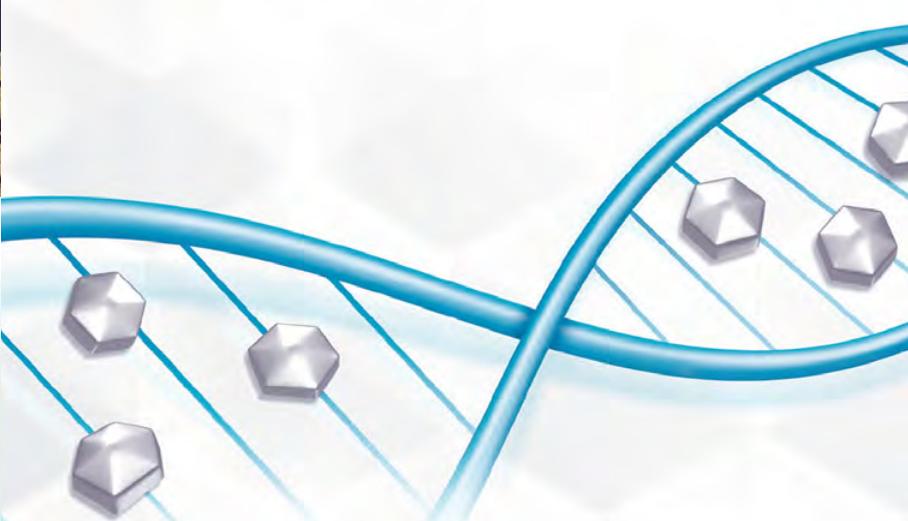
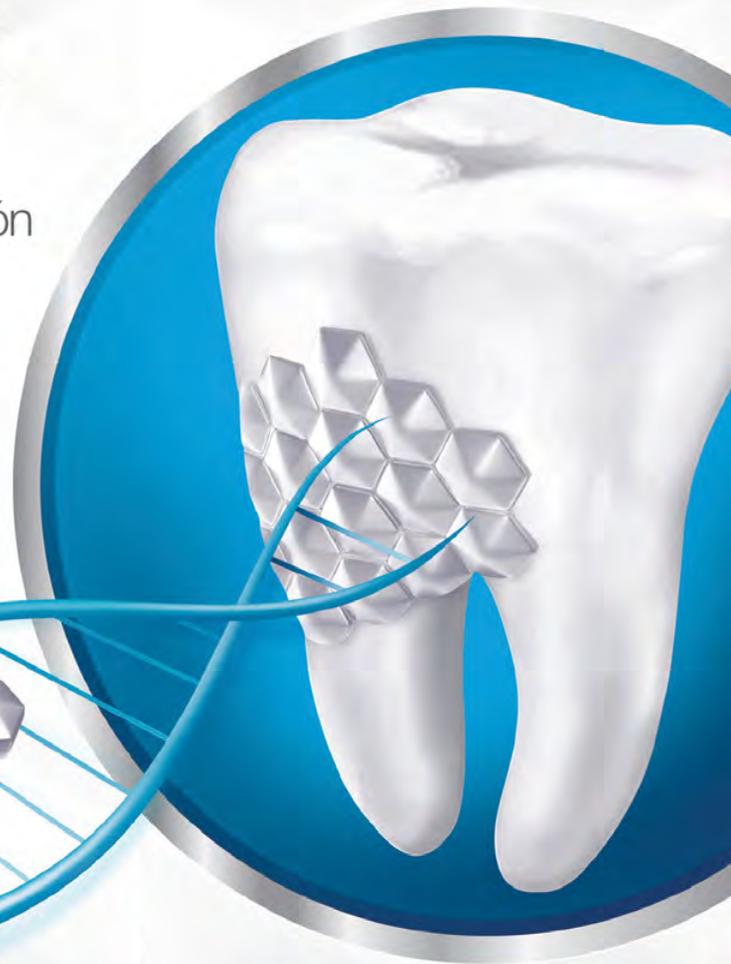


Sensodyne Repair & Protect

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

Con el cepillado dos veces al día, logra:

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



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

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

DEL 15 AL 17 DEL PASADO MES DE JUNIO

León acogió el XXIX^{er} Congreso Anual de la Sociedad Española de Implantes

Bajo el lema ‘Ciencia, Innovación y Futuro’, el Congreso SEI León reunió a especialistas del mundo de la implantología. Nuevas técnicas y materiales, casos prácticos y los últimos avances del sector fueron algunos de los temas abordados por más de una treintena de ponentes en torno a 5 mesas de debate.

Los pasados días 15, 16 y 17 de junio se celebró el XXIX^{er} Congreso Nacional y XXI^o Internacional de la Sociedad Española de Implantes en la histórica ciudad de León, elegida

como sede de esta edición por su privilegiada ubicación.

El Comité Organizador estuvo presidido por el Dr. Luis Martín Villa y el Dr. José Sevilla Ferreras.

El Comité Científico, a su vez, por el Dr. Mariano del Canto Pingarrón.

Asimismo, y dentro del marco de SEI León, se firmó un acuerdo bilateral entre la Sociedad Española de Implantes SEI y la Sociedad Portuguesa de Implantología y Osteointegración SOPIO. Sus respectivos presidentes, el Dr. Nuno Cruz y el Dr. Antonio Bowen fueron los responsables de sellar esta alianza •

“*Algunos de los temas abordados por más de una treintena de ponentes fueron las nuevas técnicas y materiales, casos prácticos y los últimos avances del sector.*”



CON UN PRESUPUESTO DE 6,9 MILLONES DE EUROS PRETENDE AUNAR TODOS LOS ESFUERZOS Europa contra las resistencias a antimicrobianos

La Comisión Europea, 28 estados y diversas organizaciones se han reunido en el Ministerio de Sanidad de Francia para lanzar la “Acción Conjunta Europea sobre Resistencia a los Antimicrobianos e Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (EU-Jamrai)”, que será coordinada por el estado francés a través de su Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica (Inserm).

La iniciativa está financiada por los socios participantes y el Programa de Salud de la UE cuenta con un presupuesto total de 6.963.604 euros que engloban los 4.178.162 aportados por la Comisión Europea.

Esta iniciativa tiene como objetivo aunar todos los esfuerzos de los estados miembros participantes, organizaciones internacionales e instituciones académicas para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos y las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria a través de iniciativas ya existentes y la propuesta de nuevas acciones.

España, a través del Ministerio de Sanidad, liderará los bloques de trabajo de Diseminación, Comunicación y Uso prudente de los antibióticos a través del equipo del “Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)”, estrategia coordinada por la Agen-



cia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) que cuenta con la participación de seis ministerios y todas las comunidades autónomas.

La resistencia a los antibióticos es responsable cada año en Europa de 25.000 muertes y supone un coste de 1.500 millones de euros derivados de la atención sanitaria y la pérdida de productividad. Una situación de alarma global que se está convirtiendo en un importante problema de salud pública global que causará 10 millones de muertes en el mundo en 2050 si no se toman medidas para atajar el problema •

“
La resistencia a los antibióticos es responsable cada año en Europa de 25.000 muertes y supone un coste de 1.500 millones de euros.
”

A RAÍZ DE NUMEROSAS DENUNCIAS POR PARTE DE PACIENTES

El COEM abre expediente a más de cien colegiados de la Cadena Identical

El Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid, Dr. Antonio Montero, ha informado a los medios de la apertura de expediente sancionador a más de cien colegiados que prestan sus servicios en centros de “IDENTAL” así como de la presentación de una

denuncia penal ante la fiscalía de Madrid por entender que estamos ante presuntos delitos.

Todas estas actuaciones se producen a raíz de las numerosas denuncias registradas en el Colegio por parte de pacientes. El Dr. Montero ha sido claro y contundente en

la defensa de la salud de los pacientes y la dignidad de la profesión •

coem 
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región

EN MADRID, EL 21 DE SEPTIEMBRE

La Fundación Tecnología y Salud, en su Xº Aniversario, entrega los "Premios Tecnología y Salud 2017"

La Fundación Tecnología y Salud celebra su Xº Aniversario en un acto conmemorativo en el Auditorio 400 del Edificio Nouvel del Museo Reina Sofía, en el que se ha hecho entrega de los Premios Tecnología y Salud 2017 y que ha estado presidido por el secretario general de Sanidad y Consumo, José Javier Castrodeza.

En su intervención, Carmen Aláez, adjunta a secretaria general de Fenin, ha señalado que "la Fundación Tecnología y Salud y Fenin reconocen con estos galardones las iniciativas, actuaciones y trayectorias de excelencia en el ámbito de la tecnología sanitaria".

Por su parte, el presidente de la Fundación Tecnología y Salud, José Luis Gómez, ha trasladado el compromiso de la Fundación para preservar la salud y la calidad de vida de los pacientes, así como por divulgar el valor social de la tecnología sanitaria.

Tras ambas intervenciones, ha tomado la palabra el doctor Gregorio Rábago, jefe del Servicio de Cirugía Cardíaca y subdirector del depar-

tamento de Cardiología y Cirugía Cardíaca de la Clínica Universidad de Navarra que, junto a un equipo multidisciplinar, implantó en 2016, por primera vez en España, un corazón artificial total. Él ha sido el profesional encargado de impartir la conferencia magistral de este acto que ha versado sobre el reto de reemplazar el corazón por una máquina.

Según el doctor Rábago, "la necesidad de un corazón artificial total surge cuando tanto el ventrículo derecho como el izquierdo están severamente dañados". También ha añadido que "hasta que seamos capaces de regenerar o crear corazones con células madre, la asistencia mecánica será la única alternativa en la insuficiencia cardíaca avanzada terminal".

Además, en su intervención ha explicado que "la insuficiencia cardíaca es, sin duda, la epidemia del siglo XXI". Rábago ha trasladado que casi a las puertas del tercer decenio del siglo XXI, la población está mucho más envejecida, presenta una mayor insuficiencia

“ Durante el acto, el doctor Gregorio Rábago ha realizado su conferencia magistral sobre “el reto de reemplazar el corazón por una máquina. La asistencia cardíaca mecánica”. ”

cardíaca avanzada y la oferta de donantes para trasplante es muy limitada con respecto a la demanda, "lo que ha forzado a la comunidad médica a buscar alternativas al trasplante cardíaco para mejorar la situación clínica de estos pacientes", ha añadido.

Tras la conferencia se procedió a la entrega de los Premios Fundación Tecnología y Salud 2017 que han sido otorgados a los siguientes profesionales e instituciones:

- El **Premio Fenin a la Innovación Tecnológica Sanitaria 2017** ha recaído en el profesor José María Gil-Vernet Vila.
- El Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red MP ha recibido el **Reconocimiento de la Fundación Tecnología y Salud 2017**.
- La Asociación Esclerosis Múltiple España ha sido galardonada con el **Premio a la Mejor Organización de Apoyo al Paciente 2017**.
- La Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias ha recibido el **Premio a la Mejor Campaña de Educación y Prevención en Salud de una CC.AA. 2017**.
- El **Premio al Mejor Programa de Crónicos por una CC.AA. 2017** ha recaído en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- El **Premio Fenin al Emprendimiento en Tecnología Sanitaria 2017** ha sido para Marsi-Bionics,S.L. por su dispositivo ortésico robotizado •



OBRA DE JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS

Presentación del libro "El Futuro de la Sanidad en España"

El pasado día 20 de septiembre el mundo sanitario se dio cita en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Madrid para un gran acontecimiento, la presentación de libro "El Futuro de la Sanidad en España".

El autor, nada menos que José Martínez Olmos, un referente en el día a día de la sanidad española, Secretario del Ministerio de Sanidad con varios Ministros Socialistas y ahora Senador por Granada, se ha ganado el aprecio de los hombres y mujeres de la sanidad, coincidan o no en sus planteamientos. Hombre de consenso, ha contado con la asistencia, en esta presentación de su libro, de parlamentarios del grupo popular y allí estaba la Presidenta de la Comisión de Sanidad del Senado, Carmen Aragón, perteneciente al Grupo Popular.

“
*El ex presidente
ha reafirmado su
apuesta por un
sistema de salud
público y universal.*

”

Al acto de presentación de su libro, contó con la compañía excepcional del ex Presidente del Gobierno Felipe González.

En su intervención el ex presidente González ha reafirmado su apuesta por un sistema de salud público y universal, proponiendo, además, como solución a los problemas de financiación que los impuestos sean finalistas. También apuntó González, que antes de configurar un pacto para una sanidad pública y universal, hay que conseguir un nuevo pacto social que tiene la necesidad de que los ciudadanos, no sólo los profesionales y mucho menos los políticos, asuman la responsabilidad de defender lo que sienten como suyo, sabiendo que el mantenimiento de un sistema sani-



tario público de acceso universal nos va a costar los 10.000 millones de euros de déficit presupuestario que actualmente tiene la sanidad más otros 10.000 millones, que tendrán que salir de nuestros impuestos. Asimismo, y en relación con la cohesión, afirmó que no es posible la cohesión entre los territorios, sino entre los ciudadanos con independencia del lugar que ocupan en el territorio.

**“No es posible la cohesión entre los territorios, sino entre los ciudadanos con independencia del lugar que ocupen en el territorio.”
(Felipe González)**

El ex Presidente que insistió en su defensa de un sistema público de acceso universal, criticó los recortes realizados, no sólo porque rompen el concepto que se tenía de Sistema Nacional de Salud de acceso universal, sino porque no han generado ahorros y los excluidos pueden ser una fuente peligrosa para su sostenimiento.

Por su parte, José Martínez Olmos en el inicio de su exposición se refirió al SNS como la historia de un éxito colectivo y justificó la elaboración del libro no sólo para hablar de los desafíos a los que se enfrenta, sino para generar debate y buscar una solución de consenso que, a su juicio, debería plasmarse en un Pacto de Estado por la sanidad.

En cuanto al futuro, y con la experiencia del pasado, Martínez Olmos



se mostró optimista de poder superar los problemas presentes, para lo que juega un gran papel el compromiso por la sanidad pública. Además apuntó que algunas soluciones deberían serlo a nivel europeo.

El libro arranca con una mención a la Ley General de Sanidad, cuya elaboración requirió de toda una legislatura (1982-1986). Después el autor plasma las reflexiones y propuestas para una sanidad pública solvente, con la intención de aportar, como indica en la introducción de la obra, "un granito de arena en la necesaria reconstrucción y renovación del Sistema Nacional de Salud que debería llevar a que todos los ciudadanos de España puedan seguir disponiendo de una buena sanidad (o una mejor sanidad), ya que creo que es lo que realmente desean". "Será así", concluye el prólogo, "si se trabaja por ello y se defiende colectivamente con rigor" •

EN LONDRES LOS DÍAS 15 Y 16 DE JUNIO

El International College of Dentists recibe a nuevos miembros

El acto, que se celebró en la ciudad de Londres los días 16 y 17 de junio, estuvo presidido por la Dra. Shelagh Farrell y contó entre otras personalidades de la profesión con la presencia del Presidente de la Sección Española del I.C.D. el Dr. Santiago Jané y el Vicepresidente Dr. Vicente Lozano de Luaces.

El International College of Dentists, ICD, es una organización dental honorífica fundada en 1926 en Filadelfia durante el VI Congreso Internacional de Odontología, a raíz de una idea del Dr. Louis Ottofy en 1920 que contó con el apoyo del Dr. Tsurukichi Okumura de Japón, hoy está extendida por todo el mundo.

El Colegio Internacional de Dentistas es una de las principales organizaciones internacionales de prestigio de la odontología.

Los miembros que pertenecen a ella han sido invitados a ingresar porque han demostrado una gran valía pro-

fesional y vocación de servicio a sus pacientes y a la sociedad. Se valora la profesionalidad, la docencia, la investigación y la solidaridad. Solamente se puede acceder a ella por invitación, después de la revisión y la aceptación del currículo por el "Board of Regents".

“*Los miembros que pertenecen a ella han sido invitados a ingresar porque han demostrado una gran valía profesional y vocación de servicio.*”

El ingreso de los nuevos miembros se hace durante la reunión anual en

una ceremonia de gala, la Ceremonia de Inducción, en la que están presentes todos los asistentes a la reunión. En ella se hace entrega de las credenciales que les acredita como miembros del ICD.

Este año han sido nombrados nuevos "Fellows" españoles, así es como se les denomina a los miembros del ICD, los doctores, Antonio Castaño, Carlos Más, Luis Jané, Montse Puigrefagut y Nacho de Urbola. Todos ellos han acreditado reunir los requisitos para pertenecer al ICD.

Desde Odontólogos de Hoy enviamos nuestra felicitación a los nuevos miembros y en especial destacamos la presencia del Dr. Antonio Castaño Seiquer, Profesor de la Universidad de Sevilla y presidente de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer, colaborador habitual de nuestra revista en el ámbito de la Odontología Social •



Presidentes de los diferentes países de Europa

“*Desde Odontólogos de Hoy enviamos nuestra felicitación a los nuevos miembros.*”



El Dr. Jané y sus colegas, los doctores Castaño y Lozano



Imagen con algunos de los asistentes españoles



Los nuevos miembros con el presidente para España, el Dr. Santiago Jané



El Dr. Castaño con la Presidenta de la reunión, la Dra. Shelagh Farrell

ODONTOLOGÍA SOCIAL EN MÉXICO

Brigadas españolas de la FOS en Yucatán

Catorce cooperantes españoles participaron este verano en proyectos de Odontología Social en Yucatán (México).

En el año 2010 la FOS firmó un convenio con la Universidad Anáhuac del Mayab (Estado de Yucatán), con la intención de realizar incursiones solidarias durante los meses de verano siguiendo el modelo servicio-docencia.

La Fundación Odontología Social Luis Séiquer ha contado con 14 odontólogos españoles en el proyecto "Odontología Social en Yucatán

2017", programa que ha sido reconocido por las autoridades mexicanas como uno de los mejores que se desarrollan en el área de salud pública.

La Fundación Odontología Social que preside el Dr. Antonio Castaño, un año más participó en el gran proyecto de salud pública dental que se desarrolla en México y donde jóvenes profesionales de toda España vienen participando en un proyecto altruista y solidario a la vez que completan su formación. Estas brigadas están compuestas por estudiantes de

posgrado de la Universidad Anáhuac Mayab y cooperantes españoles, todos supervisados por profesores de la Universidad Anáhuac Mayab y representantes de la FOS.

Según nos explica el Dr. Castaño, "esta experiencia, después de cinco años, nos ha llevado a tener unos objetivos muy claros, que han sido trasladados a las brigadas en el transcurso de estos años: promover, prevenir y fomentar la salud bucal, disminuir la morbilidad y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población."



“ El programa "Odontología Social en Yucatán 2017" ha sido reconocido por las autoridades mexicanas como uno de los mejores que se desarrollan en el área de salud pública. ”



En esta ocasión cuatro odontólogos procedían de la Universidad de Sevilla y diez de la Universidad CEU San Pablo, en Madrid. Durante este período han atendido a cientos de pacientes de población maya con residencia en zonas rurales. Los colectivos vulnerables de la región presentan un elevado porcentaje de patología no tratada.

Se atiende a poblaciones que se encuentran en situación de clara desventaja social y marginalidad, o bien comunidades alejadas de los centros neurálgicos del país. Estas comunidades se encuentran en extrema pobreza. Se busca el contacto de los cooperantes con la realidad de aquel entorno y que se genere en ellos una actitud de solidaridad y

servicio a la comunidad. Al mismo tiempo es una oportunidad de desarrollar competencias clínicas, sobre todo en el área preventiva y de la relación odontólogo-paciente. Las brigadas se ubican en parroquias y sedes de las presidencias municipales. Allí se instalan los equipos básicos para la atención a los pacientes •



JOSÉ MANUEL AGUIRRE URIZAR

"La Medicina Oral y la Patología Oral han sido reconocidas como especialidad en numerosos países."



