



Isabel Maura,

al frente de la Reunión
Anual de la SEOP

*"Estamos
viviendo el mejor
momento de la
Odontopediatría"*



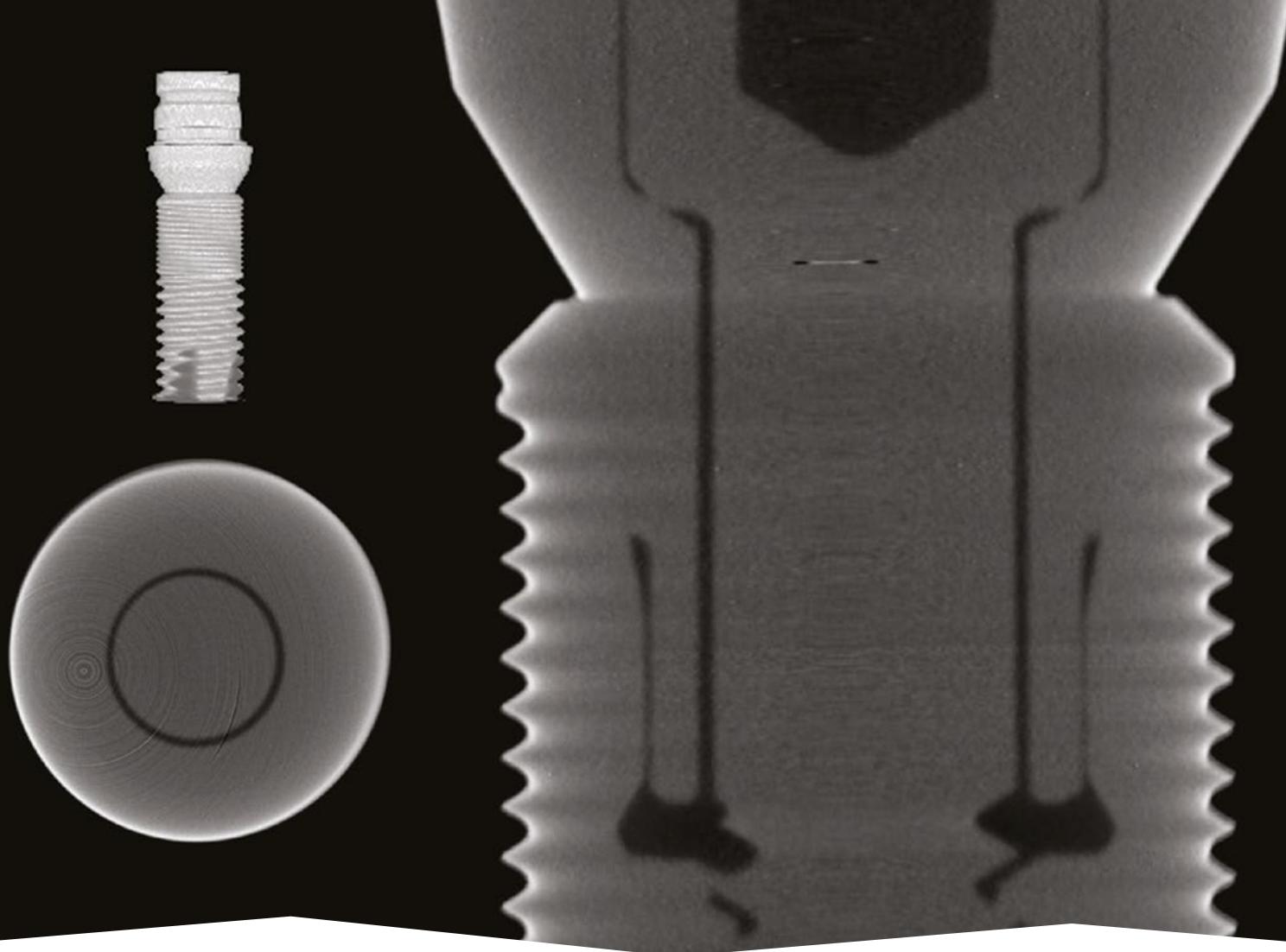
EXPODENTAL
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES



Expodental 2018: otro
triunfo en organización
y participación

El cirujano dentista Ernesto
Saldaña cree en líderes cuya
formación esté basada en valores

Francisco Igea, de Ciudadanos,
contra la publicidad
engañosa y el intrusismo



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

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

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

**Hermann JS, Cochran DL, Nummikoski PV, Buser D. Crestal Bone Changes Around Titanium Implants. A Radiographic Evaluation of Unloaded Nonsubmerged and Submerged Implants in the Canine Mandible; J Periodontol 1997; 68(11):1117-1130*

***Brogginì N, McManus LM, Hermann JS, Medina R, Schenk RK, Buser D, Cochran DL. Peri-implant inflammation defined by the implant-abutment interface. J Dent Res 2006 May;85(5):473-8.*



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

ticareimplants.com

La odontopediatría vive una especie de edad de oro, reconocida al fin tanto por la profesión como por la sociedad. Al frente de la reunión anual de la SEOP en 2018 se encuentra Isabel Maura, de la Fundación Hospital de Nens, de Barcelona, convencida de que la demanda y el interés creciente de los nuevos graduados en la disciplina abre un futuro prometedor, además de confirmar un presente radiante. Los más de 400 inscritos a la cita, que se celebra en Palma de Mallorca, es una cifra impensable no hace mucho porque no es fácil reunir a profesionales que combinen extraordinaria empatía con gran habilidad manual. Para extraordinaria habilidad, la de Ciudadanos para situarse en solo unos pocos años al

frente de las preferencias electorales de los españoles. Al menos así lo dicen cada vez más encuestas. ODONTÓLOGOS DE HOY ha entrevistado al que, si las cosas siguen así, bien podría ser el próximo ministro de Sanidad: el médico Francisco Igea, buen conocedor del sector bucodental y muy crítico con la publicidad engañosa y con el intrusismo. Y, para finalizar, un amplio resumen de la última edición Expodental, que, además de mostrar la notable recuperación del sector, con la crisis ya olvidada, ha confirmado su liderazgo europeo en años pares. Ahí es nada. Y la feria mantiene intactas sus opciones de crecimiento sostenido. Ya queda menos para Expodental 2020.

6 Tribuna de Salud Pública

8 Opinión

14 Actualidad

38 Entrevista

38 **Isabel Maura**
presidenta de la XL Reunión Anual de la SEOP

44 **Ernesto Saldaña**
Director de Responsabilidad Social en la UAM

44 **Francisco Igea**
Portavoz de Sanidad de Ciudadanos en el Congreso

50 Ciencia y salud

50 **Caso Clínico: Granuloma periférico de células gigantes en la premaxila**

54 **Tumor parótida-carcinoma epitelial-mioepitelial**

56 **Protocolo de toma de biopsias en Odontología**

58 **Sobre los epónimos (II)**

58 Mejora tu gestión

58 **Claves para integrar una correcta política de gestión comercial en clínicas dentales**
David Cuadrado

60 **5 consejos para disminuir los pacientes que no se presentan a su cita**
Alberto Manzano

62 **¿Cuál es el modelo ideal para gobernar mi consulta?**
Fco. Javier Relinque

70 Formación

72 Empresas

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

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

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 ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

F. Javier Cortés 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



Sentencias favorables que nos dejan insatisfechos

Fallos positivos para los dentistas en Madrid y País Vasco que no evitan la necesaria actualización de leyes para proteger de verdad a la ciudadanía

En estos días hemos tenido noticias de varias sentencias favorables a las pretensiones de los Colegios de Dentistas que las presentaron, pero que aún así nos dejan una sensación de insatisfacción.

Escogemos dos diferentes. La primera, por su importancia cuantitativa y cualitativa, es en la que el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco dicta revocando, aunque no en su totalidad, la resolución de la Autoridad Vasca de la Competencia, que imponía una sanción de 250.000 euros al Colegio de Álava y 10.000 a su presidenta por unas declaraciones en las que hacía, según la resolución (de la Autoridad Vasca de la Competencia), “valoraciones negativas de diferentes formas de prestación de servicios por parte de ciertos dentistas”.

El Tribunal Superior, tras estudiar el artículo, contextualiza las declaraciones de la Presidenta y entiende que hay una muy básica existencia de infracción. La Sala entiende que sus apreciaciones son “muy leves, esporádicas y de escasa trascendencia” dentro del artículo y no revelan una deliberada campaña. La sanción a la presidenta queda anulada y al Colegio le impone una sanción de 9.000 euros.

Yo me quedo con que por algo de escasa trascendencia, el Tribunal en aplicación de la Ley impone una sanción de 9.000 euros. Recalco “en aplicación de la Ley”.