José Manuel Aguirre Urizar, no necesita presentación en el mundo de la profesión dental, no solo en España, sino en toda Iberoamérica, aunque el protocolo nos obliga a dar unos mínimos datos curriculares, su amplitud es tal que no entraría en esta revista.

Catedrático de Estomatología (UPV - EHU), Director del Máster de Patología Oral (UPV), Responsable de la Unidad de Medicina Bucal y de la Unidad de Patología Oral y Maxilofacial del Servicio Clínica Odontológica de la UPV - EHU, Presidente de la Comisión Asesora de Salud Bucodental de Euskadi y Editor Asociado de la revista "Medicina Oral, Patología Oral, Cirugía Bucal".

Al margen de su C.V. científico hay que destacar de este médico, especialista en Estomatología y Anatomía Patológica, su gran calidad humana. Es difícil conseguir y más en estos tiempos el nivel de aprecio que se ha ganado en las numerosas promociones de alumnos de la UPV a los que ha contribuido a formar, y nos consta que con gran acierto, así como a todos los compañeros a los que también contribuye a formar día a día. Pocos como él son capaces de llenar las salas cuando presenta una potencia en un congreso de cualquier disciplina de la odontología.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: *La SECIB ha presentado en julio a los medios "La Guía Práctica Clínica (GPO) "Leucoplasia Oral como enfermedad premaligna: diagnóstico, pronóstico y tratamiento", trabajo que ha coordinado usted. ¿Qué objetivos esperan alcanzar con este trabajo?*

José Manuel Aguirre: Este trabajo tiene como objetivo principal el poner a disposición de los profesionales de la salud y de los pacientes de este país una guía actualizada sobre los principales aspectos de la Leucoplasia Oral (LO). La leucoplasia es la patología precancerosa oral más importante dentro de lo que hoy conocemos como trastornos orales potencialmente malignos (TOPMs).

Tanto SECIB, como sociedad científica promotora, como los profesionales que hemos participado en su elaboración, creemos que esta guía va a ser un instrumento valioso y útil en la toma de decisiones de

cara al diagnóstico, al pronóstico y al tratamiento de la LO.

Verdaderamente ha sido un honor y un placer haber participado en la realización de esta guía y agradezco a SECIB la gran oportunidad de haberla coordinado.

ODH: *El hecho de que haya sido incluida en el Catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. ¿Qué supone para la profesión odontológica?*

JMA: En mi opinión, la inclusión de esta Guía en el catálogo del Sistema Nacional de Salud es un hito extraordinario y constituye un magnífico reconocimiento de la profesión sanitaria odontológica. Esta guía, sobre un tema tan importante, como es la LO, es un reconocimiento de la actividad sanitaria que realizan los odontólogos y estomatólogos en España. En estos tiempos, tan difíciles y convulsos para nuestra profesión, acciones como la publicación de esta guía, la ennoblecen.

“

La inclusión de esta Guía en el catálogo del Sistema Nacional de Salud es un hito extraordinario y un magnífico reconocimiento de la profesión.

”

ODH: *En su opinión. ¿Deberían establecerse guías de este tipo para otros temas odontológicos?*

JMA: Sin duda, sería magnífico que se realizasen otras guías sobre otros procesos odontológicos. En este sentido, se han realizado desde SECIB otras dos sobre temas odontológicos interesantes que van a ser publicadas este año en Guía Salud.



ODH: *¿Cómo se encuentra el nivel de España en prevención de cáncer oral?*

JMA: Creo que el nivel de la prevención del cáncer oral en España es elevado. Existe una buena concienciación de los profesionales sobre la importancia del diagnóstico precoz y la prevención primaria de nuestro cáncer. En gran medida ello se debe a las campañas realizadas por el Consejo General de Colegios de España, así como a las actividades de las diferentes sociedades científicas como SECIB, SEMO, SEGER, etc., y de las Universidades. En este sentido se enmarca el Simposio Internacional de Avances en Cáncer Oral que realizamos cada 2 años en la Universidad del País Vasco/EHU, y que en 2018 realizaremos en el mes de septiembre en Bilbao.

ODH: *¿Cuál es el nivel de los odontólogos españoles en conocimiento de Medicina y Patología Oral?*

JMA: El nivel de conocimiento de los odontólogos españoles sobre medicina y patología oral es muy variado. En general, los odontólogos egresados han recibido una formación suficiente en medicina oral, aunque existen diferencias, en algunos casos importantes. Otra cuestión muy diferente es la

“

En el siglo XXI, no haber regularizado el tema de las especialidades en España, es un hecho totalmente injustificado.

”

relativa a los conocimientos en patología oral, ya que en general son escasos y limitados a aspectos tradicionales de la patología general.

La medicina oral y la patología oral son dos aspectos inseparables que constituyen el fundamento del diagnóstico de la mayoría de las enfermedades orales y maxilofaciales, de un modo especial en los TOPMs y el cáncer oral. Por ello, es muy importante que los odontólogos tengan unos conocimientos amplios en ambas disciplinas. Lamentablemente, los planes de estudio del Grado de Odontología de las universidades españolas no son uniformes y se han desarrollado de un modo inadecuado, primando las áreas “dentarias” y obviando las verdaderas necesidades de este país en salud oral.

ODH: *En España lograr la creación de las especialidades en odontología es una aspiración de una buena parte del colectivo sin resolver. ¿Cree que son necesarias? ¿Deberían plantearse las especialidades de medicina y patología oral? ¿Dónde debería acreditarse esta formación?*

JMA: Considero que, en el siglo XXI, no haber regularizado el tema de las especialidades en España, es un hecho totalmente injustificado, que obedece a intereses espurios de algunos colectivos y a la inoperancia de nuestras instituciones gubernamentales sanitarias y universitarias.

Lógicamente soy consciente de que la medicina y la patología oral son actividades profesionales muy específicas en la odontología. No obstante, han sido reconocidas como especialidad en numerosos países, algunos más y otros menos desarrollados económica y científicamente que el nuestro, tales como: USA, México, UK, Brasil, etc.

Respecto a la acreditación, creo que es el ámbito universitario el que debe responsabilizarse de esta formación, como ocurre en otros países. La acreditación de los centros, departamentos o servicios donde se vaya a realizar la formación, debe ser rigurosa con la participación de instituciones universitarias, sanitarias, científicas y profesionales.



ODH: *Es usted docente universitario. ¿Cómo valora el nivel de los nuevos graduados? ¿Hay diferencias de unos centros a otros?*

JMA: El nivel medio de los graduados en odontología egresados de las universidades españolas es bueno. No obstante, como he señalado anteriormente, existen diferencias en relación con cada centro universitario. Sin duda, un déficit fundamental en la docencia de ciertas áreas de la odontología en nuestro país es la inexistencia de servicios de odontología o estomatología en la mayor parte de los hospitales universitarios. Otro aspecto que se debería corregir es el referido a conseguir un plan de estudios homogéneo de odontología en las universidades españolas.

ODH: *La plétora profesional es uno de los problemas a los que se enfrenta esta profesión. ¿Cree que limitar el número de alumnos que acceden a los estudios de odontología es una solución?*

JMA: Limitar el número de alumnos de odontología es una actuación necesaria para poder solucionar la plétora de profesionales

existente actualmente en España. La proliferación de Facultades de Odontología que se ha producido en los últimos 15 años nunca se debería haber permitido. La ratio profesional propuesta por la OMS para nuestro país hace muchos años que se ha sobrepasado. Esta dejación o errónea actuación ha supuesto un gran gasto económico, la aparición de un elevado paro profesional y graves consecuencias sanitarias asociadas al “sobret ratamiento”.

ODH: *Siempre le vemos unido al cáncer oral. ¿Qué aficiones tiene?*

JMA: Mi familia es mi gran afición, ellos son mi motor y los que me permiten seguir manteniendo la ilusión por mi actividad profesional en medicina y patología oral. Yo que no pensaba ser “dentista”, hoy me considero un afortunado ya que puedo realizar actividad clinicopatológica, docente e investigadora.

Pero no todo es trabajo, y cuando puedo toco la guitarra, leo libros no profesionales, camino, cocino, pinto acuarela, etc. y estoy con mis amigos.

“
Esta profesión tiene que abandonar, o al menos reducir, el mercantilismo y el mecanicismo actualmente imperantes.”

ODH: *Por último, una recomendación para los más jóvenes y los que así se consideren y tengan ganas de mejorar.*

JMA: Los profesionales de la salud que nos dedicamos a la odontología en España, seamos odontólogos o estomatólogos, no debemos olvidar que el principal objetivo de nuestra actividad es velar por la salud oral de nuestros pacientes. Esta profesión tiene que abandonar, o al menos reducir, el mercantilismo y el mecanicismo actualmente imperantes y volver a sus orígenes sanitarios, reivindicando el realizar buenos diagnósticos y buenas terapéuticas •

XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

II CONGRESO **SECIB** JOVEN IV CONGRESO **AVCIB** XV CONGRESO **SELO**

2017
SECIB Valencia
16, 17 y 18 de noviembre
Palacio de Congresos de Valencia

Ponentes XV Congreso **SECIB**

José Vicente Bagán
Luigi Canullo
Roberto Cocchetto
Luca Cordaro
Rolf Ewers
Pablo Galindo
Cosme Gay-Escoda
Tomas Linkevicius
Ignazio Loi
Alberto Monje
Joan Pi
Xavier Rodríguez
Xavier Vela
Fabio Vignoletti

Ponentes II Congreso **SECIB** JOVEN

Javier Alberdi
Leticia Bagán
Albert Barroso
Antonio Batista
Carlos Cobo
Álvaro Jiménez
Martín Laguna
Pau Lahuerta
Javier Manzano
Natalia Martínez
José Eduardo Mate

Juan Alfonso Milián
Samuel Oliván
Miguel Padial
Esteban Pérez
Mario Pérez-Sayáns
Pablo Romero
Alba Sánchez
Alfonso Sande
Juan Santos
Carlos Vilaplana
José Viña

Ponentes IV Congreso **AVCIB**

Jerián González
Pedro José Lázaro

Ponentes XV Congreso **SELO**

José Vicente Bagán
Umberto Romero
Paolo Vescobi

Moderadores XV Congreso **SECIB**

José Manuel Aguirre
Rui Figueiredo
Antonio Fons
Adriano Piattelli
Rosario Velarde

Ponentes Curso Higienistas

Amparo Aloy
Gema Maeso
Marcel Martín
Hilario Pellicer
Vicente G. Vicent

Ponentes Talleres **SECIB**

Roberto Abundo
Francisco Barbosa
Daniel Capitán
Pablo Domínguez
Ana Orozco

hasta el 1 de octubre
CUOTA REDUCIDA

 información en
www.secibonline.com

SECRETARÍA TÉCNICA



 Bruc 28, 2º · 08010 Barcelona
 Tel. 607 499 365
 secibvalencia2017@emedeuve.com

SERAFÍN CUENCA ECHEVARRÍA

“Dar calidad en nuestros productos o servicios ya no supone una ventaja competitiva. Es una necesidad para permanecer en el mercado”



Es Socio Director de Zitec Consultores, Consultor Internacional en Business Excellence, Profesor habitual en distintas universidades y escuelas de negocios y Evaluador del Premio Europeo y formador de la EFQM (European Foundation for Quality Management, Bruselas).

Colaborador-consultor de la empresa Mozo Grau y de clínicas dentales para la implantación de procesos de calidad, nos adentra en el concepto de calidad actual que nos ha llevado del control del proceso a la excelencia en el servicio.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: *El concepto “calidad” acompaña hoy día a cualquier oferta de bienes o servicios. ¿Cómo define usted la calidad?*

Serafín Cuenca: Un bien o servicio tiene calidad si el cliente queda satisfecho y la empresa ha ganado dinero con él.

ODH: *Supongo que la gestión de la “calidad” habrá evolucionado a lo largo del tiempo.*

SC: Efectivamente. En un principio se comenzó trabajando el Control de Calidad: Garantizar, a través del control final, que los productos y servicios prestados cumplieran con las especificaciones o estándares establecidos. Pero, cuando se detec-

taba, el daño ya estaba hecho. Por ello se evolucionó al Aseguramiento de la Calidad: Establecer unos procesos o forma de hacer las cosas que GARANTICEN la calidad de los productos y servicios. Actualmente, y sin abandonar lo anterior, se ha evolucionado de la Gestión de la Calidad a la Calidad de la Gestión, o Excelencia. Hoy, desde un planteamiento de gestión, el concepto “calidad” engloba todo lo anterior.

ODH: *¿Qué papel juega la calidad en la gestión de una empresa, y en concreto, para una clínica dental?*

SC: Dar calidad en nuestros productos o servicios ya no supone una ventaja competitiva. Es una necesidad para permanecer en el mercado. Tenemos que conocer cuáles son las necesidades y expectativas de nuestros clientes, traducirlas a especificaciones internas de calidad y establecer sistemas que garanticen su cumplimiento. Pero eso no es suficiente. Lo anterior nos garantizaría un cliente satisfecho, pero necesitamos un cliente fiel, un cliente que vuelva y nos recomiende. Y para eso tendremos que,

no solo cumplir, sino superar esas expectativas. ¿Cuántas veces nos encontramos con un paciente que creíamos que estaba satisfecho y se ha ido a la competencia? Aquí estamos hablando ya de Excelencia en la Gestión.

ODH: *Cada vez vemos con más frecuencia las siglas E.F.Q.M. ¿Qué significan?*

SC: EFQM son las siglas de la *European Foundation for Quality Management*. Es una Fundación creada en 1989 a instancia de la Comisión Europea por algunas de las principales empresas de la Unión con el objetivo de mejorar la competitividad de las organizaciones europeas. Desde la EFQM gestionamos el Modelo EFQM de Excelencia. Tomando como referencia los valores europeos e incorporando las mejores prácticas de gestión observadas, el Modelo identifica lo que las organizaciones deben hacer, independientemente de su tamaño o sector de actividad, para alcanzar unos resultados óptimos de una forma sostenible. Es el referente en la Excelencia en la Gestión que acabamos de comentar.

“
En el sector de las
clínicas dentales hay
mucho campo de
mejora de una
forma fácil.”

“

Hay clínicas que no conocen el grado de satisfacción de sus pacientes ni de sus empleados. ¿Cómo van a mejorarlo?”

ODH: Muchas empresas se anuncian haciendo alarde de poseer una “ISO”. ¿Significa esto que tienen algo que las distingue realmente de otras? ¿En qué consiste?

SC: En principio sí. El disponer de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de las normas ISO 9000 nos dice que esa empresa tiene unos procesos que garantizan que los servicios prestados cumplen con los requisitos que se ha marcado ella misma.

ODH: ¿Qué normas o referentes de gestión le parecen claves para la competitividad en el futuro?

SC: Las normas ISO 9000 como herramienta para la Gestión de la Calidad y el Modelo EFQM para la Excelencia en la Gestión. Aun a riesgo de simplificar demasiado podemos decir que las normas ISO se centran en la eficacia y el Modelo EFQM en la eficiencia. El Modelo EFQM incorpora requisitos de gestión que incluyen el campo de actuación de las normas ISO.

ODH: ¿Por qué es importante disponer de un sistema de Gestión de Calidad en las empresas?

SC: Porque quieren ganar dinero. De hecho, las grandes cadenas de clínicas dentales han conseguido importantes mejoras en sus costes y, consecuentemente, en su competitividad, gracias a la incorporación de sistemas de gestión que hasta hace poco no se consideraban aplicables al sector. Si me permite, el disponer de un Sistema de Gestión que tenga las cosas organizadas también es muy importante para la salud mental del empresario. Lo que es muy importante es que el Sistema esté hecho a medida de la empresa.

ODH: ¿Cuáles pueden ser los retos de cara a los próximos años en materia de gestión empresarial?

SC: Estamos en una economía globalizada y con un papel cada vez más relevante de la tecnología, y el sector de la odontología no es ajeno a ello. Esto está suponiendo un

incremento importante de la competencia, lo que conlleva a la reducción de los precios y, consecuentemente, de los márgenes. En este contexto, el reto al que se enfrentan las empresas es diferenciarse y mejorar su competitividad.

ODH: ¿Cómo afectan las situaciones de crisis como ésta que se apunta que estamos ya pasando a los sistemas de gestión?

SC: Durante los años de crisis que hemos pasado, las empresas han tenido que replantearse todos sus procesos, buscando mejoras y eliminando ineficiencias. Los sistemas de gestión tienen que facilitar lo aportando metodología.

ODH: ¿Se puede hablar de una relación directa entre la calidad en la gestión y la mejora de resultados a medio plazo?

SC: No podría ser de otra forma. Una mejora de la gestión redundará en un incremento de los ingresos y una reducción de los gastos, lo que supone una mejora de la competitividad. En el sector de las clínicas dentales hay mucho campo de mejora de una forma fácil. Tan sólo estableciendo una sencilla pero clara y coherente estrategia que establezca dónde se quiere posicionar la clínica, en qué tratamientos se va a especializar, a qué públicos van dirigidos, comunicarlo al exterior, establecer los procesos de trabajo optimizados, que aunque el nombre pueda asustar se refiere simplemente a reflexionar previamente y a establecer formalmente la manera de hacer las cosas, garantizando que siempre se van a hacer de la misma forma. Y establecer un sencillo pero eficaz sistema de seguimiento. Hay clínicas que no conocen el grado de satisfacción de sus pacientes

ni de sus empleados. ¿cómo van a mejorarlo?, que no conocen lo que realmente están ganando con cada tipo de tratamiento, cuáles son más rentables, con cuáles incluso está perdiendo dinero, cuál es la mejor forma de hacer las compras...

ODH: ¿Es posible evaluar la calidad en los servicios sanitarios?

SC: Sí, y se hace. Para ello debemos primero establecer lo que entendemos por calidad para el servicio sanitario en cuestión. Posteriormente, establecer los requisitos que debe cumplir ese servicio para tener esa calidad y traducirlo a indicadores que pueden ser medidos.

ODH: La postura “oficial” en la profesión sanitaria cuando se plantean normas de calidad tiene una visión deontológica. ¿Qué opinión le merece este planteamiento?

SC: Creo que tratándose de la sanidad es imprescindible la existencia de un código deontológico, y los organismos oficiales deben garantizarlo. Ahora bien, las asociaciones empresariales y los colegios profesionales también pueden jugar un papel relevante en el desarrollo del sector, identificando las normas aplicables. Incluso adaptándolas o interpretándolas al sector.

ODH: Supongamos que es llamado para implantar un sistema de calidad en una Clínica Dental. ¿Cuál sería su primer paso?

SC: Primero me reuniría con el doctor propietario de la clínica para conocer cuáles son sus expectativas y ambiciones para su clínica. Tiene que ser una conversación franca. A partir de ahí haría un diagnóstico de la situación actual. Posteriormente se diseñaría un sencillo pero completo plan estratégico, con sus objetivos e indicadores. Luego esa estrategia habrá que implantarla y hacer un seguimiento. En mi empresa, Zitec Consultores, hemos desarrollado un Modelo de Gestión específico para clínicas dentales, adecuado a su problemática, que contempla las herramientas necesarias •

**AUTORA:****DRA. CLARENCE TAM.**
AUCKLAND, NUEVA
ZELANDA.

Caso Clínico

Restauraciones de composite ORMOCER complejas directas en la región posterior

Por motivos económicos, hoy en día los pacientes y odontólogos se ven obligados a menudo a recurrir a materiales restaurativos a la hora de restaurar grandes defectos estructurales, funcionales y estéticos. El presente caso ilustra cómo es posible llevar a cabo una restauración que conserve la sustancia dental con ayuda de un innovador composite cerámico modificado orgánicamente, con un estrés de contracción extremadamente bajo y una escasa reducción del volumen. Para lograr una prolongada durabilidad de la restauración, la funcionalidad oclusal reviste una importancia fundamental.