En su día desde esta publicación mostramos nuestra solidaridad a la presidenta Mozas y al Colegio de Álava, hoy nos congratulamos por el resultado y volvemos a solidarizarnos con quien durante este tiempo ha sufrido las consecuencias de una injusticia a la que ahora se pone fin. El mal trago ahí queda.

Otra sentencia, escogida de entre muchas similares, es la del Juzgado de lo Penal Nº 22 de Madrid, en que tras

denuncia del Colegio de la I Región, queda probado que el denunciado ejercía como dentista sin poseer el título correspondiente, siendo condenado a seis meses de multa y devolver lo cobrado. Todo esto en aplicación de la Ley a la que vienen obligados los Tribunales.

"En el marco legislativo en que nos movemos es más grave, en lo que a ser sancionado respecta, unas palabras de escasa trascendencia que atentar contra la salud de un ciudadano"

Parece que hacerse pasar por lo que no se es y poner en riesgo con engaño la salud de otros para obtener un beneficio económico no tiene relevantes consecuencias.

Nuestra conclusión, que como opinión pedimos a quien no la comparta lo explique, es que en el marco legislativo en que nos movemos es más grave, en lo que a ser sancionado respecta, unas palabras de escasa trascendencia que atentar contra la salud de un ciudadano.

Nuestra enhorabuena al Colegio de Álava que, gracias a la actuación de los Tribunales de Justicia, podrá seguir defendiendo a la profesión y a los ciudadanos.

A nuestros legisladores no les podemos felicitar en esta ocasión. Les pedimos que piensen en la salud de los ciudadanos y den a los Tribunales las herramientas que la sociedad demanda para protegerse. ●



Dentistas y médicos

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

A acaba de celebrarse (20 de marzo) el Día Mundial de la Salud Bucodental bajo el lema *Pienso en mi boca, cuido mi salud*. En los últimos años, el lema elegido para celebrar este día suele relacionar la salud bucal con la salud general, poniendo el énfasis en que una y otra no pueden ir separadas. La Odontología se acerca de nuevo –nunca debió separarse– a la Medicina.

Durante demasiado tiempo la Odontología –algunos dentistas– ha vivido de espaldas a la Medicina o, matizando, para ser justos, una determinada forma de ejercer la odontología lo ha hecho así: olvidando ser parte de la medicina. Por su parte, los médicos, con frecuencia han infravalorado la atención sanitaria que ejercen los dentistas, odontólogos y estomatólogos, estos últimos también médicos, por cierto. Los dentistas hemos sentido con frecuencia que la consideración de los médicos hacia nuestra ciencia y arte –como así se denomina a la odontología al igual que a la medicina– se resentía de una cierta duda y ello nos ha generado malestar. Por suerte, se atisban otras maneras con las nuevas generaciones. Somos profesiones cuyo sujeto de acción es la salud de las personas y las comunidades, y es obvio que trabajamos en el mismo campo.

*"Los dentistas y los médicos
debemos mirarnos como iguales"*

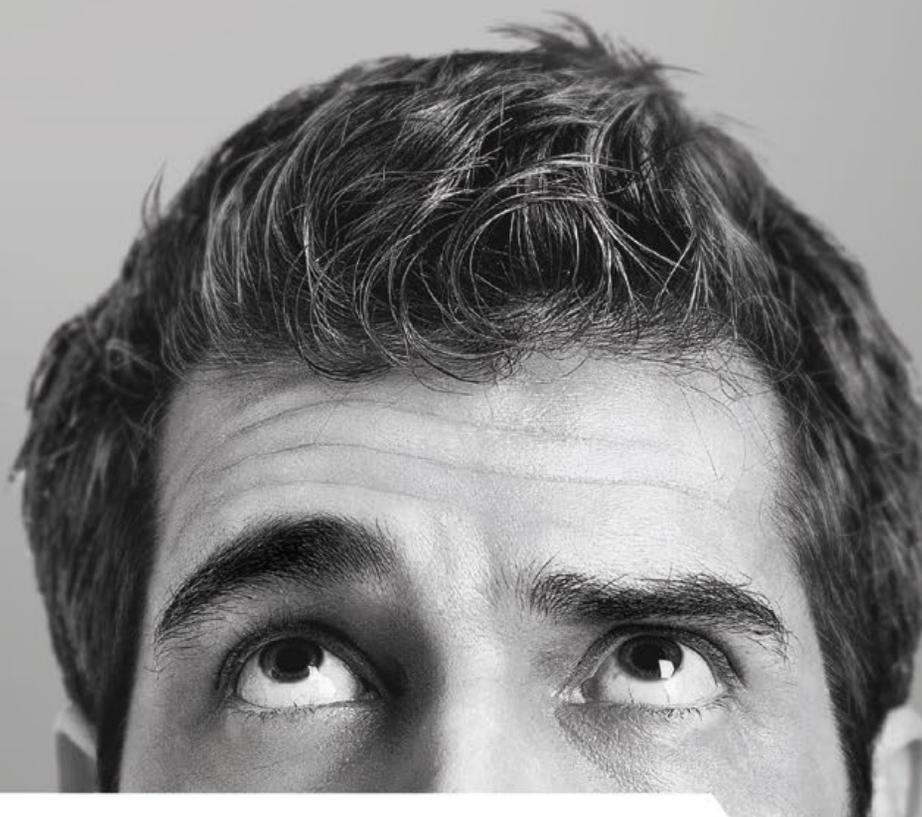
Aunque a algunos pudiera parecer que las enfermedades bucodentales –me refiero principalmente a la caries y la enfermedad periodontal– son entes aisladas o bastante aisladas del resto del organismo, esto no es así. Al fin se pone el énfasis en que la salud oral es parte de la salud general y no puede ser considerada de manera aislada. Comparten factores de riesgo y, por tanto, deben ser enfocadas con políticas conjuntas, tanto en el ejercicio clínico como en el ejercicio de la

medicina/odontología comunitaria. Políticas integradoras que consideren los factores de riesgo compartidos con las enfermedades generales, particularmente con las ENT (Enfermedades No Transmisibles); que consideren los determinantes básicos de salud, sus implicaciones sociales, educacionales, económicas y políticas.

La salud bucal está claramente relacionada con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, por ejemplo. Así, el ejercicio de la odontología y de la medicina debe estar imbricado. Los dentistas y los médicos debemos mirarnos como iguales, y como parte integrante del mismo ejercicio del arte y la ciencia de la preservación de la salud, y de la curación cuando esta se ha perdido. ●



NO ENCONTRARÁ RAZONES QUE HABLEN EN CONTRA DE ADMIRA FUSION.



Novedad: cerámica pura para obturaciones.

Nada más que ventajas innegables:

- 1) Prescinde de monómeros clásicos, sin monómeros residuales.
- 2) Logra una mínima contracción de polimerización, hasta ahora impensable.
- 3) De uso universal y tan fácil de trabajar como está acostumbrado.

Y quizá nos quiere decir ahora alguna otra razón que pueda hablar en contra - ¡si es que la encuentra!





La 'dientificación' de la Odontología

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

Desde principios del siglo XX en que la odontología inició su andadura en España como título universitario de la mano de la Regente María Cristina de Habsburgo, la intensa relación legal, profesional y docente entre medicina y odontología fue creciendo, con altibajos, hasta que en 1944 la odontología se transformó, de facto, en una especialidad de la medicina con el nombre de Estomatología.

El inicio de las negociaciones para el ingreso de España en la CEE supuso que a partir de 1987 se empezara a formar a los odontólogos en una actividad profesional a claramente diferenciada de la medicina. Hoy por hoy, medicina y odontología son dos titulaciones académicas con un denominador común que es la salud del paciente.

Es posible que la evolución tecnológica, la mercantilización inevitable de una profesión como la nuestra, básicamente dependiente de la iniciativa privada, y otros factores añadidos hayan ido propiciando que, con el aval de la legislación vigente, aquellos dentistas de hace años, médicos antes que odontólogos, hayan derivado en los actuales profesionales, con una extraordinaria formación dental pero con muchas inseguridades en su formación médica. Que nuestros graduados cursan asignaturas de patología médica y de farmacología aplicada es un hecho, pero que la formación graduada y posgraduada se centra sobre todo en el diente y en la encía mayoritariamente, también es un hecho.

En mi opinión, un importante porcentaje del estrés que genera, por ejemplo una exodoncia o una endodoncia, en los odontólogos noveles se debe, en muchos de los casos, más a los antecedentes médicos o farmacológicos y a las patologías sistémicas que a la propia técnica que requiere el procedimiento. Una Odontología como parte integrada de la salud global de nuestros pacientes exige, sin complejos, una sólida formación real que aleje del odontólogo la inseguridad de tratar con poli medicados o con enfermedades generales. También una decidida visión por parte nuestra de que la Medicina, aún sin ser médicos,

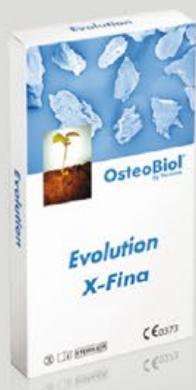
es una parte importantísima de nuestra actividad cotidiana. Seguramente muchos quisiéramos ver una mayor interrelación medicina-odontología y no quisiéramos, como decía Cortázar, tener que cerrar los ojos para ver lo que queremos.