Una mujer de 71 años acudió a mi consulta para que le cambiase las obturaciones de composite insuficientes y extremadamente voluminosas que tenía en las piezas dentales 46 y 47. La corona natural todavía presentaba una pequeña estructura remanente y la paciente no quería que le quitasen más sustancia dental. Por motivos económicos, la paciente no quería ninguna sustitución protésica como, por ejemplo, en forma de una restauración cerámica. A la paciente se le recomendó un onlay complejo directo de resina, que requería una reducción funcional y no funcional de la cúspide. En este uso poco convencional convenía tener en cuenta, a la hora de conformar la oclusión, los puntos fuertes y débiles tanto del material que se decidiese utilizar como los de la estructura dental remanente.

A la paciente se le administró anestesia local con 1 ampolla de articaína al 4% con epinefrina en dilución 1:100.000, y los dientes se aislaron con dique de goma antes de la eliminación de las restauraciones existentes. Para garantizar una base de dentina dura y sin caries, se efectuaron tres controles consecutivos con un detector de caries (Caries Marker, VOCO). Asimismo se midió el grosor de las cúspides restantes: en su base, las cúspides medían 3 mm. Se practicó un fuerte biselado del borde para, con una reducción mínima en la zona de las cúspides, es decir, con una gran superficie

de contacto, poder utilizar la mayor cantidad posible del material de restauración planificado. Para las zonas cavitarias a tratar no se planificaron contactos céntricos ni otros contactos funcionales extensos.

Las preparaciones se sometieron a una microabrasión con aire con 27 µm de óxido de aluminio. A continuación se realizaron un grabado ácido selectivo del esmalte con ácido ortofosfórico al 33% y el pegado con Futurabond U (VOCO). Las cúspides linguales de la pieza 46 se modelaron a mano alzada con Admira Fusion x-tra en color universal, un composite de base exclusivamente cerámica para restauración en bloque. Las cúspides se ampliaron progresivamente en incrementos de 2 mm en dirección centro oclusal. Aquí la clave residía en no aplicar «en bloque» este material de restauración en bloque, con el fin de garantizar la máxima profundidad de endurecimiento en todo momento durante el procedimiento.

La ventaja de Admira Fusion x-tra es la mayor profundidad de endurecimiento que caracteriza a este material de restauración. Tras el completo endurecimiento de la base de las cúspides linguales, se empleó un sistema de matrices seccionales (V3, Triodent). En la región del fondo gingival de la caja proximal se aplicó una pequeña cantidad del fluido Admira Fusion Flow (color A3, VOCO) en tres incrementos de 0,25 mm cada uno (extremadamente finos), a fin de garantizar en cada uno la máxima hibridación y adaptación marginales completas. Entonces, las crestas marginales se fueron completando progresivamente con Admira Fusion x-tra (color U).

Las laminillas bucales se revistieron individualmente con Admira Fusion x-tra y, a continuación, se utilizó la «técnica Tam interlobe staining» (marrón, Final-Touch, VOCO) para individualizar la tonalidad. En el siguiente paso se modelaron individualmente las cúspides linguales y, con ello, se concluyó la conformación de la anatomía oclusal. Tras el acabado completo de la

pieza 46, se empleó el sistema de matrices seccionales en la pieza 47 (Omnimatrix, Ultradent: cresta marginal distal; V3, Triodent: cresta marginal mesial). La pieza 47 se restauró de modo similar con un material para restauración en bloque en color universal (Admira Fusion x-tra).

Se aplicó color blanco en pequeña cantidad para individualizar (FinalTouch, VOCO) sobre el engrosamiento triangular de las piezas 46 y 47, para imitar la hipocalcificación del esmalte. A continuación se aplicó una capa de glicerina y el composite se polimerizó completamente mediante la glicerina, para prevenir la formación de la capa de inhibición por oxígeno. Solo hizo falta efectuar pequeños ajustes oclusales. Teniendo en cuenta las propiedades del material ORMOCER (elevada fuerza de compresión y reducida flexibilidad), en el siguiente paso tuvo lugar el esmerilado de la oclusión para la generación de puntos de contacto céntricos ligeros sin contactos laterales extensos ni interferencias. Las restauraciones se pulieron bajo rociado de agua con una pulidora de un paso (Dimanto, VOCO), obteniendo un gran brillo.

JUSTIFICACIÓN DEL MATERIAL ESCOGIDO

En la práctica de la odontología general, la gerodontología está cobrando cada vez más importancia. El objetivo principal para el tratamiento de este grupo de población pasa fundamentalmente por «mantener la funcionalidad con un coste económico reducido». La mayoría de personas de edad avanzada no están dispuestas a invertir mucho dinero en sus dientes. Si tenemos en cuenta este hecho, resulta indispensable conocer los distintos materiales de restauración directos e indirectos considerando su capacidad de carga, a fin de poder conformar la restauración adecuada.

Las resinas de composite poseen una elevada fuerza de compresión, pero una tensión y flexibilidad reducidas. La fuerza de compresión del esmalte es de 384 MPa y la de la dentina de 297 MPa. La resistencia a la flexión de la dentina, por el contrario, es de 165,6 MPa. La fuerza de compresión de Admira Fusion x-tra es de 307 MPa y su resistencia a la flexión es de 132 MPa: unos valores aceptables en comparación con el diente natural.

La verdadera fortaleza de Admira Fusion reside en la composición de su material, ya que no contiene los clásicos monómeros de metacrilato, permitiendo así una restauración biocompatible (un material de restauración de base exclusivamente cerámica, compatible con todos los sistemas de adhesivos). Al mismo tiempo, la composición proporciona una contracción extremadamente reducida de volumen del 1,25%, la más baja que hay actualmente en el mercado. Asimismo en las restauraciones de clase II mostradas resulta esencial un comportamiento óptimo del ajuste marginal, especialmente en márgenes de restauración limitados por la dentina por debajo de la unión esmalte-cemento.

Arora *et al.* estudiaron el papel de los composites fluidos en relación con el ajuste marginal en cavidades de clase II por debajo de la unión esmalte-cemento y pudieron demostrar una reducción significativa de las



Fig 1. La situación inicial presenta restauraciones de gran volumen y una estructura dental remanente pequeña.

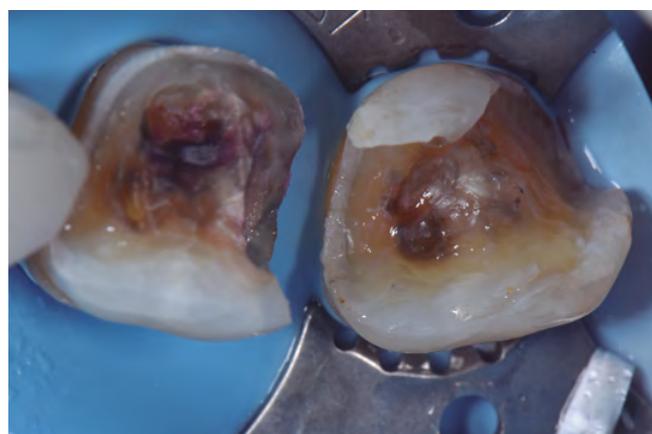


Fig 2. Preparación concluida con fuerte biselado del borde como alternativa a la reducción de altura recta de las cúspides. Éstas presentaban como mínimo 3 mm de grosor en su base. La conformación oclusal debe realizarse muy cuidadosamente, a fin de minimizar la carga de excursión lateral sobre las cúspides.

microfugas si se utilizaba una base cavitaria de composite fluido en lugar de una resina de composite meramente condensable (1). Este estudio se basa en el hecho de que el punto débil de las restauraciones de clase II reside fundamentalmente en el margen de restauración en la región del suelo de la caja proximal, especialmente en la localización subgingival. Por esta razón, tanto la contracción del volumen como el estrés de contracción son otros dos factores importantes con miras a una elevada precisión y ajuste marginal.

El estrés de contracción extremadamente bajo (3,71 MPa) de este material para restauración en bloque en combinación con una elevada profundidad de endurecimiento garantiza el máximo ajuste marginal, especialmente si se utiliza como un composite clásico en pequeños incrementos. A fin de evitar la irritación de las encías, la biocompatibilidad desempeña un papel importante y los composites de base cerámica favorecen la formación de biopelícula en pequeñas cantidades como composites de resina.

Gracias a su sorprendente efecto camaleónico y a sus óptimas propiedades de procesamiento, este material es el medio seleccionado en mi consulta para el 90% de las restauraciones de dientes posteriores. De ese modo, y especialmente en combinación con el uso de los colores de caracterización de fácil aplicación del surtido FinalTouch, puedo incrementar enormemente la eficiencia, la estética, la predictibilidad y el ajuste marginal mediante un único material inteligente •



Fig 3. Los dientes se sometieron a una microabrasión con aire con 27 µm de óxido de aluminio. A continuación se realizó un grabado ácido selectivo del esmalte con Futurabond U. Las cúspides linguales se modelaron con un ORMOCER de base exclusivamente cerámica para restauración en bloque (Admira Fusion x-tra, color U, VOCO).

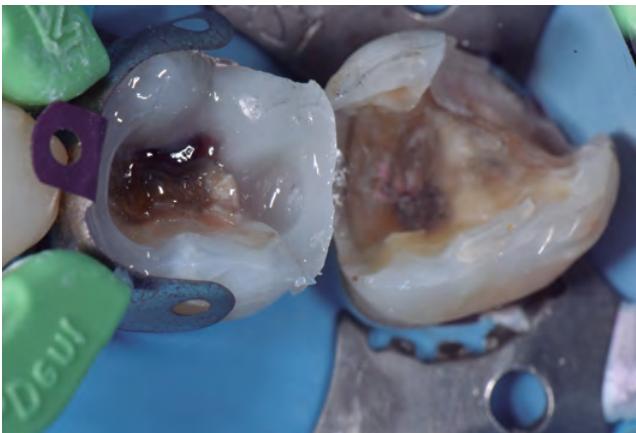


Fig 4. Las crestas marginales se conformaron con ayuda de un sistema de matrices seccionales (V3, Triodent, Dentsply Sirona). De ese modo, hemos transformado un caso complejo de clase II en un caso de clase I.

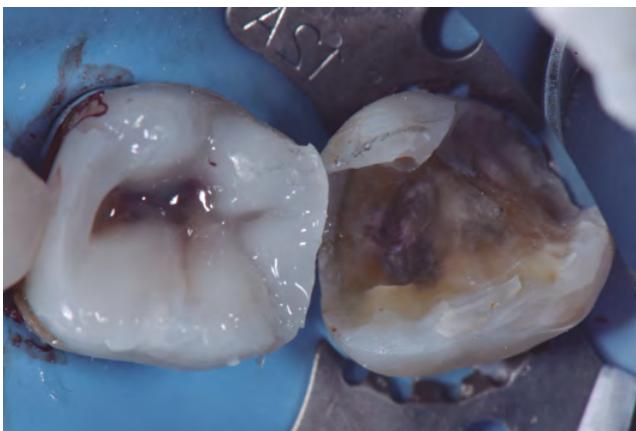


Fig 5. Las laminillas bucales se modelaron individualmente, empezando por la laminilla mesiobucal.

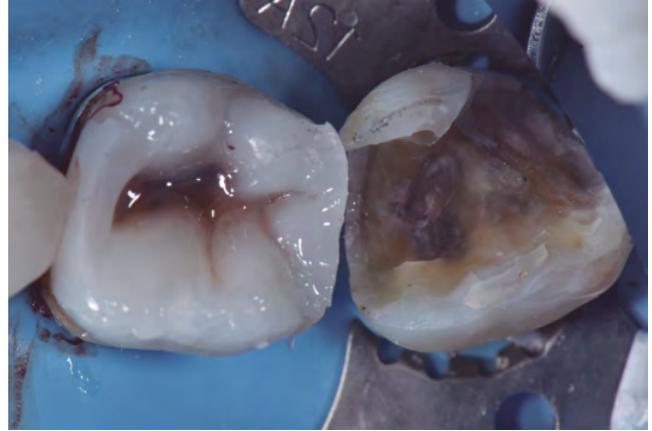


Fig 6. Tras el fraguado completo de todas las laminillas bucales, se aplicó el tono FinalTouch marrón (VOCO) sobre la base de las laminillas, en el marco de la «técnica Tam interlobe staining».

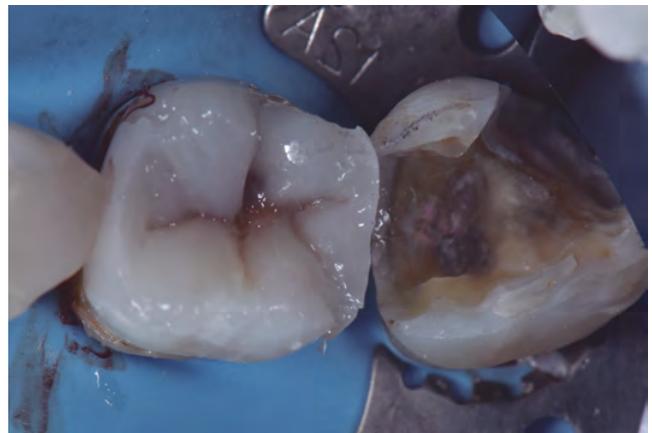


Fig 7. La cúspide mesiolingual se modeló y procesó con un cepillo, para crear las depresiones en las laminillas mesiolinguales y mediolinguales. La tonalidad marrón queda así parcialmente cubierta, de modo que solo permanece ligeramente visible y proporciona una apariencia natural.

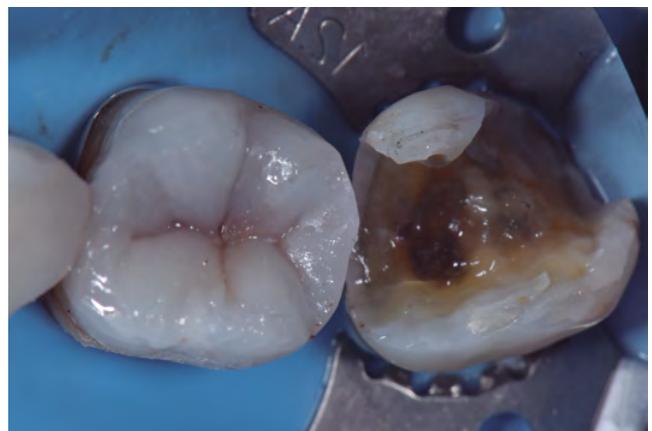


Fig 8. La cúspide distolingual se modeló y procesó con un cepillo, para crear los repliegues en las restantes laminillas circundantes y completar la superficie oclusal. El tono resulta muy fiel al natural. Acabado de las crestas marginales antes de la preparación de la pieza 47. El grabado selectivo, pegado y restauración se realizaron de forma similar a como se había hecho en la pieza 46.

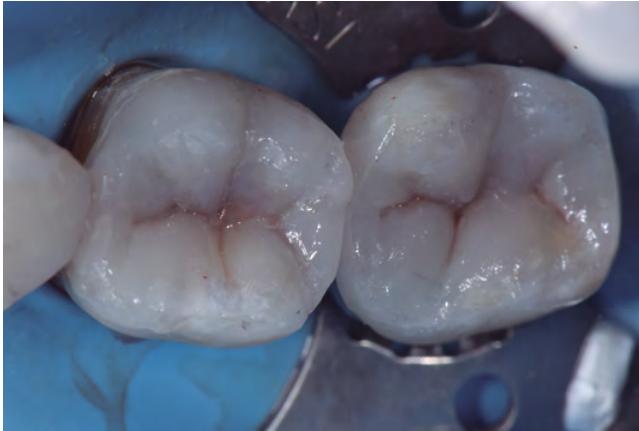


Fig 9. Situación directamente postoperatoria antes de la aplicación de detalles de hipomineralización en los engrosamientos triangulares.



Fig 10. Situación tras la aplicación de detalles de hipomineralización sobre los engrosamientos triangulares con FinalTouch blanco.



Fig 11. Resultado final con ligeros puntos de contacto céntricos sin interferencias de excursión laterales funcionales y completa colocación estética.



ODONTÓLOGOS
de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA

**AUTOR:****PROF. DR. JÜRGEN MANHART.**
MÚNICH

Caso Clínico

ORMOCER nanohíbrido para la técnica de obturación en bloque (Bulk-Fill) en la región posterior

RESUMEN

Los composites directos en la región posterior forman parte de la oferta de tratamientos habituales de la odontología moderna. Hoy en día, los resultados de numerosos estudios clínicos han demostrado la eficacia de esta modalidad de obturación en la región posterior, sometida a presión masticatoria. Por lo general, el procesamiento se lleva a cabo por medio de una compleja técnica de estratificación. Junto a las posibilidades que ofrecen los composites de alta estética en la aplicación de la técnica policromática de estratificación de capas, existe además una gran demanda de materiales basados en composite que sean fáciles y rápidos de tratar y, por consiguiente, económicos, para la región posterior. Esta demanda puede satisfacerse mediante composites que ofrezcan mayores profundidades de endurecimiento (composites para obturación en bloque), de creciente aceptación en el mercado.

PALABRAS CLAVE

Técnica de obturación en bloque, Ormocer, composite, restauraciones directas, región posterior, restauraciones adhesivas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la oferta de materiales de composite plásticos directos se ha ampliado de manera significativa [16,21,22]. El extraordinario aumento de las exigencias estéticas de los pacientes ha comportado que, a los composites universales tradicionales, se hayan sumado en el mercado numerosos composites denominados “estéticos”, que destacan por comercializarse en cantidad suficiente de matices variados y en diferentes grados de opacidad / translucidez [25]. Aplicando la técnica de estratificación policromática con tonos de dentina opacos, masas de esmalte translúcidas y, dado el caso, tonos de cuerpo pueden obtenerse restauraciones directas de gran calidad estética, las cuales prácticamente no pueden distinguirse de la sustancia dental dura y compiten en estética con las restauraciones íntegramente de cerámica. Estos sistemas de composite comprenden, en parte, más de 30 masas diferentes de composite de distintos tonos y grados de translucidez. No obstante,

es indispensable disponer de la suficiente experiencia en el manejo de estos materiales, que se emplean, sobre todo en la región anterior, en técnicas de estratificación con 2 o 3 grados de opacidad o translucidez diferentes [25,26].

Dadas las propiedades de polimerización y su limitada profundidad de endurecimiento, los composites fotopolimerizables suelen aplicarse en incrementos unitarios con un grosor máximo de 2 mm. A su vez, las capas individuales se polimerizan por separado, con tiempos de exposición entre 10 y 40 segundos, en función de la potencia de la lámpara y el color o el grado de opacidad/translucidez de la pasta de composite en cuestión [20]. Si los composites disponibles hasta hace poco se aplicaban formando capas más gruesas, la polimerización del material era deficiente, lo que redundaba en peores propiedades mecánicas y biológicas [3,7,37]. La aplicación del composite en incrementos de 2 mm puede requerir mucho tiempo, sobre todo en casos con cavidades de gran



Fig 1. Situación inicial: obturación de amalgama en la pieza 46.



Fig 2. Situación posterior a la extracción de la obturación de amalgama.



Fig 3. Una vez practicada la excavación, se prosigue con el acabado de la cavidad y se aísla el diente con dique de goma.

volumen en la región posterior. Por esta razón, existe una gran demanda en el mercado de materiales basados en composite que sean fáciles, rápidos de tratar, y por consiguiente, económicos, para este campo de aplicación [2]. Con este fin se han desarrollado los composites para obturación en bloque en los últimos años: estos materiales pueden colocarse en la cavidad con mayor rapidez, en capas de 4-5 mm de grosor con tiempos de fraguado breves de 10-20 s por incremento, aplicando una técnica simplificada con una elevada potencia de la lámpara de polimerización [5,8,20,27,28]. La “obturación en bloque” (“bulk fill”, en inglés) significa propiamente que la cavidad dentaria puede obturarse *lege artis* en un solo paso sin aplicar la técnica de estratificación [4]. En el presente, la única manera de efectuar la obturación en bloque con materiales plásticos consiste en utilizar cementos, que, debido a sus deficientes propiedades mecánicas, no proporcionan obturaciones clínicamente estables a largo plazo en la región posterior de la dentadura permanente sometida a presión masticatoria y, por ello, solamente son aptos para restauraciones provisionales / prótesis provisionales de larga duración [10,16,24], o bien composites de reconstrucción de muñón quimiopolimerizables o de fraguado dual, los cuales, sin embargo, no están autorizados para utilizarse como material de restauración ni resultan apropiados para este tipo de aplicaciones debido a sus características de manipulación (p. ej., conformación de la superficie oclusal). Bien mirado, los composites para obturación en bloque disponibles actualmente para la técnica de obturación simplificada en la región posterior no son materiales de colocación en bloque, puesto que las extensiones proximales de las cavidades clínicas a menudo son más profundas que la profundidad máxima de endurecimiento de estos materiales (4-5 mm) [9,11]. No obstante, escogiendo el material de obturación apropiado pueden restaurarse en 2 incrementos cavidades con una profundidad máxima de 8 mm, lo que comprende las dimensiones de la mayor parte de defectos que se tratan en la práctica clínica diaria.

La mayoría de composites contienen matrices orgánicas de monómeros basadas en la química del metacrilato tradicional [35]. Como soluciones alternativas, la tecnología del silorano [13,17,18,23,38,45] y la química de Ormocer [15,31,32,39,41-44] han aportado fórmulas nuevas. Por una parte, las resinas Ormocer (“organically modi-

fied ceramics”) constituyen materiales compuestos inorgánicos no metálicos modificados orgánicamente [12]. Los materiales Ormocer se distribuyen entre polímeros inorgánicos y orgánicos, presentando redes tanto inorgánicas como orgánicas [33,34,44]. Este grupo de materiales fue desarrollado por el Instituto Fraunhofer de Investigación en Silicatos y, con la colaboración de socios de la industria dental, se comercializó como material de restauración odontológico por vez primera en el año 1998 [42,43]. Desde entonces, los composites basados en Ormocer han experimentado un desarrollo considerable en este campo de aplicaciones. Ahora bien, las aplicaciones de Ormocer no se limitan al uso como materiales compactos en odontología, sino que ya lleva años utilizándose con excelentes resultados, entre otros, en la electrónica, la tecnología de microsistemas, el refinado de plásticos o la conservación y también como revestimiento anticorrosivo, revestimiento funcional de superficies de vidrio y revestimiento de protección altamente resistente al rayado [4,36,40].

Los composites de obturación dental basados en Ormocer pueden adquirirse actualmente de dos empresas (Admira Produktgruppe, VOCO, Cuxhaven; CeramX, Dentsply, Constanza). En los productos de Ormocer para uso odontológico desarrollados hasta ahora, se han agregado metacrilatos adicionales a la química de Ormocer pura (junto a iniciadores, estabilizadores, pigmentos e ingredientes de relleno inorgánicos) para mejorar sus características de procesamiento [19]. Por ello, en estos casos es preferible utilizar la denominación “composites basados en Ormocer”.

El nuevo Ormocer para restauración en bloque Admira Fusion x-tra (VOCO, Cuxhaven), comercializado por primera vez en el año 2015, ya no contiene monómeros tradicionales junto a los elementos de Ormocer en la matriz, según indica el fabricante. Este material dispone de una tecnología nanohíbrida de relleno con una proporción de relleno inorgánico del 84% del peso; se encuentra disponible en un color universal y presenta una contracción de polimerización de tan solo el 1,2% del vol. y, al mismo tiempo, un estrés de contracción bajo. Admira Fusion x-tra se aplica en capas de 4 mm como máximo y se fragua durante 20 s por incremento (potencia de la lámpara de polimerización >800 mW/cm²). La consistencia plástica y las propiedades materiales de Admira Fusion x-tra permiten al odontólogo restaurar cavidades



Fig 4. Limitación de la cavidad con una matriz parcial.



Fig 5. Grabado selectivo del esmalte con ácido fosfórico al 35%.



Fig 6. Estado posterior a la eliminación del ácido por rociado y al secado minucioso de la cavidad.

utilizando un solo material mediante la técnica de obturación en bloque, sin tener que usar un segundo composite para recubrir, como sí es el caso al utilizar materiales de obturación en bloque fluidos.

CASO CLÍNICO

Un paciente de 47 años acudió a nuestro consultorio con el propósito de sustituir sucesivamente sus obturaciones restantes de amalgama por restauraciones del mismo color que los dientes. En la primera sesión del tratamiento se cambió la obturación de amalgama por una nueva en la pieza 46 (fig. 1) Los dientes resultaron ser sensibles sin demora en la prueba de frío y no acusaron ninguna anomalía en la prueba de sensibilidad a la percusión. Basándose en el examen de la información sobre las posibles alternativas de tratamiento y los costes asociados, el paciente optó por una obturación plástica con Ormocer Admira Fusion x-tra (VOCO GmbH, Cuxhaven) mediante la técnica de obturación en bloque.

Para iniciar el tratamiento se llevó a cabo una limpieza a fondo de la pieza dentaria prevista, con pasta profiláctica sin flúor y una copa de caucho, a fin de eliminar las acreciones depositadas en el diente. Admira Fusion x-tra solo está disponible en un color universal, de modo que no es necesario determinar con exactitud el tono dental. Habiéndose administrado anestesia local, se extrajo la amalgama con cuidado fuera de la pieza (fig. 2). Una vez practicada la excavación, el paso siguiente consistió en efectuar el acabado de la cavidad con fresas diamantadas y, a continuación, aislar el diente colocando un dique de goma (fig. 3). El anillo de retención aísla el campo operatorio de la cavidad oral, permite un trabajo limpio y eficaz, y garantiza un entorno de trabajo sin sustancias contaminantes como sangre, líquido crevicular gingival y saliva. La contaminación del esmalte y la dentina resultaría en una clara pérdida de la adhesión del composite a la sustancia dentaria dura, y comprometería la consecución de una restauración exitosa y duradera con una integridad marginal óptima. Además, el dique de goma protege al paciente de sustancias irritantes, como, por ejemplo, el sistema adhesivo. Así pues, el dique de goma es un medio esencial para facilitar el trabajo y garantizar la calidad del mismo en la técnica adhesiva. El ligero esfuerzo requerido para colocar el dique de goma es compensado con creces por las ventajas que supone no tener que cambiar los rollos de algodón dental y que el paciente ya no necesite enjuagarse.

Acto seguido, la cavidad se limita con una matriz parcial de metal (fig. 4). Para el tratamiento preliminar adhesivo de las sustancias dentales duras se escogió el agente adhesivo universal Futurabond M+ (VOCO GmbH, Cuxhaven). Futurabond M+ es un moderno adhesivo de un solo frasco, compatible con todas las técnicas de acondicionamiento, esto es: la técnica de autograbado y las de acondicionamiento con ácido fosfórico (grabado selectivo del esmalte / tratamiento preliminar de grabado y enjuague del esmalte y de la dentina). En el presente caso se sometió el diente a un grabado ácido selectivo del esmalte, aplicando al efecto ácido fosfórico al 35% (Vococid, VOCO GmbH, Cuxhaven) a lo largo de los bordes del esmalte y observando un tiempo de incidencia de 30 s (fig. 5). A continuación, se procedió a eliminar minuciosamente el ácido, usando el pulverizador de agua con aire comprimido durante 20 s y el agua excedente de la cavidad aplicando cuidadosamente aire comprimido (fig. 6). La figura 7 muestra la aplicación de una cantidad abundante de agente adhesivo universal Futurabond M+ sobre el esmalte y la dentina con un minipincel. El adhesivo se extendió con el aplicador sobre la sustancia dental dura con un suave frotamiento durante 20 s. Se prosiguió eliminando el disolvente aplicando con cuidado aire comprimido seco sin aceite (fig. 8) y, a continuación, se fraguó el agente adhesivo con una lámpara de polimerización. La superficie de la cavidad quedó brillante y humedecida con adhesivo de forma homogénea (Fig. 10). Esto debe vigilarse minuciosamente, ya que un brillo mate en los puntos de contacto de la cavidad es un indicio de que no se ha aplicado una cantidad suficiente de agente adhesivo. En el peor de los casos, esto podría reducir la adhesión de la obturación en estos puntos con una deficiencia de sellado de la dentina y, posiblemente, con hipersensibilidad postoperatoria concomitante. Si se detectaran este tipo de zonas durante la exploración visual, se debe aplicar agente adhesivo nuevamente de forma selectiva.

El paso siguiente consistió en obturar la cavidad dentaria –previamente medida con una sonda periodontal– (6 mm de profundidad desde el fondo de la caja hasta la cresta marginal oclusal) con Admira Fusion x-tra en el área de la caja mesial, hasta dejar una profundidad remanente de 4 mm como máximo en toda la cavidad; al mismo tiempo, se reconstruyó la superficie proximal mesial completa hasta la altura de la cresta marginal (fig. 11). El material de restauración se fraguó con una lámpara de polimerización (potencia lumínica >800

EL MÁS RESISTENTE DE SU CLASE



EL MÁS RESISTENTE DE SU CLASE

Bloque excepcional para restauraciones CAD / CAM

- El más alto contenido de relleno (86 % en peso)
- Semejanza a los dientes en perfección
- Excelentes valores físicos en cuanto a la resistencia a la flexión y a la abrasión
- Mejor pulido y reparación
- Basado en la tecnología nano-híbrida
- Disponible en dos tamaños y once colores



Grandi blocs





Fig 7. Aplicación del agente adhesivo Futurabond M+ sobre el esmalte y la dentina.

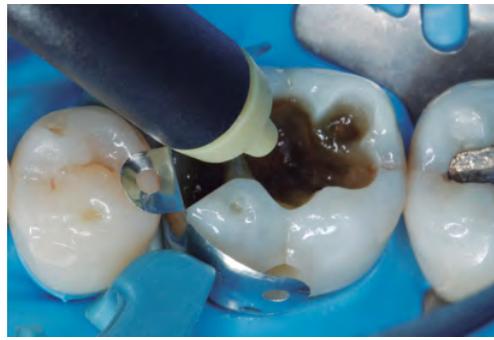


Fig 8. Eliminación cuidadosa del disolvente por soplado fuera del sistema adhesivo.



Fig 9. Fotopolimerización del agente adhesivo durante 10 s.

mW/cm²) durante 20 s (fig. 12). Durante la restauración de la superficie proximal mesial, se convirtió la cavidad de clase II inicial en una cavidad, en la práctica, de clase I y, a continuación, se retiró el sistema de matriz, que dejó de ser necesario (fig. 13). Ello permite acceder más fácilmente a la cavidad con instrumental manual para conformar las estructuras oclusales en el ulterior curso del tratamiento y, al mejorar la visibilidad de la zona prevista para el tratamiento, refuerza el control visual sobre las capas de material que vayan a aplicarse seguidamente. El volumen restante se llena por completo con el segundo incremento de Admira Fusion x-tra (fig. 14). Después de haberse configurado una anatomía oclusal funcional, pero racional (fig. 15) –que igualmente contribuye a asegurar un acabado y pulido rápidos–, se procede a fraguar el material de restauración de nuevo durante 20 s (fig. 16).

Una vez retirado el dique de goma se acaba de conformar la obturación con instrumentos rotatorios y discos abrasivos y se prosigue ajustando la oclusión estática y dinámica. Concluido este paso, se crea una superficie lisa y brillante en la restauración usando al efecto pulidoras diamantadas (Dimanto, VOCO GmbH, Cuxhaven). La figura 17 muestra la restauración directa de Ormocer ya terminada, con la cual se han restaurado las formas dentarias originales con superficie oclusal anatómica funcional, configuración fisiológica del contacto proximal y aspecto estético satisfactorio. Para finalizar, se aplicó barniz de fluoruro (Bifluorid 12, VOCO GmbH, Cuxhaven) en los dientes usando un pellet de espuma.

CONCLUSIONES

La importancia de los materiales de restauración directa basados en composite aumentará en los próximos años. Además, se trata de restauraciones permanentes de gran calidad demostrada científicamente y cuya fiabilidad está documentada en la literatura especializada para dientes posteriores sometidos a cargas masticatorias. Los resultados de un completo análisis de conjunto muestran que el porcentaje de pérdida anual de obturaciones de composite en la región posterior (2,2%) no difiere estadísticamente del de las obturaciones de amalgama (3,0%) [29]. En vista de la creciente presión económica impuesta al sistema sanitario, para la región posterior resulta necesario disponer –junto a las laboriosas restauraciones de alto nivel– de una restauración básica sencilla, segura y rápida de colocar, que, además, resulte económica. Para ello, desde hace algún tiempo

están disponibles en el mercado composites que ofrecen profundidades de endurecimiento optimizadas y, por tanto, permiten practicar obturaciones posteriores con buenos resultados clínicos y estéticos mediante un procedimiento más económico en comparación con los composites híbridos tradicionales [1,30]. La oferta de materiales adhesivos plásticos con gran profundidad de endurecimiento se ha ampliado recientemente con la incorporación de una variante de Ormocer nanohíbrido, la cual se suma a los composites para obturación en bloque con química de metacrilato tradicional •

BIBLIOGRAFÍA

- Burke FJ, Palin WM, James A, Mackenzie L, Sands P. The current status of materials for posterior composite restorations: the advent of low shrink. *Dent Update* 2009;36:401-402.
- Burtscher P. Von geschichteten Inkrementen zur Vier-Millimeter-Bulk-Fill-Technik – Anforderungen an Kom osit und Lichthärtung. *DZW Die Zahnarzt Woche* 2011;Ausgabe 39/2011:6-8.
- Caughman WF, Caughman GB, Shiflett RA, Rueggeberg F, Schuster GS. Correlation of cytotoxicity, filler loading and curing time of dental composites. *Biomaterials* 1991;12:737-740.
- Ciriminna R, Fidalgo A, Pandarus V, Beland F, Ilharco LM, Pagliaro M. The sol-gel route to advanced silica-based materials and recent applications. *Chem Rev* 2013;113:6592-6620.
- Czasch P, Ilie N. In vitro comparison of mechanical properties and degree of cure of bulk fill composites. *Clin Oral Investig* 2013;17:227-235.
- Ferracane JL. Resin composite - state of the art. *Dent Mater* 2011;27:29-38.
- Ferracane JL, Greener EH. The effect of resin formulation on the degree of conversion and mechanical properties of dental restorative resins. *J Biomed Mater Res* 1986;20:121-131.
- Finan L, Palin WM, Moskwa N, McGinley EL, Fleming GJ. The influence of irradiation potential on the degree of conversion and mechanical properties of two bulk-fill flowable RBC base materials. *Dent Mater* 2013;29:906-912.
- Frankenberger R, Biffar R, Fecht G, Tietze P, Rosenbaum F. Die richtige Basisversorgung - Expertenrat. *Dental Magazin* 2012;30:12-24.
- Frankenberger R, Garcia-Godoy F, Kramer N. Clinical Performance of Viscous Glass Ionomer Cement in Posterior Cavities over Two Years. *Int J Dent* 2009; Article ID: 781462, doi:781410.781155/782009/781462.
- Frankenberger R, Vosen V, Krämer N, Roggendorf M. Bulk-Fill-Komposite: Mit dicken Schichten einfacher zum Erfolg? *Quintessenz* 2012;65:579-584.
- Greiwe K, Schottner G. ORMOCER: Eine neue Werkstoffklasse. *FhG-Berichte* 1990;2:64-67.
- Guggenberger R, Weinmann W. Exploring beyond methacrylates. *American Journal of Dentistry* 2000;13:82-84.
- Hickel R. Neueste Komposite - viele Behauptungen. *BZB Bayerisches Zahnärzteblatt* 2012;49:50-53.
- Hickel R, Dasch W, Janda R, Tyas M, Anusavice K. New direct restorative materials. *FDI Commission Project. Int Dent J* 1998;48:3-16.
- Hickel R, Ernst CP, Haller B, et al. Direkte Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich - Indikation und Lebensdauer. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) aus dem Jahr 2005. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 2005;60:543-545.
- Ilie N, Hickel R. Silorane-based dental composite: behavior and abilities. *Dent Mater J* 2006;25:445-454.
- Ilie N, Hickel R. Macro-, micro- and nano-mechanical investigations on silorane and methacrylate-based composites. *Dent Mater* 2009;25:810-819.
- Ilie N, Hickel R. Resin composite restorative materials. *Aust Dent J* 2011;56 Suppl 1:59-66.
- Ilie N, Stawarczyk B. Bulk-Fill-Komposite: neue Entwicklungen



Fig 10. Una vez aplicado el adhesivo, toda la cavidad sellada muestra una superficie brillante.



Fig 11. Con el primer incremento de Admira Fusion x-tra se llena el área mesial de la cavidad y se forma la pared proximal hasta alcanzar la altura de la cresta marginal.



Fig 12. Fotopolimerización del material de restauración durante 20 s.



Fig 13. Situación posterior a la retirada de la matriz.



Fig 14. La cavidad se obtura por completo con el segundo incremento de Admira Fusion x-tra.



Fig 15. Conformación de una anatomía oclusal funcional pero racional.

oder doch herkömmliche Komposite? ZMK 2014;30:90-97.

21. Kunzelmann KH. Komposite – komplexe Wunder moderner Dentaltechnologie. Teil 1: Füllkörpertechnologie. Ästhetische Zahnmedizin 2007;10:14-24.

22. Kunzelmann KH. Komposite – komplexe Wunder moderner Dentaltechnologie. Teil 2: Matrixchemie. Ästhetische Zahnmedizin 2008;11:22-35.

23. Lien W, Vandewalle KS. Physical properties of a new silorane-based restorative system. Dent Mater 2010;26:337-344.

24. Lohbauer U. Dental Glass Ionomer Cements as Permanent Filling Materials? - Properties, Limitations and Future Trends. Materials 2010;3:76-96.

25. Manhart J. Charakterisierung direkter zahnärztlicher Füllungsmaterialien für den Seitenzahnbereich. Alternativen zum Amalgam? Quintessenz 2006;57:465-481.

26. Manhart J. Direkte Kompositrestauration: Frontzahnästhetik in Perfektion. ZWP Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis 2009;15:42-50.

27. Manhart J. Neues Konzept zum Ersatz von Dentin in der kompositbasierten Seitenzahnversorgung. ZWR Das Deutsche Zahnärzteblatt 2010;119:118-125.

28. Manhart J. Muss es immer Kaviar sein? – Die Frage nach dem Aufwand für Komposite im Seitenzahnbereich. ZMK 2011;27:10-15.

29. Manhart J, Chen H, Hamm G, Hickel R. Review of the clinical survival of direct and indirect restorations in posterior teeth of the permanent dentition. Oper Dent 2004;29:481-508.

30. Manhart J, Chen HY, Hickel R. Three-year results of a randomized controlled clinical trial of the posterior composite QuiXfil in class I and II cavities. Clin Oral Investig 2009;13:301-307.

31. Manhart J, Hollwich B, Mehl A, Kunzelmann KH, Hickel R. Randqualität von Ormocer- und Kompositfüllungen in Klasse-II-Kavitäten nach künstlicher Alterung. Deutsche Zahnärztl Zeitschrift 1999;54:89-95.

32. Manhart J, Kunzelmann KH, Chen HY, Hickel R. Mechanical properties and wear behavior of light-cured packable composite resins. Dental Materials 2000;16:33-40.

33. Moszner N, Gianasmidis A, Klapdohr S, Fischer UK, Rheinberger V. Sol-gel materials 2. Light-curing dental composites based on ormocers of cross-linking alkoxy-silane methacryla-



Fig 16. Polimerización de la obturación mesiooclusal, La cavidad vestibular se obturó en el siguiente paso.