"La Medicina, aún sin ser médicos, es una parte importantísima de nuestra actividad como odontólogos "

Hemos asistido, creo yo, a una excesiva *identificación* de la odontología en detrimento de una mayor identificación con la medicina en su sentido más amplio. La historia de la profesión da fe de que ambas han ido siempre juntas o en paralelo. Hoy en día cuando la anamnesis y la historia clínica no se pagan, las primeras visitas tampoco y el diagnóstico y el plan de tratamiento han perdido protagonismo en beneficio del *presupuesto*, echamos de menos la relación que médico y dentista entablaban durante la anamnesis y la recogida de datos de la historia. Nos tendremos que acostumbrar, quizá, a que es la *acción* lo que predomina, pero no podemos renunciar a que la imperiosa necesidad de hacer tratamientos no esté avalada por la mochila de conocimientos médicos y farmacológicos que los dentistas necesitamos para afrontar nuestro trabajo, sin renunciar a la tecnología, y desde una visión más holística. En definitiva somos dentistas no *dientistas*. Ojalá todos, incluidas franquicias y mutuas viéramos, con los ojos muy abiertos lo que queremos ver aunque, francamente, tengo mis dudas sobre si todos queremos ver lo que acabo de explicar. ●

OFERTAS MAYO, JUNIO Y JULIO

Membrana de colágeno Evolution X-Fina



4+2



4 Membranas Evolution Extra-fina (0,2 mm, reabsorción en 2 meses aprox.) + REGALO 2 viales de Gen-Os 0,25gr



Sustituto óseo en grano

100% hueso cortical y esponjoso
Gránulo pequeño: 250-1000 micras
Biocompatible y biodisponible
Tiempo de reentrada aprox. 5 meses

Mp3. Sustituto óseo en jeringa con 10% de colágeno



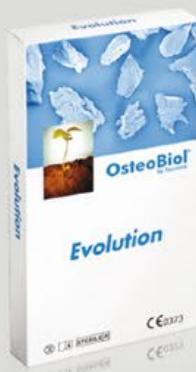
3 Jeringas Mp3 1 c.c. + 2 Cajas de Duo-Teck Felt 0,2 mm (6 Uds/Caja) + REGALO Kit de chinchetas



Kit para fijación de membranas

1 Atornillador/destornillador manual
1 Punta para contra ángulo
1 Fresa 0,8 mm
1 Dispensador
10 Chinchetas (4 mm)
1 Estuche contenedor del kit

Membrana Evolution Fina. 100% pericardio



4+1



4 Membranas Evolution Fina 20x20 ó 30x30 mm + REGALO 1 Membrana Evolution Fina 20x20 ó 30x30 mm

Máxima adaptabilidad al tejidos óseo

Elevada consistencia. 0,4 mm de espesor
La mejor interfaz membrana/hueso y membrana/periostio
Fácil y segura a la hora de suturar
Completamente reabsorbible



Estrés: cuando dejas de ser dentista para ser persona

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

No solemos hablar mucho de este tema, pero bien es sabido que pertenecemos a una de las profesiones con mayor número de suicidios, debido a varios factores asociados a la profesión.

Trabajamos en espacios pequeños, nuestro espacio personal se ve invadido continuamente al tener que acercarnos a nuestros pacientes para tener que realizar los tratamientos.

Estamos sometidos muchas veces a absorber estoicamente su dolor y, en muchas ocasiones, su agresividad y miedo para calmarlos.

Las altas expectativas de nuestros pacientes, o incluso de nosotros mismos, con nuestros tratamientos también pueden llevarnos a sentirnos frustrados en ocasiones en que no obtenemos el resultado soñado.

Durante nuestra vida profesional hacemos cursos para mejorar nuestras habilidades clínicas, pero no conozco a nadie que vaya a cursos para saber cómo gestionar el estrés que puede acarrear la responsabilidad de ser dentista.

Somos, por lo general, un colectivo bastante competitivo que nos gusta socialmente demostrar lo buenos que somos, pero en raras ocasiones compartimos nuestros fracasos con compañeros para pedir consejo o ayuda, y esto nos aísla.