Fig 17. Situación final: restauración acabada de confeccionar y abricada. Se ha restablecido la funcionalidad y la estética de la pieza dentaria.

tes and further nano-components. Dent Mater 2008;24:851-856.

34. Moszner N, Völkel T, Cramer von Clausbruch S, Geiter E, Batliner N, Rheinberger V. Sol-Gel Materials, 1. Synthesis and Hydrolytic Condensation of New Cross-Linking Alkoxy-silane Methacrylates and Light-Curing Composites Based upon the Condensates. Macromol Mater Eng 2002;287:339-347.

35. Peutzfeldt A. Resin composites in dentistry: the monomer systems. Eur J Oral Sci 1997;105:97-116.

36. Schmidt H, Wolter H. Organically modified ceramics and their applications. Journal of Non-Crystalline Solids 1990;121:428-435.

37. Tauböck TT. Bulk-Fill-Komposite. Wird die Füllungstherapie einfacher, schneller und erfolgreicher? teamwork J Cont Dent Educ 2013;16:318-323.

38. Weinmann W, Thalacker C, Guggenberger R. Siloranes in dental composites. Dent Mater 2005;21:68-74.

39. Wolter H. Kompakte Ormocere und Ormocer-Komposite. Fraunhofer-Institut für Silikatforschung (ISC) - Tätigkeitsbericht 1995 1995;56-63.

40. Wolter H, Schmidt H. Isolationsschichten auf

der Grundlage organisch modifizierter Keramiken und deren Applikationen [Insulation layers on base of organic modified ceramics and their application]. DVS Berichte 1990;129:80-85.

41. Wolter H, Storch W. Neuartige Silan-Klasse - Werkstoffe für Formkörper. ISC-Tätigkeitsbericht 1992 1992;61-72.

42. Wolter H, Storch W, Ott H. Dental filling materials (posterior composites) based on inorganic/organic copolymers (ORMOCERS). MACRO AKRON 1994;503.

43. Wolter H, Storch W, Ott H. New inorganic/organic copolymers (ORMOCERS) for dental applications. Materials Research Society Symposia Proceedings 1994;346:143-149.

44. Wolter H, Storch W, Schmitzer S, et al. Neue biokompatible Dentalwerkstoffe auf Ormocer-Basis. In: Planck H, Stallforth H (Hrsg) Tagungsband Werkstoffwoche 1998, Band 4, Symposium 4: Werkstoffe für die Medizintechnik. Weinheim: Wiley VCH, 1998, 245-248.

45. Zimmerli B, Strub M, Jeger F, Stadler O, Luski A. Composite materials: composition, properties and clinical applications. A literature review. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2010;120:972-986.

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ. Odontólogo. Colaborador del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ. Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

Caso Clínico

Tratamiento de un quiste radicular: enucleación y relleno óseo mediante Cerasorb[®]

INTRODUCCIÓN

Un quiste es una cavidad patológica generalmente revestida por un epitelio que puede estar rellena de fluidos, semifluidos o un contenido gaseoso ⁽¹⁾ y representa una de las principales causas de la destrucción de los maxilares ⁽²⁾.

El quiste radicular es el más frecuente del grupo de los quistes odontogénicos inflamatorios con una prevalencia del 50%. Se presenta en la dentición permanente, principalmente en la zona anterior, y es secundario a la desvitalización de la pulpa por caries o por trauma, cuyos residuos se eliminan por el conducto radicular a la región apical o periapical con el consecuente estímulo de los restos de Malassez.

Radiográficamente se manifiestan como una imagen radiolúcida, bien circunscrita y a veces delimitada por una imagen radiopaca, lo que permite, en conjunto con la clínica, hacer un diagnóstico de presunción. Sin embargo, el diagnóstico definitivo sólo se puede establecer después de realizar un estudio anatómico-patológico. Histológicamente, los quistes radiculares están constituidos por un tejido fibroso conectivo y un epitelio escamoso estratificado de grosor y estructura muy variable. La morfología de su epitelio depende del grado de inflamación, y en él, se pueden observar áreas de papilomatosis, acantosis, fenómenos de espongirosis e incluso zonas atróficas fragmentadas y erosionadas ⁽³⁾.

El tratamiento inicial de las lesiones inflamatorias periapicales se realiza mediante una terapia endodóntica convencional ⁽⁴⁾. Sin embargo, si la endodoncia fracasa, el tratamiento de elección es la cirugía periapical y la eliminación de la lesión quística ⁽⁵⁾.

En el momento en que se realiza la extirpación del quiste, la cicatrización ósea es una etapa muy importante para la rehabilitación estética y funcional de los maxilares ⁽⁶⁾. Por ello, especialmente en quistes de gran tamaño se utilizan técnicas de regeneración ósea guiada (ROG) para conseguir la regeneración y formación de un hueso nuevo ⁽⁷⁾.

El objetivo de este artículo es presentar el diagnóstico y tratamiento de un quiste radicular en el que se ha procedido a su enucleación, conservando el diente, y la pos-

terior regeneración del defecto óseo resultante mediante fosfato β -tricalcico de fase pura (BTCP) (Cerasorb[®]).

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años, sin patología sistémica previa, acude derivado a nuestro Servicio tras el hallazgo radiológico casual de una zona radiolúcida de gran tamaño a nivel de un 22 endodonciado. En la exploración clínica no se observó abombamiento de las corticales ni fistula en la zona correspondiente a la lesión. En la radiografía panorámica, se observó un área radiolúcida de 15 mm de diámetro, simple, bien delimitada por una zona esclerótica (**Figura 1**). Esta imagen se extendía hacia apical del 23 por lo que se realizó prueba de vitalidad del mismo, siendo esta positiva. Basándose en la exploración radiológica se estableció un diagnóstico de presunción de quiste radicular asociado a un incisivo lateral superior izquierdo. Ante esta situación clínica se estableció como plan de tratamiento la enucleación del quiste y el posterior relleno del defecto óseo remanente mediante Cerasorb M[®] (Curasan. Germany).

Previamente a la realización de la cirugía se solicitó la realización de un estudio tomográfico para establecer la extensión de la lesión y la relación de la misma con las estructuras adyacentes. En el corte sagital se observó que el quiste se encuentra en contacto con la región apical del 23, pero como su vitalidad fue positiva no se planificó tratamiento alguno a la espera de la evolución en el tiempo. En cuanto a su extensión en los cortes sagitales y coronales se observó que en sentido apical estaba próximo al suelo de las fosas nasales, pero éste se mantenía íntegro. Mientras que en sentido vestíbulo palatino, el quiste abarcaba desde la cortical vestibular a la palatina pero igualmente se mantenían intactas (**Figuras 2-3**).

Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a realizar la intervención quirúrgica. Bajo anestesia local con articaína al 4%, se procedió a diseñar un colgajo semilunar modificado, con una incisión festoneada horizontal de canino a canino, a 3 mm del margen gingival, con el objetivo de minimizar la recesión gingival postquirúrgica. Al levantar el colgajo se observó que la cortical



Fig 1. Imagen radiolúcida bien definida a nivel apical del 22.

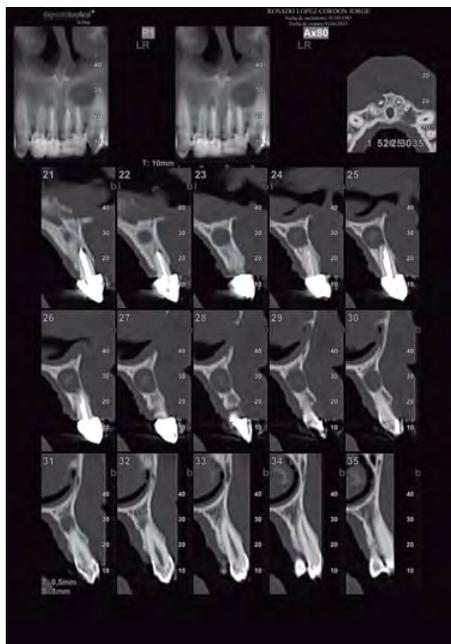


Fig 2. Cortes sagitales que muestran afectación apical del 23, la extensión apical y vestibulo-palatina de la lesión.

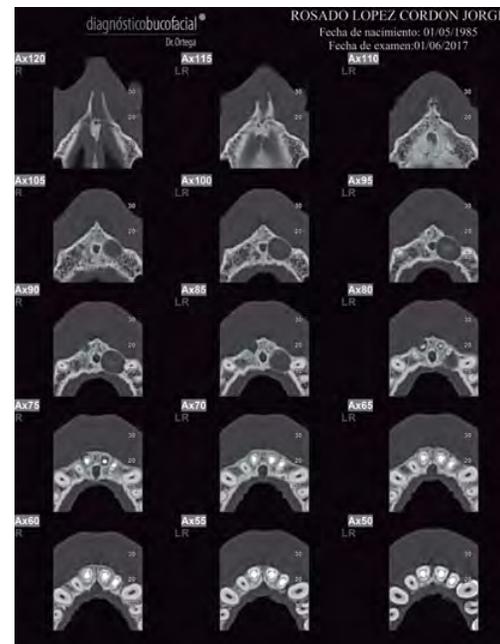


Fig 3. Corte coronal que muestra extensión vestibulo-palatina de la lesión.

vestibular estaba íntegra (**Figura 4**). En el momento de iniciar la ostectomía comenzó a salir el contenido mucopurulento del quiste (**Figura 5**). Una vez completada la ostectomía se procedió al despegamiento meticuloso del quiste para poder exponer completamente la lesión quística hasta conseguir la enucleación total del mismo (**Figura 6**). La lesión quística extirpada se introdujo en una solución de formol al 10% y se envió a su estudio anatomo-patológico.

Una vez limpia la cavidad se procedió al relleno de la misma mediante fosfato β -tricálcico de fase pura (BCTP) con colocación de membrana Cerasorb® (**Figuras 7-9**), y finalmente se suturó el colgajo con sutura no reabsorbible monofilamento de 5.0. (**Figura 10**), que fue retirada a los 15 días (**Figura 11**).

Se realizaron controles clínicos a los 7, 15 días, 1 mes, 3 y 6 meses, siendo la evolución satisfactoria, y la vitalidad positiva del 23 intacta en todos ellos. El estudio anatomo-patológico corroboró el diagnóstico de presunción de quiste radicular (**Figuras 12-13**).

Se realizaron controles radiológicos a los 3 y 6 meses, observándose un incremento progresivo de la trabeculación, hasta conseguir a los 6 meses un aspecto del trabeculado óseo similar en la zona sana y en la zona donde se realizó el relleno óseo (**Figuras 14-15**).

DISCUSIÓN

La regeneración ósea consiste en el reemplazo de un tejido dañado por células propias de ese tejido, reconstituyéndose la arquitectura y función del mismo. La regeneración del tejido óseo tras la cirugía periapical requiere el reclutamiento y diferenciación de las células madres pro-

pias del hueso, la presencia de factores de crecimiento necesarios para la migración, proliferación y diferenciación de dichas células además de las moléculas de adhesión, la matriz extracelular y ciertas proteínas no colagénicas. De lo contrario sólo tendrá lugar una reparación de tejido en la cual no se reestablece la arquitectura ni la función original del mismo^(8,9).

La regeneración tisular se utiliza con cada vez más frecuencia en el campo de la cirugía periapical, acelerando la formación del hueso en los defectos remanentes tras la cirugía, al rellenar la cavidad ósea con distintos materiales como la hidroxiapatita poroso o hueso cortical deshidratado y desmineralizado. Estas técnicas de regeneración pueden emplearse para tratar lesiones de gran tamaño o cuando afectan a ambas corticales⁽¹⁰⁾, pudiendo aumentar el éxito de la cirugía utilizando la RGT⁽¹¹⁾.

En la actualidad se utilizan materiales de relleno óseo sintético, especialmente fosfato tricálcico. En el caso clínico presentado se ha utilizado como relleno óseo fosfato β -tricálcico de fase pura (Cerasorb®), que se caracteriza por tener partículas poligonales, multiporosidad (65%), degradación continua y reabsorción completa. En el caso clínico presentado muestra unos resultados clínicos y radiológicos similares al relleno óseo mediante hueso no sintético. Observándose una trabeculación ósea total a los 6 meses de realizar la cirugía. Por tanto el relleno óseo mediante fosfato β -tricálcico de fase pura puede constituir una modalidad de tratamiento efectivo para la regeneración de defectos periapicales de gran tamaño, si bien es cierto, que es necesario un mayor tiempo de seguimiento del caso, así como un mayor número de estudios para valorar la eficacia real de dicha técnica •



Fig 4. Colgajo semilunar modificado despegado con cortical vestibular íntegra.



Fig 5. Contenido mucopurulento de la lesión.



Fig 6. Enucleación de la lesión.

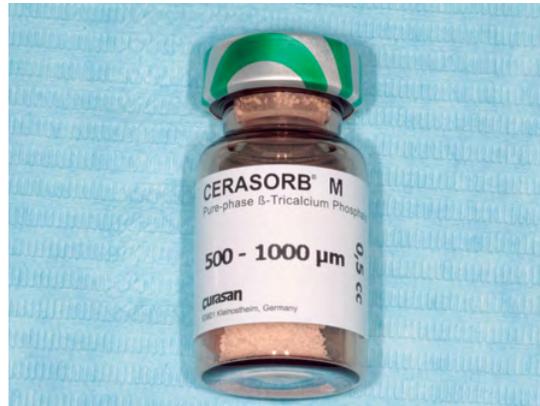


Fig 7. Materia de relleno óseo: Cerasorb® (Curasan. Germany).

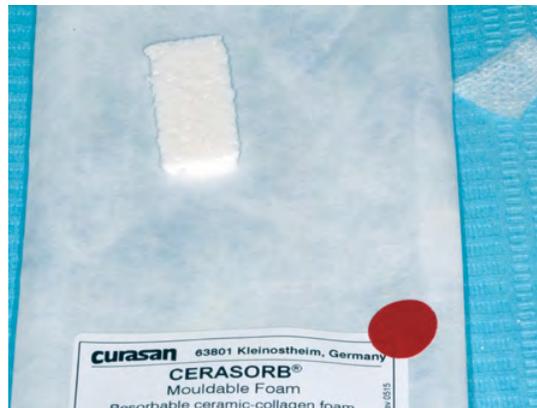


Fig 8. Membrana de recubrimiento: Cerasorb® Modulable foam (Curasan. Germany)



Fig 9. Imagen clínica del relleno de la cavidad ósea remanente mediante BCTP y membrana Cerasorb®

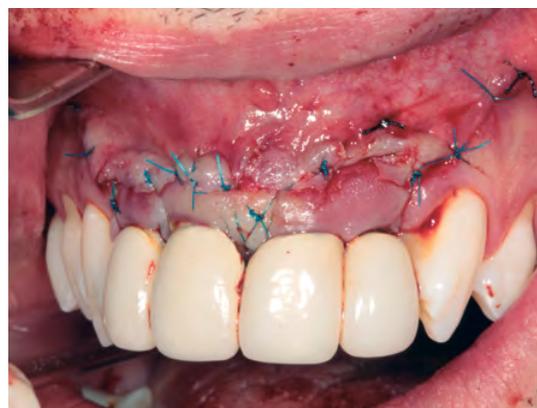


Fig 10. Sutura no reabsorbible monofilamento de 5.0.



Fig 11. Aspecto clínico a los 15 días.

NSK

Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantología



- POTENTE
- SEGURO
- PRECISO

2.999 €*
6.129 €*

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

3.999 €*
8.308 €*

Surgic Pro **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

4.499 €*
8.876 €*

Surgic Pro⁺ **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

- Almacenamiento de datos
- USB



3 Contra-Ángulos del mismo modelo



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



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



Contra-Ángulo **X-DSG20L**
Con Luz · Reducción 20:1

DESMTABLE

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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

* Los precios no incluyen IVA · Oferta válida hasta el 31 de diciembre de 2017

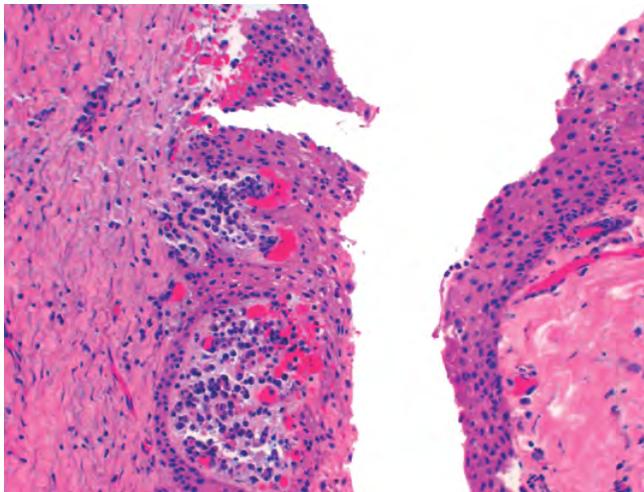


Fig 12. Imagen histológica de epitelio no atípico de quiste radicular.

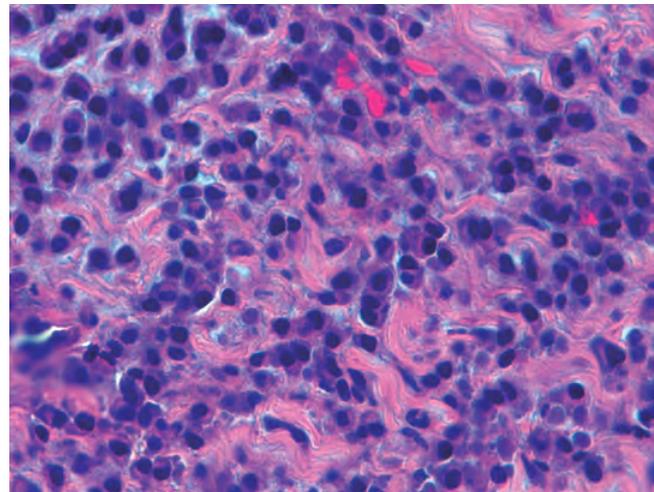


Fig 13. Imagen células plasmáticas de quiste radicular.



Fig 14. Trabeculado óseo a los 3 meses.



Fig 15. Trabeculado óseo a los 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scully C, Bagán JV, Carrozzo M, Flaitz CM, Gandolfo S. Guía de Bolsillo de Enfermedades Orales. 2014 Ed. Elsevier España
2. Ledesma Montes C, Hernández Guerrero JC, Garcés Ortiz M. Clinicopathologic study of odontogenic cysts in a Mexican simple population. *Arch Med Res* 2000;31:373-6.
3. García Rubio A, Bujalder Daza AL, Rodríguez Archilla A. Lesiones periapicales. Diagnóstico y tratamiento. *Av Odontostomatol* 2015;31(1):31-42
4. Lin LM, Huang GT-J, Rosenberg PA. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. *J Endod* 2007;33:908-16.
5. Jayalakshmi KB, Agarwal S, Singh MP, Vishwanath BT, Krishna A, Agrawal R. Platelet-Rich Fibrin with β -Tricalcium Phosphate-A Novel Approach for Bone Augmentation in Chronic Periapical Lesion: A Case Report. *Case Rep Dent* 2012;10.1155/2012/902858
6. Taschieri S, Del Fabbro M, Testori T, Saita M, Weinstein R. Efficacy of guided tissue regeneration in the management

- of through-and-through lesions following surgical endodontics: a preliminary study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008;28:265-71
7. Yoshikawa G, Murashima Y, Wadachi R, Sawada N, Suda H. Guided bone regeneration (GBR) using membranes and calcium sulphate after apicectomy: a comparative histomorphometrical study. *Int Endod J* 2002;35:255-63.
8. Wu Y, Chen L, Scott PG, Tredget EE. Mesenchymal stem cells enhance wound healing through differentiation and angiogenesis. *Stem Cells* 2007;25:2648-59.
9. Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, Longaker MT. Wound repair and regeneration. *Nature* 2008;453:314-21.
10. Barboza EP, Lugaro LEG. Treatment of an human transosseus mandible defect by guided bone regeneration. *J Periodontol* 2001;72:538-41
11. Pompa DG. Guided tissue repair of composite buccal dehiscences associated with periapical defects: a clinical retrospective study. *J Am Dent Assoc* 1997;128:989-97



Si nos ponemos en manos de un dentista...
¿Por qué tu clínica no recurre a una agencia para el marketing y la comunicación?



Identidad Corporativa



Marketing On/Offline



Audiovisual



Diseño Web



Prensa y Comunicación



Organización de Eventos



Diseño Editorial



Ilustración



Diseño de Espacios



360° de servicios creativos a medida

Oklok



www.oklok.es

**AUTORES:****DR. JULIÁN CAMPO.**

Odontólogo.
Profesor Contratado
Doctor. Facultad de
Odontología UCM.
jcampo@ucm.es

DR. JORGE CANO.

Odontólogo.
Especialista en
Cirugía Oral (Reino
Unido). Práctica
privada.

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

Patólogo. Especialista
en Patología de
Cabeza y Cuello.
jmontans@anatomia.
e.telefonica.net

Patología Oral en Imágenes

Quiste de Gorlin (Quiste Odontogénico Calcificante)

Mujer de 35 años que presenta en la exploración una tumefacción indolora en maxilar superior de gran tamaño y que produce cierta asimetría facial (**Fig. 1 y 2**). La paciente no recuerda cuándo empezó la lesión pero refiere el crecimiento fue progresivo. No presenta ninguna otra lesión oral y no disponemos de posibilidad de obtener una ortopantomografía.

Se realizó un PAAF (Punción Aspiración con Aguja Fina), que dio un resultado inespecífico de células degeneradas y macrófagos en un estroma proteináceo, lo que recomendaba realizar una biopsia incisional para poder diagnosticar definitivamente la lesión.

El estudio histopatológico de dicha biopsia incisional reveló una proliferación quística tapizada por un epitelio escamoso estratificado con aspecto ameloblastomatoso (hipercromasia nuclear, núcleos de capa basal en empalizada y con polarización inversa). Dicho revestimiento incluye acúmulos de células fantasmas (que se corresponden con células epiteliales con citoplasma claro y espacios vacíos donde antes hubo núcleos). La pared de esta lesión está compuesta por tejido conectivo fibroso. (ver **Fig. 3 y 4**). El diagnóstico definitivo fue de Quiste odontogénico calcificante, o también conocido como Quiste de Gorlin.

El tratamiento recomendado en estos casos es la enucleación cuando están bien encapsulados y el pronóstico suele ser favorable. Se procedió a la exéresis completa de la lesión y posterior estudio histopatológico que confirmó el diagnóstico inicial (**Fig. 5**).

El Quiste odontogénico calcificante (QOC), o también denominado “Quiste de Gorlin”, es un quiste odontogénico del desarrollo cuya revestimiento epitelial se asemeja a un ameloblastoma en algunas áreas, lesión con la que hay que realizar el diagnóstico diferencial. Normalmente aparece en jóvenes menores de 40 años, con una predilección por las mujeres. El 70% de los casos aparece localizado en el maxilar superior, como sucede en el caso que aquí presentamos.

Radiográficamente se puede presentar como una lesión radiotransparente unilocular o multilocular con márgenes bastante bien delimitados, aunque puede en ocasiones presentar un patrón mixto con ciertas radiopacidades debidas a las calcificaciones distróficas que pueden aparecer asociadas en esta lesión.

Pero el diagnóstico definitivo es histológico, con la presencia de un epitelio “ameloblastomatoso”, junto a la presencia de las características células fantasmas, que pueden derivar en una mineralización anormal, produciendo calcificaciones distróficas basófilas (**Fig. 6**). Esta queratinización en células fantasmas, tan característica de este quiste, es también un criterio diagnóstico definitivo del epiteloma calcificante de Malherbe en piel (pilomatrixoma).

Debido a que esta lesión tiene un comportamiento biológico impredecible, el tratamiento suele ser más agresivo que el simple curetaje. En la clasificación de la OMS del año 2005, se consideró a esta lesión como una “neoplasia benigna” y se pasó a denominarla como “Tumor odontogénico quístico calcificante”, pero en la recientemente publicada nueva versión de la OMS del 2017 se vuelve a considerar a esta lesión como una “lesión quística”.

En nuestra opinión esta diferenciación entre neoplasia *vs.* quiste, dependerá del caso y probablemente existan lesiones claramente quísticas como el que aquí describimos y otras asociadas a otros tumores odontogénicos.

Actualmente aparte de esta lesión “quística”, se reconocen una variante sólida denominada “Tumor odontogénico de células fantasmas” y el “Carcinoma odontogénico de células fantasmas, con necrosis, atipia celular y mitosis anormales. Por ello es tan importante realizar un correcto diagnóstico clínico-patológico de estas lesiones de células fantasmas para establecer el mejor tratamiento quirúrgico en cada caso. Tras dicho tratamiento, en todos los casos, se debería de realizar un seguimiento del paciente para evaluar una posible recidiva •



Fig 1. Tumefacción indolora en lado izquierdo de gran tamaño y que producía asimetría facial.



Fig 2. Dicha tumefacción producía abombamiento especialmente de cortical vestibular y desplazamiento dentario.

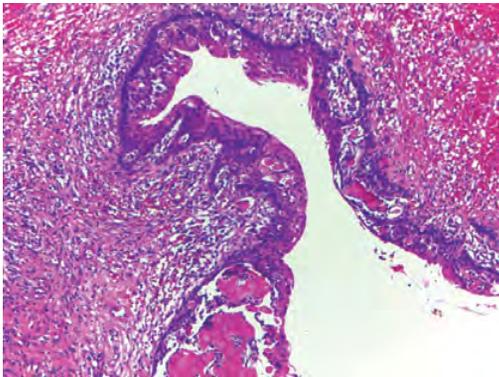


Fig 3. Microfotografía 100x H/E. Lesión quística con pared fibrosa y revestimiento epitelial "ameloblastomatoso" con engrosamientos donde se observan células fantasmas.

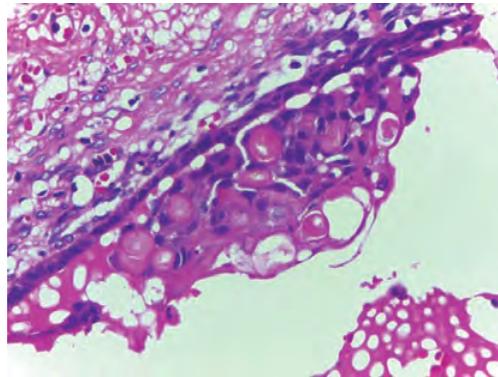


Fig 4. Microfotografía 400x H/E. Quiste odontogénico calcificante donde se pueden observar las células epiteliales queratinizadas características ("células fantasmas") protruyendo hacia la luz del quiste.

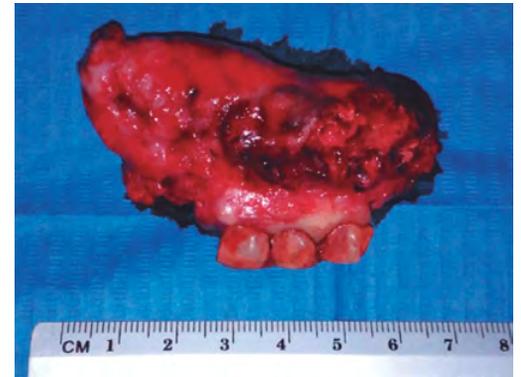


Fig 5. Pieza quirúrgica resultado de la exéresis de la lesión (7cmx 4cm).

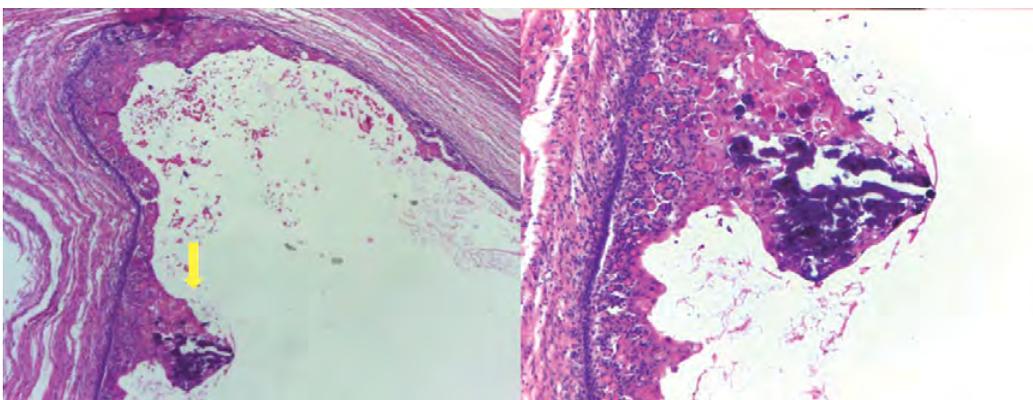


Fig 6. Microfotografía 40x H/E. Quiste odontogénico calcificante donde se observa la luz, la pared fibrosa y el revestimiento epitelial característico antes comentado. En la imagen de la derecha (400 x H/E.) se puede ver la ampliación de zona inferior izquierda (flecha amarilla). Obsérvense las calcificaciones distróficas que aparecen en esa zona de queratinización epitelial de células fantasmas.

OptraGate facilita el tratamiento en niños



AUTOR:

**DR. MED. DENT.
NIKLAS BARTLING
ALTSTÄTTEN**

Tratar a niños a menudo representa un reto especial, porque requiere paciencia y creatividad. Los niños no siempre tienen la misma paciencia que un adulto cuando se trata de mantener la boca abierta. Durante el tratamiento siempre hay que pedir de manera amable que se abra la boca de manera activa e intentar que no se cierre usando los dedos o cualquier instrumental. A menudo hay que recurrir a la cuña.

Desde hace mucho ya existe una alternativa práctica: OptraGate de Ivoclar Vivadent. Consiste en dos anillos de plástico unidos por una goma elástica que se colocan de manera sencilla en la boca abierta para mantener los labios y las mejillas separados de los dientes y mantener la boca abierta de manera delicada. El paciente puede cerrar la boca con el OptraGate pero, para ello, debe activar la musculatura de la masticación. De este modo, después de realizar un empaste se puede controlar la oclusión y, por ejemplo, se puede tomar una radiografía dental sin tener que quitar antes OptraGate.

Los profesionales que utilizan un par de veces OptraGate se dan cuenta a la primera de lo fácil que resulta acceder a la zona de trabajo:

Se mantienen separadas las mejillas, se protegen los labios y las comisuras de la boca y se minimiza el peligro de sufrir "daños colaterales" durante el tratamiento, como por ejemplo daños en los tejidos blandos, como consecuencia de los instrumentos de trabajo. Solo hay que controlar la lengua. Y para secar la zona de trabajo se debe colocar un par de gasas de algodón. Ya no es necesario sujetar con el espejo el tejido blando, que siempre resulta un poco incómodo para el paciente.

En la mayoría de los casos, OptraGate, desde un principio, facilita las cosas tanto para los padres como para los pequeños pacientes. En especial a los niños les gustan mucho

las variantes en los nuevos colores azul y rosa. Enseguida sacan el teléfono móvil para hacer una fotografía, mientras que el equipo del dentista puede trabajar de manera relajada. De este modo, el inicio del tratamiento, que siempre suele ser algo tenso y que depende a menudo de la relación de confianza entre el profesional y el paciente, resulta mucho más relajado y menos tenso. En nuestra consulta a menudo denominamos OptraGate la "boca de pez": inventamos una historia para distraer a los pequeños pacientes.

Tan pronto como se inicia el tratamiento, las ventajas de OptraGate se hacen patentes: las discusiones y los movimientos molestos se reducen al mínimo. El paciente puede hablar, pero no resulta fácil. Y gracias al buen acceso al área de tratamiento el profesional puede trabajar con celeridad y de manera eficiente. Al final todos quedan contentos.

OptraGate también está muy bien valorado en mi consulta en trabajos de ortodoncia maxilar, colocación de bandas dentales o al quitar y poner aparatos. La apertura de la boca en la zona vestibular está casi relajada, de modo que el área de trabajo se puede mantener seca de manera cómoda. Además, al quitar los restos de



cemento con instrumentos rotativos, el tejido blando se protege para reducir al mínimo el peligro de sufrir daños. Por último, también lo utilizo en tratamientos con anestesia: aquí los labios también están protegidos por completo. No es necesario aplicar vaselina y también se elimina la necesidad de lidiar con la película de grasa que se forma sobre el espejo.

Y si algún pequeño paciente no se muestra tan ilusionado con la idea de tener que hacerse una fotografía con los ganchos dentales, gracias a OptraGate y a una historia el paciente tiene una experiencia más agradable y tolera mejor la intervención. En general, no puedo más que recomendar encarecidamente el uso de OptraGate. Garantiza de manera elegante un tratamiento relajado y ayuda a solucionar los problemas •



OptraGate®

El retractor de labios y mejillas sin látex

La agradable
solución para
una mejor vista



- Tratamientos más eficientes con un aislamiento relativo más sencillo
- Campo operatorio más amplio y acceso más sencillo a la cavidad oral
- Mayor comodidad para los pacientes
- Atractivos colores que mejoran la confianza de los pacientes más jóvenes

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent S.L.U.

Carretera de Fuencarral nº24 | Portal 1 – Planta Baja | 28108-Alcobendas (Madrid) | España
Telf. +34 91 375 78 20 | Fax +34 91 375 78 38


ivoclar
vivadent®
passion vision innovation

Dirigida a la prevención del Cáncer Escamoso de Cabeza y Cuello (CECC) **Campaña Make Sense**

Uno de los problemas que presenta el Cáncer Escamoso de Cabeza y Cuello (CECC) es el diagnóstico tardío, que repercute negativamente "en la calidad de vida del paciente" así como en su "esperanza de vida". La Fundación Merck Salud ha puesto en marcha este miércoles la campaña Make Sense, destinada a conseguir un diagnóstico precoz en la lucha contra la enfermedad.

Esta campaña, coordinada y dirigida también por la Sociedad Europea del Cáncer de Cabeza y Cuello, se ha orientado a los médicos de Familia con el lema 'Uno durante Tres' para que deriven a los especialistas aquellos pacientes que presenten uno de los síntomas habituales del CECC—úlceras bucales, lengua dolorida o dolor de garganta— con una prolongación de tres semanas. Y es que, a pesar de ser "una enfermedad poco conocida", afecta a 33 personas de cada 100.000 habitantes.

“*Úlceras bucales, lengua dolorida o dolor de garganta, con una prolongación de tres semanas, son algunos de los síntomas del cáncer de cabeza y cuello.*”

El cáncer de cabeza y cuello es una manera de describir cualquier cáncer que se encuentra en la zona de la cabeza o el cuello, excluyendo los ojos, el cerebro o el esófago. Normalmente empieza en las células escamosas que revisten las superficies húmedas y mucosas dentro de la cabeza y el cuello, por ejemplo, dentro de la boca, la nariz y la garganta. Hay más de 30 áreas de la cabeza y el cuello, donde se puede desarrollar el cáncer.

El cáncer de cabeza y cuello es el séptimo tipo de cáncer más común en Europa. Se da como la mitad de veces que el cáncer de pulmón, pero el doble de veces que el cáncer cervical. Hay más de 150.000 nuevos pacientes diagnosticados en Europa en 2012, lo que equivale casi al doble del estadio olímpico de Londres lleno de gente.

El 60% de las personas con cáncer de cabeza y cuello ya tiene la enfermedad localizada avanzada en el momento del diagnóstico; y el 60% de las personas diagnosticadas en una fase avanzada mueren de la enfermedad en el plazo de cinco años. Sin embargo, la tasa de supervivencia en pacientes diagnosticados en las fases tempranas de la enfermedad es de un 80-90%.

FACTORES DE RIESGO

Tabaco: los fumadores tienen un riesgo mayor de cáncer de cabeza y cuello con respecto a los no fumadores.

Alcohol: los hombres que consumen más de tres unidades y las mujeres que consumen más de dos unidades de alcohol al día tienen un riesgo mucho más alto de desarrollar cáncer de cabeza y cuello.

VPH: la incidencia del cáncer de garganta va en aumento debido a ciertos subtipos del Virus del Papiloma Humano.

Aunque los hombres tienen de dos a tres veces más probabilidad de desarrollar el cáncer de cabeza y cuello, la incidencia está creciendo entre las mujeres. El cáncer de cabeza y cuello es más común en personas mayores de 40 años, pero ha habido recientemente un incremento en personas más jóvenes que han desarrollado la enfermedad.

La definición 'Uno durante Tres', desarrollada por los principales expertos en cáncer de cabeza y cuello de toda Europa, afirma que los médicos generalistas deberían mandar a su paciente a un especialista de cabeza y cuello si tiene uno de los síntomas siguientes durante tres semanas:



OFERTAS OCTUBRE 2017



Pack membranas + tornillos de fijación



- + 1 Membrana Derma fina 25x25mm (0,8-1mm) Ref. ED25FS
- + 1 Lámina cortical curva 35x35 (0,9mm) Ref. LS10HS
- + 3 Membranas Evolution 20x20 (fina o std) Ref. EV02LLE o EM02HS
- + 12 Tornillos autoperforantes (cualquier longitud y tamaño)

**REGALO 1 MANGO DESTORNILLADOR Y
1 PUNTA AUTORRETENTIVA**

Regalos valorados en 233€ (Destornillador 195€ y punta autorretentiva 38€)



Telf. 91 413 37 14
www.osteogenos.com
pedidos@osteogenos.com



El secreto profesional

IGNACIO GUTIÉRREZ GALENDE
ABOGADO

igutierrez@galendeydebuzon.com

La Constitución Española califica como un derecho fundamental, con las inherentes garantías de protección que ello implica, el derecho a la intimidad personal y familiar, así como a la propia imagen.

El Tribunal Constitucional en su Auto de 11 de diciembre de 1989 justifica el secreto profesional, por razón de una actividad como la sustracción al conocimiento ajeno de datos o informaciones obtenidas que conciernen a la vida privada de las personas.

“

La Constitución Española lo califica como un derecho fundamental.

”

Por otro lado, el artículo 29 del Código Español de Ética y Deontología Dental, fija que el ejercicio de la profesión odontoestomatológica conlleva como deber del profesional y derecho del paciente el secreto profesional, abarcando todo lo que se haya podido conocer, oír, ver, o que el paciente haya confiado dentro de su relación con el profesional. Este deber incluye tanto la historia clínica como los informes clínicos

Este deber recae tanto sobre el profesional, como el personal auxiliar y colaborador del mismo (higienistas dentales, protésicos y todo el personal de la clínica). Corresponde a los directores de la clínica poner todos los medios necesarios para garantizar este derecho.

Este deber de secreto profesional tiene carácter perpetuo, aunque el paciente cambie de profesional o se produzca el fallecimiento del paciente.

En caso de cese de la actividad profesional el dentista puede transferir su archivo al compañero que considere oportuno o le sustituya, pero los pacientes deben ser notificados de este suceso, pudiendo manifestar su voluntad en contra. Pudiendo, en todo momento, el paciente pedir por escrito copia de su historia clínica.

EXCEPCIONES

El deber de secreto profesional encuentra algunas excepciones tasadas en el propio código deontológico, debiendo destacarse:

- Por mandato legal o requerimiento judicial. En este caso la información que puede suministrarse debe limitarse a la imprescindible que requiera el mandato, intentando garantizar en todo momento el máximo de intimidad del paciente.
- Para evitar un daño a la propia persona.
- Para evitar un daño a otras personas, la razón de ser de esta obligación reside en impedir la propagación de cualquier enfermedad grave con los consiguientes daños para el conjunto de la población.