Afortunadamente, empiezan a aparecer foros en internet en los que se comienza a compartir experiencias y dudas que sirven de soporte emocional y técnico para muchos compañeros.

En Reino Unido tenemos un foro que se llama *Mental dental*, en el que, de forma anónima, se exponen problemas de compañeros y los miembros del foro comentan para ayudar o aconsejar sobre cómo llevar esa situación que está produciendo estrés o preocupación de manera muy positiva y constructiva.

Yo misma, cuando llegue a Leeds, sustituí a un compañero que había decidido hacerse jardinero porque ya no aguantaba más.

Cuántas veces me habré dicho a mí misma "no te estreses, Alejandra, que no queremos acabar como Ian", he sonreído y mantenido la calma.

La mayoría de mis artículos vienen de experiencias, y este no es una excepción.

La semana pasada encontré a una de mis compañeras llorando en su gabinete, le temblaban las manos, y no quería levantarse del suelo. Había recibido una denuncia bastante injusta de un paciente que básicamente quería sacarle dinero y arruinar su carrera.

Algo había oído hablar a las auxiliares por los pasillos, pero hasta que la vi en el suelo no podía imaginarme que la había afectado tanto, al fin y al cabo, recibir quejas de pacientes es el pan de cada día en Inglaterra, como lo es en Estados Unidos, gracias a Dios en España no estamos tan mal, pero tiempo al tiempo.

Como me dijo mi querido compañero Emanuel una vez: "Alejandra, para ser dentista aquí tienes que tener piel de cocodrilo", y con los años la desarrollé.

Abrí la puerta con cuidado y me senté en el suelo con ella, había consolado a muchos pacientes miedosos antes, pero esta era una situación desconocida para mí.

Saqué el móvil del bolsillo del pijama, me metí en el foro de *Mental Dental* y le leí, "mira, aquí dice un dentista que un paciente le ha denunciado diciendo que después de hacerle una exodoncia de una muela del juicio le ha dejado impotente, no puede ser peor que lo tuyo."

"Manejar el estrés no es algo que podamos hacer solos, debemos aprender a pedir ayuda cuando se necesita"

Mi compañera paró de llorar para mirarme y empezar a sonreír, yo continúe leyendo casos de otros compañeros de ese foro y vi como empezaba a respirar más tranquila.

Manejar el estrés no es algo que podamos hacer solos, no se nace sabiendo, es importante tener recursos y aprender a pedir ayuda cuando se necesita.

Contar nuestros propios fracasos y dudas, mostrar nuestra vulnerabilidad nos puede salvar la vida, es importante aprender a pedir ayuda y no solo cultivar las habilidades técnicas de nuestra profesión, las emocionales son igual de importantes.

Después de mucho hablar con mi compañera, me pidió que os contara su historia, porque parece que la depresión y la ansiedad entre nosotros es un tema tabú pero las estadísticas están ahí y no debemos ignorarlas, ya que nos puede pasar a cualquiera en cierto momento de nuestra profesión.

Acude a un profesional, igual que la higiene dental que predicamos, la salud mental también hay que cuidarla.

Y como dice la canción de Chayanne "Recuerda que solo tenemos un viaje de ida y hay que darle gracias siempre a la vida." ●

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



¿Dice usted la verdad, Señor Raúl Óscar Castro?

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

Nuestro último editorial parece que no ha gustado a alguien. Bueno, yo doy por hecho que los editoriales en cuanto que opiniones no pueden gustar a todos, lo que no es normal ni admisible es que ese alguien, aprovechándose de sus cargos de representación, se comporte de la forma que lo hace, diga las cosas que nos dice en formato burofax y hasta parezca que pretende amedrentar la libertad de expresión.

Me dice el Señor Raúl Óscar Castro que escribo sobre una materia compleja desde el desconocimiento cuando le corrijo y digo que no hemos conseguido ninguna nueva competencia en el caso de la venopunción, me dice que empleo mal el término competencia. Me parece que el que desconoce hasta lo que se publica en la revista del propio Consejo General es el Señor Castro. En la portada y en el editorial de la revista *Dentistas*, órgano de difusión del Consejo General de Dentistas de España que preside se dice textualmente: “Venopunción - La Odontología consigue una competencia histórica”, el término es usted quien lo pone, no yo, en mi escrito me limito a decir que no es cierto que hayamos conseguido una nueva competencia y se lo reitero.