Esta obligación está relacionada con la Ley 3/1986 de medidas especiales de salud pública, donde además de poder revelar el secreto profesional, se puede llegar a ordenar (por la autoridad correspondiente) el ingreso involuntario del enfermo y su sometimiento a tratamiento.

SANCIONES

El incumplimiento del deber de secreto profesional puede conllevar una sanción penal. Se encuentra regulado en el artículo 199 del Código Penal, que fija que en caso de revelar información que se encuentre protegida bajo el secreto profesional la pena será de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

“

Corresponde a los directores de la clínica poner todos los medios necesarios para garantizar este derecho.

”



Esta pena de prisión, que puede parecer algo irreal, ya se ha dado en varias ocasiones en que se ha detectado el acceso al historial de uno o más pacientes por profesional ajeno a su asistencia, valiéndose de su condición y con fines ajenos a los previstos. Así tenemos condenas por entrar a ver los historiales de los vecinos y otras circunstancias similares. Igualmente, la Agencia de protección de Datos ha abierto expedientes por acceder a datos de pacientes por el personal médico ajeno a su asistencia, con fines de estudio, pero sin la correspondiente autorización.

Estas violaciones del secreto profesional se suelen dar de forma casi inconsciente con la entrada al historial clínico, célebre fue la sentencia del Tribunal Supremo 574 de 2001 que condenó a un médico por comunicar a la madre de su paciente que ésta se había practicado dos interrupciones del embarazo anteriormente.

En caso de existir consentimiento por parte del paciente, no se produciría una revelación de secretos. Este consentimiento se puede dar tanto antes como después de la divulgación de la información ●



JUNTOS HACEMOS CAMINO XXIX CONGRESO NACIONAL HIDES GALICIA 2017



CONCEDIDOS 1,6 CRÉDITOS



War is coming

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

Los dentistas tenemos una batalla abierta. Algunos ya se han dado cuenta, otros no. A algunos les gusta, a otros no. Algunos se están beneficiando, y otros perjudicando. Y la cosa se pone “interesante” con las nuevas adquisiciones de franquicias y pequeñas redes de clínicas por parte de grandes grupos de inversión de riesgo.

Una vez tuve la oportunidad de mantener una charla con un directivo de uno de estos grandes grupos de inversión de capital, y me contó que decidieron meterse a coger un gran trozo del pastel de la Odontología, no sólo porque dejara unos márgenes de beneficios muy altos, sino porque no nos veían como competencia a los dentistas. Somos una rara especie que nos preocupamos más por la morfología de la reconstrucción de la cara oclusal del 1.6 que por medir el grado de aceptación de nuestros presupuestos o el beneficio neto obtenido en el mes.

¿A alguien se le ocurriría ponerse a poner implantes sin haberse formado antes? Pues es lo que hacemos cuando gestionamos una clínica dental con lo que aprendimos en la carrera acerca de dirigir empresas (en mi caso, cero). Y claro, hacer algo basándose en la intuición puede ser muy peligroso.

Hace años me sorprendía mucho cómo dentistas con la misma formación académica, misma experiencia, similar habilidad técnica, inversión económica parecida, etc... acababan creando clínicas de éxito muy dispar. Ahora ya no. Ahora sé que **más del 80% del éxito ocurre (nos guste o no) fuera del gabinete**: cómo nos comunicamos con el paciente, el nombre de la clínica, la decoración, personal formado en atención al paciente... hasta la música que suena es importante (que se lo digan sino a los centros comerciales).

SOLUCIONES: ¿SE PUEDE GANAR LA BATALLA?

Sin lugar a dudas. En Plan Synergia estamos completamente convencidos de que el futuro puede ser de las clínicas de dentistas. Y lo demostramos constantemente con los clientes que confían en nosotros y nos abren amablemente las puertas de sus clínicas, ¡y algunos hasta de sus casas!

Hay básicamente 2 grandes vías para luchar contra las grandes empresas del diente:

- a) Blindar nuestros derechos mediante leyes que nos protejan.
- b) Competir empresarialmente con las reglas del mercado (oferta – demanda), pero de una manera **ética y honesta**, tanto con la profesión como con el paciente.

No tengo espacio para explicar por qué la opción “B” me parece la más correcta; aunque, como odontólogo, también estaría encantado de que surgiese la famosa ley de “que sólo los dentistas podamos abrir clínicas y se cierren la mitad de universidades”.

Hay que aprender a competir en el mercado. Hay que invertir también en cursos de cómo dirigir una clínica dental. Creemos que las clínicas de dentistas lo tienen todo para triunfar, creemos en ti. De verdad que las macroempresas del diente se empezarán a asustar si empezamos a hacer las cosas mejor en ese aspecto, individualmente clínica a clínica, y también como colectivo en campañas de marketing, estrategias empresariales, estilos de comunicación, etc...

La visión de Plan Synergia es devolver el papel de cuidadores de la salud bucodental de la población a las clínicas propiedad de dentistas; y, para eso, necesitamos que las clínicas se hagan fuertes económicamente y líderes en su zona de influencia. Por cada paciente que esté bien cuidado en nuestro bando, no lo estará en el suyo.

“

Por cada paciente que esté bien cuidado en nuestro lado, no lo estará en el suyo.

”

Os animamos a ayudarnos en este objetivo. Con nosotros o con la consultoría que queráis (fundamental que sea dirigida por odontólogos y no por empresarios o comerciales). Pero formaos, cread empresas fuertes porque el invierno se acerca... ●

QUIERE
FINANCIACIÓN
FÁCIL
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIK'S**
FINANCIACIÓN CLÍNICA



El mejor activo de tu clínica: tu equipo

EDUARD MARTÍN
EXPERTO EN GESTIÓN Y MARKETING DENTAL.
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS.
CEO ASESORÍA DENTAL CONSULTING
www.asesoriadental.com

¿Cuál es el objetivo principal de una clínica dental?

Las clínicas dentales siempre tienen como objetivo principal satisfacer y solucionar los motivos de consulta del paciente ofreciendo un servicio profesional de calidad, pero en la actualidad para cumplir las expectativas de nuestros pacientes y poder mantener nuestra clínica en un sector tan competitivo no solamente cuenta el resultado sino, ¿cómo lo consigo?

Durante estos últimos años se están introduciendo con mucho ahínco nuevas metodologías que profundizan en la psicología, buscando que la experiencia del paciente (EPC) en clínica sea inolvidable, transmitiendo nuestros valores y filosofía, de esta manera fomentamos y creamos los pacientes embajadores (referidores), proporcionando publicidad y nuevos pacientes a través de su círculo de confianza, familia, etc. creando la más valiosa de las herramientas de marketing y publicidad que conocemos por encima de todas, el boca-oreja.

"Para realizar el tratamiento adecuado a cada paciente los doctores han tenido que formarse durante años, aún más si han decidido especializarse en alguna de las disciplinas que la odontología ofrece, lo cual supone varios años de esfuerzo y es de gran importancia para el resultado del tratamiento ofrecido y realizado. Esta entrega y dedicación por la mejora continua es algo intrínseco que acompaña al odontólogo durante su práctica diaria y su carrera profesional.

Pues bien, para conseguir el objetivo completo de las clínicas dentales actuales (Tratamiento excelente + Experiencia del Paciente EPC) hay un factor importante que se está obviando en muchas ocasiones y que estamos observando en nuestras auditorias dentales a través de nuestra consultora, la formación del Equipo auxiliar y de atención al paciente.

Hay frases hechas que todos conocemos al respecto ¿Cuál es el mejor activo de tu empresa (Clínica)? La respuesta siempre es la misma, las personas, el equipo, etc. Es la respuesta más cierta en la que podemos coincidir, sin embargo no en todas las clínicas se tra-

“ *Invertir en conocimientos produce siempre los mejores beneficios.* —Benjamin Franklin ”

duce en una realidad. Una de las vías para predicar con nuestras palabras es hacer sentir importante y motivar a nuestro equipo pero sin duda hay muchas vías, entre ellas la formación.

Tanto el propio odontólogo como la mayoría de las clínicas apuestan por la formación continua a nivel doctor buscando el objetivo de estar actualizado, poder ofrecer las últimas técnicas para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes, pero en ocasiones obviamos que el objetivo completo depende de todo el equipo de la clínica.

La experiencia del paciente agrupa todos los estímulos, contactos, situaciones e interacciones, físicas, emocionales, visuales y/o psicológicas que el paciente percibe en cualquier parte de la clínica, por ello nuestro equipo debe estar a la altura de la odontología y servicio que deseamos ofrecer, para ello una formación adecuada en cada una de las funciones, permite seguir unos protocolos de actuación con profesionalidad incidiendo en la atención al paciente, proporcionando una grata experiencia en nuestra clínica.

Una clínica dental donde su equipo al completo está organizado estructuralmente y formado en su práctica diaria posee una de las claves más importantes para obtener la satisfacción de nuestros pacientes, además de que tanto la clínica como el doctor trabajarán y optimizarán los tiempos en gabinete, resolución de urgencias, fomentarán la fidelización así como un sinfín de ventajas competitivas que generará una diferenciación respecto a su competencia.

Desde Asesoría dental consulting (ADC) hemos comprobado la diferencias entre clínicas con formación a todo su equipo, tanto desde el punto de vista cualitativo en los resultados obtenidos, motivación de equipo, etc. así como cuantitativo, en el volumen de pacientes generados por la satisfacción del trato y profesionalidad en todos sus componentes. Por ello, animamos a todas las clínicas que desean mejorar continuamente que realicen esta inversión tan rentable en todos los aspectos" •



sonría X favor

Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

porque tenemos absolutamente todo lo que necesita tu clínica



Tú pide,
aquí estoy

www.sonriaxfavor.es



sonría X favor

Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521
www.sonriaxfavor.es

Estartetxe, 5 3º dpto. 14 · 48940 Leioa (Bizkaia)
946076521 · info@sonriaxfavor.es

y sonríe, porque es la hora de la exclusividad de la innovación:



Distribución Oficial Stern Weber



Santiago de Compostela, la ciudad de los peregrinos

Santiago de Compostela es la ciudad más conocida de Galicia, a nivel nacional e internacional. Hoy en día, mencionar su nombre significa hablar del "Camino", una milenaria ruta de peregrinación que surgió en el siglo IX y que unió desde entonces este lugar con el resto de Europa. Cada año miles y miles de peregrinos se lanzan, a pie, en bicicleta e incluso a caballo, a vivir esta experiencia en la que se mezclan aventura y espiritualidad, y cuya meta final es la Catedral de Santiago, una de las ciudades santas de la cristiandad. Es sin duda, un viaje inolvidable y diferente por España.

La ciudad, no obstante, ofrece muchos más atractivos a sus visitantes. Su gastronomía es parte activa de su cultura. Su oferta es rica tanto en cantidad como en calidad. Su agenda cultural es, igualmente, inigualable, con incesantes actividades a lo largo del año: festivales de música, teatro, exposiciones, ocio y arte presente en los museos de la ciudad y al aire libre. Pero por encima de todas estas actividades sobresalen las Fiestas del Apóstol Santiago, en el mes de julio, declaradas de Interés Turístico Internacional.

“
*Su oferta es rica
 tanto en cantidad
 como en calidad.
 Su agenda cultural
 es, igualmente,
 inigualable.*”

Santiago es, además, ciudad universitaria, y reúne a unos 33.000 alumnos al año que dan un toque y alegría a la ciudad y sus calles, repletas de locales de ocio para público de todo tipo.

Entre las visitas imprescindibles podemos destacar la Catedral de Santiago, de imponente monumentalidad. Es el final del viaje de los peregrinos, cita ineludible para todos aquellos que rinden visita al Apóstol, una gran construcción en la que confluyen varios estilos arquitectónicos.

La ciudad se visita paseando por sus callecitas donde se pueden descubrir preciosos rincones y parques.

La oferta cultural es amplia y entre sus museos podemos destacar el Museo do Pobo Galego (Museo del Pueblo Gallego), y el CGAC (Centro Galego de Arte Contemporáneo), dos espacios que reúnen obras de incalculable valor. La Universidad de Santiago es otro punto de interés cultural, sobre todo el edificio de la Facultad de Geografía e Historia •



A PARTIR DEL 5 DE OCTUBRE BILLY ELLIOT EN MADRID

El mítico musical Billy Elliot, llega a Madrid, tras once años de gran éxito en el West End londinense y cuatro en Broadway.

El musical narra la historia del joven Billy, nacido en una ciudad del norte de Inglaterra en la que los hombres practican el boxeo y trabajan en la mina. Ninguno de ellos baila ni alberga ambiciones de presentarse a la Royal Ballet School. Pero Billy es diferente.

Criado por un padre viudo, sin el cariño de una madre, a Billy no le gusta el boxeo pero está cautivado por la gracia y la maravilla del ballet. Con férrea determinación luchará para alcanzar sus sueños, devolviendo la unión a su familia y la fe a una comunidad devastada por el convulso final de la industria minera británica.

El espectáculo podrá disfrutarse a partir del 5 de octubre en el Nuevo Teatro Alcalá de Madrid y



cuenta en su elenco con conocidos actores de la escena española como Carlos Hipólito, Adrián Lastra o Natalia Millán •

EXCEPCIONAL ESPACIO CULTURAL IVAM, UNA VISITA OBLIGADA PARA LOS VISITANTES DE VALENCIA

La ciudad de Valencia ofrece numerosas alternativas culturales y de ocio para sus visitantes. Los asistentes al Congreso de SECIB en el próximo mes de noviembre podrán disfrutar de este excepcional espacio cultural durante su estancia en la ciudad.

La colección permanente constituye sin duda el epicentro del IVAM. Se trata de una muestra singular, que es una de las más destacadas de España y que ha hecho posible que el IVAM se convirtiera en un museo con gran personalidad propia. Cuenta con un

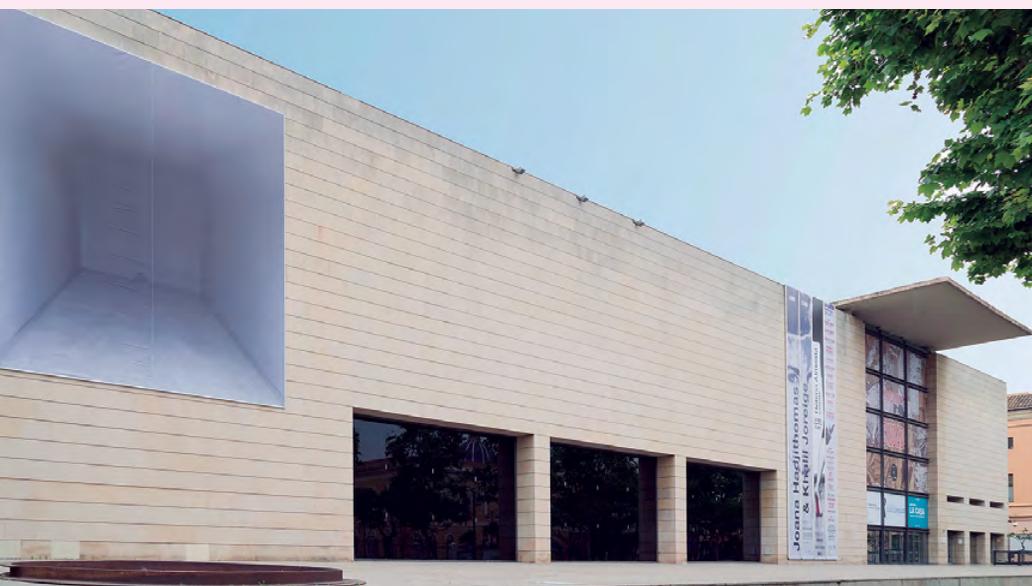
patrimonio artístico envidiable con obras de distintas geografías y contextos culturales: artistas valencianos, españoles, europeos, latinoamericanos, norteamericanos...

Desde que empezó a formarse en 1985, enriquecida por continuas adquisiciones y donaciones, con conjuntos de obras tan notables como los de Julio González (1876-1942) y de Ignacio Pinazo (1849-1916), la colección del IVAM ha ido estructurándose en torno a unos ejes conceptuales e históricos que surcan las vanguardias históricas de la primera mitad del siglo XX y que se adentran en la segunda mitad del presente.

Un estudio pormenorizado de los fondos de la colección permite llegar a la conclusión de que el carácter innovador y experimental de la modernidad y de las vanguardias atraviesa gran parte de las obras relacionadas con las primeras cuatro décadas del siglo XX.

A día de hoy la colección cuenta con el impresionante número de 11.322 obras en distintas disciplinas: pintura, escultura, dibujo, fotografía, vídeo, instalación, etc., lo que hace que sea de visita obligada a todos los amantes del arte que llegan a la capital del Turia •

Museo	IVAM
Cuándo	Martes a domingo 11:00 a 19:30 horas Viernes de 11:00 a 21:00 horas
Dónde	Calle Guillem de Castro, 118 46003 Valencia
Web	https://www.ivam.es/visita/



EN EL MUSEO BELLAS ARTES DE SEVILLA EXPOSICIÓN: HOY TOCA EL PRADO

Del martes 12 de septiembre al domingo 26 de noviembre de 2017 permanecerá abierta la exposición temporal "Hoy toca el Prado", en el Museo de Bellas Artes de Sevilla.

Se trata de una muestra itinerante del Museo Nacional del Prado en la que se exhiben reproducciones en relieve, para personas con discapacidad visual, de algunas obras

representativas de su colección como "El caballero de la mano en el pecho" del Greco y "La fragua de Vulcano" de Velázquez junto a una del museo sevillano ("Santa Justa y Rufina" de Murillo). Cuenta con paneles y cartelas en braille, audioguías y gafas que impiden la visión para que participen de la experiencia sensorial todos los visitantes •



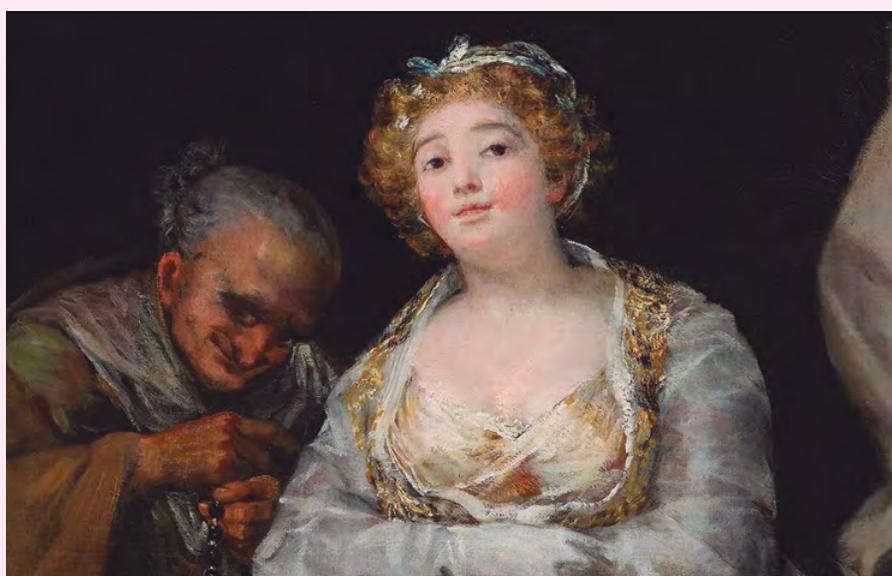
MUSEO BELLAS ARTES DE BILBAO, SALA BBK COLECCIÓN ALICIA KOPLOWITZ - GRUPO OMEGA CAPITAL

A lo largo de las últimas décadas la Colección Alicia Koplowitz - Grupo Omega Capital, se ha convertido en una de las muestras artísticas europeas más relevantes cuya dimensión, sin embargo, ha permanecido inédita –salvo la reciente muestra de medio centenar de piezas en el Musée Jacquemart-André de París–.

La exposición en el Museo de Bellas Artes de Bilbao constituye un acontecimiento artístico de primer orden, ya que da a conocer por vez primera entre nuestro público una extensa selección de obras de la colección, que incluye una extraordinaria relación de maestros de la historia del arte. Son en total 90 pinturas y dibujos –fechados desde el siglo XVI hasta el XXI– y esculturas –desde la Antigüedad clásica hasta nuestros días–.

El conjunto testimonia un espíritu coleccionista con códigos propios que en su personal búsqueda de la belleza presta atención al pasado y al presente, y atiende tanto a la pintura como a la escultura.

Museo	Museo Bellas Artes de Bilbao
Cuándo	Hasta 23/10/2017
Dónde	Museo Plaza, 2 48009 BILBAO
Web	www.museobilbao.com



Estos intereses se concretan en una mayor densidad de obras de los siglos XVIII y XX, y en una vocación cosmopolita que hace que la nómina de

artistas incluya a maestros españoles e internacionales por igual. Estos rasgos son de verdadera excepcionalidad en una colección privada española •

EL PASADO MES DE JUNIO

El Fellowship Symposium de Voco reúne a odontólogos de todo el mundo

El “International Fellowship Symposium” de Voco celebrado el pasado mes de junio reunió durante cuatro días en la sede central de VOCO, en Cuxhaven (Alemania), a cuarenta odontólogos procedentes de 21 países de Europa, América del Norte y del Sur, Asia y hasta Australia para impartir ponencias, intercambiar ideas e información con colegas o simplemente entablar una conversación personal con los expertos dentales de VOCO.

El Prof. Dr. Richard Price, director de los departamentos de Ciencias Clínicas Odontológicas y Tecnología Biomédica de la Dalhousie University, en Halifax, estu-

dió en su laboratorio de trabajo la durabilidad de las obturaciones de composite en la región posterior, la intensidad lumínica de lámparas de polimerización para uso dental, así como las ventajas de la fotopolimerización rápida en comparación con la lenta en restauraciones dentales. En su exposición presentó algunos resultados a los participantes del simposio en su ponencia “La importancia de una buena lámpara de polimerización”.

GRAN VARIEDAD DE TEMAS

El programa de ponencias presentó una amplia variedad temática, incluyendo exposiciones como las

tituladas “Propiedades estéticas de Admira Fusion”, “Procesos de trabajo del composite en el trabajo diario”, “Sellado de fisuras”, “El empleo de espigas radiculares reforzadas con fibra de vidrio formadas por un haz” o “Materiales de silicona para el registro de mordida”.

Durante este importante encuentro también intervinieron algunos directivos de VOCO como el Dr. Reinhard Maletz, director del área de Investigación y Desarrollo, que presentó a los invitados los resultados más recientes de la investigación sobre composites para la tecnología CAD/CAM: Grandio blocs ●



VOCO

Cuarenta odontólogos concurrieron en el “International Fellowship Symposium” de VOCO.



RESULTADO DE UNA COMBINACIÓN TECNOLÓGICA ÚNICA

Normon lanza Activabone® CLX Gel, la nueva generación de sustitutos óseos visco-modulados

La nueva referencia Activabone® CLX Gel de Normon es el resultado de una combinación tecnológica única. Los sustitutos óseos de origen equino obtenidos mediante el exclusivo proceso enzimático Zymo-Teck® se asocian con el innovador hidrogel de polímero de viscosidad ajustable Exur®, desarrollado por Bioteck I+D. Exur-Teck® que representa la tecnología más puntera en este sector.

Activabone® CLX Gel actúa como sustituto óseo osteoconductor y osteoproducción colagenado en procedimientos de regeneración ósea.

TECNOLOGÍA ACTIVABONE®

Los hidrogeles proporcionan una red estructural capaz de promover una distribución tridimensional y consistente de partículas óseas rellenando imperfecciones de cualquier tamaño o forma. Son capaces de imitar el entorno físico-químico de la matriz extracelular y, tras el injerto, representan el microambiente ideal para la proliferación y diferenciación celular, permitiendo una excelente integración física dentro de la imperfección.

Gracias a su polimerización, Exur® garantiza que no se produzca dispersión de gránulos durante los procedimientos y asegura una excelente consistencia del producto para un llenado perfecto de las imperfecciones.

Se ha añadido una cantidad adicional de vitamina C, que actúa como agente visco-modulador, para regular la polimerización y viscoelasticidad final de los hidrogeles. La vitamina C limita o impide la reorganización intra e inter-molecular de las cadenas de polímero PEG/PEO (polietilenglicol/polioxietileno) y HPMC (hidroxipropilmetilcelulosa) dentro del componente de hidrogel durante el proceso de esterilización por rayos β.

Gracias a la adecuada modificación de la dosis de Vitamina C (visco-modulante) resulta posible obtener un sustituto óseo extremadamente versátil y funcional, con textura, maleabilidad y adhesividad específicas, de modo que se adapta perfectamente a la geometría específica de las imperfecciones óseas de cualquier dimensión o forma, así como con la capacidad de ser moldeado extemporáneamente

en el quirófano con la ayuda de unas tijeras.

Además, Zymo-Teck® permite obtener una limpieza perfecta conservando las características físicas y morfológicas del tejido óseo, evitando el uso de productos químicos potencialmente dañinos para la salud. La elección de las enzimas utilizadas para el proceso Zymo-Teck® favorece las moléculas útiles, como el colágeno en su estructura natural.

La disolución de Activabone® CLX Gel es óptima, ya que se ha formulado sobre la base de un gel polimérico capaz de disolverse en un intervalo de tiempo que resulta ideal para asegurar la regeneración completa de las imperfecciones óseas •



Normon celebra 25 años de su división dental

Normon, S.A. celebra 25 años de la creación de su división dental. Fue en 1992 cuando el laboratorio español apostó por este campo y comenzó a fabricar y a comercializar en España Ultracain, el anestésico de mayor prestigio en odontología.

Junto a los anestésicos y a las especialidades de prescripción (antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios fundamentalmente), Normon ha puesto a disposición de los profesionales de la odontología un

amplio abanico de productos de la máxima calidad, como son la línea de agujas y jeringas, materiales de restauración e impresión, productos de desinfección, blanqueadores, suturas y una completa línea de biomateriales para la regeneración ósea.

Este 25 aniversario coincide con los 80 años de historia de Normon, que continúa fiel a su compromiso con la sociedad española fabricando medicamentos de la máxima calidad •



FACILITARÁ SU ALMACENAMIENTO

Ticare lanza un nuevo packaging para la prótesis

Ticare cambia el packaging para todos sus aditamentos protésicos con el objetivo de proteger, aumentar la visibilidad y facilitar su almacenamiento. A partir del mes de septiembre y paulatinamente, todos los aditamentos protésicos se irán envasando en su nuevo packaging que seguirá contando con

los identificadores de radiofrecuencia para seguir manteniendo la total trazabilidad de todos los productos fabricados por Ticare.

El pequeño tamaño de la nueva presentación facilitará su almacenamiento y la perfecta visibilidad mejorará la identificación del aditamento •



Nuevo modelo de Fresas Helicoidales

El departamento de I+D+i de Ticare ha diseñado un nuevo modelo de fresas helicoidales que aumentan el control sobre el eje de fresado reduciendo el calentamiento del lecho óseo.

Con una capacidad de corte mejorada en el fresado, a baja velocidad también se ha incrementado el número de usos. Este nuevo modelo de fresas están disponibles tam-

bién con recubrimiento de carburo diamantado (RCD), que aporta una mayor resistencia y alta visibilidad. Ambas líneas son compatibles con el sistema de topes para fresas que ofrece la máxima seguridad en el momento del fresado •



ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

UNA PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL

Más de 50 vídeos en el canal de Youtube de Osteógenos

Osteógenos amplía y mejora su canal de Youtube adaptándose a las tendencias globales, con el objetivo de ofrecer una plataforma de aprendizaje virtual para la visualización de cirugías sobre regeneración ósea guiada y cirugía mucogingival.

La dilatada experiencia de Osteógenos en el campo de la regeneración tisular les ha permitido reunir una gran cantidad de cirugías realizadas por prestigiosos doctores, como Antonio Murillo, Patrick Palacci, Antonio Barone, Holmes Ortega o Paulo Mesquita.



www.youtube.com/osteogenos

Prosigue el Plan de Formación de Osteógenos

16 Edición Open Day OsteoBiol en La Coruña. 25 de noviembre de 2017.
Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Ramón Gómez Meda y Antonio Fernández-Coppe.

15 Edición Open Day OsteoBiol en León. 28 de octubre de 2017.
Dres. Antonio Murillo, Antonio Armijo y José A. Benítez •



EL EQUIPO AL COMPLETO VIAJÓ A LIECHTENSTEIN

El equipo de ventas de Ivoclar Vivadent visita la central de la empresa

Además de una completa formación en la nueva gama de productos, Ivoclar Digital, el equipo de ventas de la Península Ibérica al completo, conoció parte de la planta de producción que se encuentra situada en la central de la compañía en Schaan, capital de Liechtenstein.

Durante su estancia, los días 4 y 5 de mayo, tuvieron la oportunidad de participar en una sesión interactiva con los expertos de cada producto, adquiriendo un gran conocimiento en todo el portfolio de Ivoclar Vivadent •



Ivoclar Vivadent adquiere Kapanu AG



Ivoclar Vivadent AG (Liechtenstein) ha adquirido la start-up suiza Kapanu AG. Ambas compañías pretenden trabajar conjuntamente en el desarrollo de aplicaciones dentales innovadoras.

Kapanu AG es una empresa start-up y spin-off de ETH Zurich. La firma se fundó en 2015 y está formada por

un grupo de científicos y desarrolladores especializados en la producción de software de vanguardia para la industria dental.

Ivoclar Vivadent, con sede en Schaan, Liechtenstein, es uno de los líderes fabricantes a nivel mundial de sistema de materiales para aplicaciones dentales de alta calidad •

Adhese Universal calificado como "Solucionador de Problemas"

La editorial estadounidense The Dental Advisor hace una selección de productos que llegan a solventar determinados problemas que pueden surgir en la Clínica Dental.

La revista destaca el formato de VivaPen como una de las

grandes ventajas de Adhese Universal, gracias al formato VivaPen el adhesivo se dispensa en la cantidad justa que necesita cada ocasión.

Además, Adhese Universal también presenta otra serie de ven-

tajas, propiedades hidrofílicas e hidrofóbicas, penetra bien en los túbulos dentinarios, es compatible con cualquier técnica de grabado y asegura una adhesión óptima entre la estructura y la restauración dental •



DURANTE UNA SEMANA DE TRABAJO EN VALENCIA

Reunión comercial Ticare – Mozo Grau

La red comercial de Ticare se reunió durante una intensa semana de trabajo en la ciudad de Valencia para continuar con su formación.

Se desarrollaron talleres teórico-prácticos tanto de nuevos productos, técnicas quirúrgicas y protésicas e investigación, haciendo un repaso de los últimos artículos publicados en revistas de impacto con implantes Ticare.

Durante la reunión de ventas se presentaron las dos nuevas incorporaciones en el equipo comercial de ventas en Cataluña ●



EL PASADO 27 DE JULIO

DVD celebró una formación técnica Kavo en Barcelona

La jornada tuvo lugar en la sala de formación y showroom de las nuevas instalaciones de DVD, en Sant Boi de Llobregat.

DVD organizó recientemente una formación a su equipo técnico acerca

de la marca Kavo, con el objetivo de actualizar conocimientos, despejar dudas y compartir ideas para mejorar el servicio de instalación, diagnóstico y reparaciones en los equipos de la marca ●



Nuevo espacio digital DVD: El blog del Odontomecum

Tres años después del lanzamiento de su actual tienda online, DVD da un paso más en su consolidación en el entorno digital, estrenando un espacio destinado a compartir contenidos para los profesionales del sector, que tendrá como desafío el acercamiento a los usuarios.

Teresa Mora, Responsable del Área Digital de DVD, comentó que "el principal objetivo del nuevo

Blog del Odontomecum es convertir al lector en el eje de la transformación digital. Por ello, tanto en el blog como en las redes sociales los usuarios tendrán más protagonismo."

El nuevo blog cuenta con un diseño responsive que permite a los usuarios acceder a la web desde diferentes medios, como dispositivos móviles o tabletas, adaptándose a las distin-



tas resoluciones de pantalla y facilitando un acceso más sencillo a la información ●

EXPOUENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

15-17
Marzo
2018

ORGANIZA



IFEMA
Feria de
Madrid



JUEVES
15
MARZO
DÍA DEL ESTUDIANTE

INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y FUTURO DIGITAL

www.expodental.ifema.es

IFEMA Feria de Madrid
902 22 15 15
expodental@ifema.es

PROMUEVE

federación española
de empresas de
40 fenin **TECNOLOGÍA SANITARIA**
aniversario, 1977-2017

EN EL AULA DE FORMACIÓN TICARE, EN VALLADOLID

Ticare Training & Education sigue con su programa formativo

Ticare prosigue con su ambicioso plan formativo para los próximos meses.

Los días 20 y 21 de octubre se celebrará el curso "¿Está preparada tu clínica para los nuevos retos?" impartido por el Dr. Raul Pascual Campanario.

Esta formación se desarrollará en el aula de Formación Ticare, en

Valladolid. Dos días en los que los asistentes podrán conocer y actualizar las nuevas herramientas y estrategias del marketing actual, analizando de una manera objetiva las tendencias del mercado para poder implementar una estrategia de marca que permita competir en igualdad

de condiciones frente a los nuevos agentes del mercado.

En la formación se alternarán las charlas con los talleres de *Role-Play* pudiendo, de esta manera, poner en práctica las habilidades recién aprendidas y afianzar así dichos conocimientos •



EL PASADO MES DE JULIO

Visita del Prof. Dr. Tarek Elsharkawy y la Dra. Rehab Elsharkawy a Ticare

El Prof. Dr. Tarek Elsharkawy, Decano de *Dental and Oral Medicine Faculty–Ahrum Canadian Pyramids University* de Egipto, y la Dra. Rehab Elsharkawy, profesora de *Faculty of Oral and Dental Medicine, Cairo University* visitaron el pasado mes de julio las instalaciones de Ticare, para conocer más sobre la filosofía de Tissue Care, los cuidadosos procesos de fabricación de cada producto y los estrictos

controles de calidad a los que se somete cada pieza.

Tras su visita, la firma acompañó a los doctores al hospital de La Princesa en Madrid donde asistieron a una cirugía realizada por el Dr. Luis Naval para, a continuación, desplazarse a Barcelona para visitar la Universidad de Barcelona junto con el Dr. Rui Figueiredo, y el Dr. Eduard Valmaseda, presidente de SECIB •

MANUEL GUERREIRO IMPARTIRÁ ESTA FORMACIÓN EN SU PROPIO LABORATORIO EN LISBOA Maxilar atrófico con IPS e.max

Para conseguir rehabilitar a un paciente con maxilar atrófico, debemos tener conocimientos sobre estética gingival y las relaciones entre dien-

te/gingiva, de tal modo que se pueda conseguir una sonrisa armoniosa.

Durante este curso se abordarán los principios y criterios fundamentales,

para una estética oral natural, como por ejemplo la simetría de la sonrisa, la línea del labio inferior y los bordes incisales, entre otros •



LA DRA. JOANA GARÇEZ EN VIGO LOS DÍAS 27 Y 28 DE OCTUBRE

Estratificación de Composites en el Sector Anterior

La Dra. Joana Garçez impartirá el curso de formación en Composites en Vigo los días 27 y 28 de octubre.

El objetivo del curso será adquirir a lo largo de 2 días formativos las competencias necesarias para planear y elaborar restauraciones

estéticas directas en el sector anterior y profundizar en las técnicas de estratificación con el sistema IPS Empress Direct •

Corona Metal Cerámica

- > Cofia en Cromo Cobalto (CoCr)
- > 4 Capas de Cerámica
- > 2 años de Garantía

MÁS DE

300 000

PRÓTESIS FABRICADAS

“ Y por qué no la de sus pacientes ? ”



932 504 795 | www.sivpdental.es

OBRA DE HYO-SANG PARK

Microimplantes en Ortodoncia aplicada a la Cirugía Ortognática

Obra de Hyo-Sang Park, Profesor y Catedrático del Departamento de ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Kyungpook, Daegu, Corea.

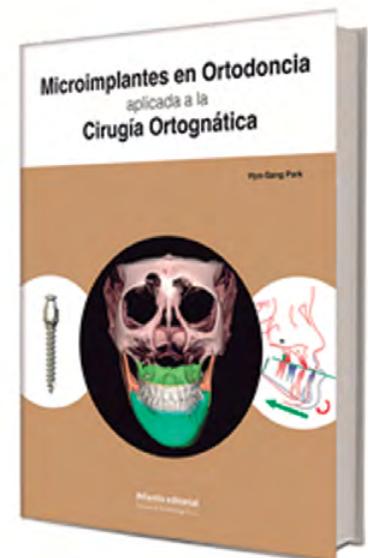
Presentado en la edición española por la Dra. María Eugenia Cabaña Muñoz, ortodontista. Distribuido en España por Editorial Atlantis (www.atlantiseditorial.com).

Los microimplantes hoy en día suponen cambios innovadores y se han convertido en una de las herramientas esenciales en los tratamientos de ortodoncia. Se han establecido como uno de los elementos claves en el control del movimiento dentario en casos de des-compensa-

ción y problemas de oclusión en la cirugía ortognática, así como, para estabilizar o modificar la posición de la mandíbula.

El objetivo de este trabajo es presentar y analizar las posibilidades de un nuevo método que utiliza a los microimplantes de manera eficiente en el tratamiento quirúrgico de la maloclusión esquelética de Clase III y de la asimetría facial •

Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.



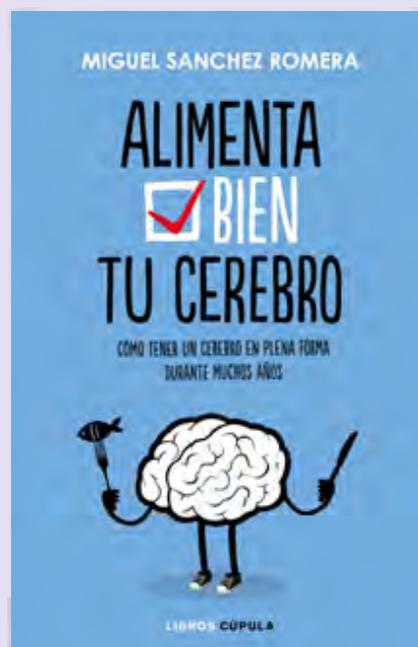
EXPLICA LA IMPORTANCIA DE TENER BUENOS HÁBITOS PARA MANTENER EN FORMA AL CEREBRO

El "chef neurólogo" publica "Alimenta bien tu cerebro"

“

No pretende dar lecciones de medicina ni de cocina, sino mostrar la realidad de la alimentación.

”



“Comes como vives” nos cuenta el cocinero y neurólogo Miguel Sánchez Romera, en contraposición al dicho de “Eres lo que comes”.

El chef español publica su primer libro sobre neurología y nutrición: ‘Alimenta bien tu cerebro’ (Libros Cúpula), en donde explica que el entorno en el que subsistir determina nuestra salud física y cerebral.

Si vives rápido, comes rápido y esto dificulta que tengas una buena calidad de vida.

Con este libro, que es el tercero que publica, no pretende dar lecciones de medicina ni de cocina, sino mostrar la realidad de la alimentación. Ganador de una estrella Michelin, en su faceta de escritor nos orienta sobre lo que considera debe ser una buena alimentación •



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

X Congreso de Actualización en Implantología

Implantología en estado puro

16-17 Febrero 2018

en

Palacio Municipal
de Congresos de Madrid



ESTA ES LA MEJOR MANERA DE MONTAR TU CLÍNICA DENTAL



NO PREOCUPARTE DE NADA



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es