Me acusa el Señor Castro de atentar contra el derecho al honor del Consejo y de su presidente. El honor del Consejo jamás lo hemos cuestionado ni cuestionaremos, es el honor de todo un colectivo, no confunda usted el honor del Estado con el del presidente del Gobierno, el único que cuestiona aquí el honor es usted y, si tiene dudas sobre el suyo, lo más que podemos hacer es comprenderle, pero al Consejo ni usted, y sobre todo usted, ni nosotros somos quienes para cuestionarlo, no olvide que usted como servidor público es administrador, no propietario.

Nos dice el Señor Raúl Óscar Castro que las cuentas del Consejo están sometidas a auditoría externa y se

publican anualmente, nadie lo niega, pero también permítanos recordarle que las cuentas de todas las grandes empresas y bancos quebrados lo eran y no pretenda sacar valores añadidos donde no los hay. Por cierto, ¿publican las cuentas de la Fundación Dental Española?

Por último nos dice: “que es manifiestamente falso que las cuentas del Consejo General estén siendo investigadas, y mucho menos que estén “ante la Justicia”, como se afirma en el Editorial”.

Pues bien, Señor Raúl Óscar Castro, el Juzgado de Instrucción nº 37 de Madrid mediante Auto de fecha 12 de diciembre de 2016 admitió la querrela presentada por el Consejo General que usted preside contra el Señor F. P., en su día empleado responsable de la contabilidad del Consejo, y con fecha 11 de enero de 2018 el mismo Juzgado de Instrucción nº 37 de Madrid ha dictado Auto de transformación en abreviado del proceso penal instado por el Consejo General de Dentistas de España contra el citado Señor.

Si esto que describimos es cierto, usted está mintiendo, y nos encontramos con que alguien que miente está presidiendo el Consejo General de Dentistas de España y ocupando otros puestos relevantes en entidades respetables de la Sanidad Española.

Si no es cierto, cumpla su amenaza y presente esa querrela con que tanto le gusta amenazar a quienes disienten de sus pensamientos u opinan que es usted un personaje inapropiado para ocupar los puestos que ocupa.

¿Qué es lo que le preocupa tanto? Porque simplemente puede callarse o decir que ya informará cuando lo crea oportuno, está en su derecho. Pero, negar los hechos, ¿a qué viene? ¿No se da cuenta de que algunos pueden pensar que lo oculta para intentar negociar algún silencio o ganar tiempo para una reelección? •

NSK

Ofertas Especiales Expodental 2018

desde el 12 de marzo hasta el 31 de mayo de 2018



Surgic Pro **LED**

Micromotor para Implantología

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

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



Incluye Micromotor SGL70M
Con Luz · Con Cable



3.999€*
~~+0.263€*~~



INCLUYE:

X-SG20L
2º Contra-Ángulo
REF. C1003



SGL70M
2º Micromotor con luz
REF. E1023



MALETÍN
de transporte
REF. Y1001952



Variosurg3 **LED**

Sistema de Cirugía Ultrasónica

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1002726**

Incluye Pieza de Mano Con Cable



5.999€*
~~+1.405€*~~



INCLUYE:

Incluye Kit Básico

- H-SG1
- SG3
- SG5
- SG6D
- SG7D
- SG11



2ª PIEZA DE MANO
con cable
REF. E1133001



MALETÍN
de transporte
REF. Y1001952



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 • Ofertas válidas hasta el 31 de mayo de 2018 o hasta fin de existencias



Las autoridades, con Javier Castrodeza, secretario general de Sanidad y Consumo, y Antonio Montero, presidente del Colegio de la I Región, entre otros, durante la inauguración de la feria.

Balance excelente y futuro prometedor, según la directora, María José Sánchez Moncada

“En años pares, Expodental es la feria líder del sector en Europa”

Texto y fotos: Ismael Sánchez

La pasada edición de Expodental ha servido para comprobar la óptima salud de la feria, que es la líder del sector en Europa en años pares como el presente. Así opina su directora, María José Sánchez Moncada, que en conversación con ODONTÓLOGOS DE HOY, realiza un balance excelente y apunta hacia un futuro prometedor, con un crecimiento sostenido gracias a la aportación nacional, y también a la internacional.

“La imagen de Expodental se ha ido modificando en los últimos años y ahora podemos decir que tiene una presencia imponente. La industria ha hecho un esfuerzo importante en montaje y en traer muchas novedades y eso se ha notado en cada rincón: ha habido muchas pantallas, mucho escáner... las nuevas tecnologías aplicadas a la Odontología han triunfado claramente”, explica la directora.

En su impresión, los profesionales han acudido con ganas de comprar productos, de probarlos, de conocer todas las novedades posibles: “Hay una alegría que no se había visto desde hace años”. En efecto, Expodental ha acogido la mayor oferta de equipos, productos y servicios dentales, en una edición sin precedentes, en cuanto a participación, modelo de presentación y asistencia profesional, según explica la propia Feria en una nota.

Durante tres días, el Salón, organizado por Ifema y promovido por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), ha congregado las propuestas de 358 expositores, un 8,6% más que en 2016, 412 empresas representadas y 1.458 marcas, “en un innovador y espectacular escenario de presentación que, alineado con la evolución y tendencias de futuro de la industria

dental, ha roto moldes para mostrar una imagen en la que los procesos de digitalización y los avances tecnológicos han sido absolutos protagonistas”. Expodental también ha superado todas las expectativas en lo que se refiere a la asistencia profesional, que ha crecido en un 2,6% con la presencia de 31.144 profesionales.

Para lograr este éxito, el pequeño pero resolutivo equipo de Sánchez Moncada lleva trabajando en la Feria desde junio del año pasado. Se diría que los datos de asistencia podrían animar a cambiar la periodicidad del evento, para que pasase a ser anual, pero la directora lo tiene claro: “La clave del éxito de Expodental es que se celebra cada dos años. En este período, da tiempo suficiente para traer novedades de verdad”. Y así, al acaparar los años pares, la Feria se ha convertido en líder de Europa en esas fechas, con permiso de la



El Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid visita Expodental.



María José Sánchez Moncada, directora de Expodental, flanqueada por Asier Labarga, director comercial de Ifema, y Fernando Gutiérrez, editor de ODONTÓLOGOS DE HOY.

Feria de Colonia, la famosa IDS, que no admite comparación alguna y que es un claro modelo a seguir por las demás.

"Los procesos de digitalización y los avances tecnológicos han sido absolutos protagonistas"

Los profesionales han demostrado su interés por estar al día: "Puede que alguno termine por no comprar, pero nadie quiere quedarse al margen de lo que la evolución de la Odontología y el impacto de las nue-

vas tecnologías está transformando día tras día". Sánchez Moncada cree que este juicio tan positivo también proviene de empresas y profesionales que se acercan a la Feria desde otros países. "Expodental es cada vez más internacional y lo será aún más en las próximas ediciones. Eso sí, este seguro crecimiento va a venir también de la mano de las compañías nacionales".

Los datos corroboran esta opinión. El 60% de los profesionales ha sido de fuera de Madrid, con mayor presencia de Andalucía, Cataluña –que en esta ocasión ha experimentado un crecimiento del 6,5%–, y Comunidad Valenciana, en este orden. Especialmente destacada ha sido también la visita de Canarias, comunidad autónoma invitada de esta edición, y de la que se han recibido más de 1.000

profesionales. En el capítulo internacional, ha registrado la asistencia de 2.200 profesionales de 73 países. En este caso, la mayor presencia ha correspondido nuevamente a los visitantes de Portugal, junto a Italia, que crece en más del 19%, y Francia, con un incremento del 4,6%.

Por segmentos, el perfil profesional más numeroso ha sido el de odontólogos, que han representado el 35,5% de los visitantes registrados. Le siguen prótesis, con un 18%; higienistas dentales, con un 9%; auxiliares de clínica, con un 6,7%, y ortodoncistas, con un 5,8%.

En esta misma línea de dinamismo y convocatoria profesional que ha caracterizado a la feria, los Speakers' Corner y el Foro de Formación han congregado a 2.264 asistentes, en el conjunto de sus 72 sesiones informativas, presentaciones de producto y mesas redondas.

Además, durante el Día del Estudiante, la feria ha recibido la visita de 4.028 futuros profesionales del sector, que pudieron conocer de primera mano las últimas novedades tecnológicas de la industria y acceder a la oferta académica actual en referencia a los programas y estudios de post grado, especialidades, formación continuada y MBA reunida en el Sector de Formación.

Osteógenos Apuesta por introducir el ácido hialurónico

15 años creciendo juntos. Este ha sido el lema de Osteógenos en Expodental, que para la compañía siempre es una cita exitosa “puesto que te permite entrar en contacto directo con los clientes”, apunta Marta Gómez, responsable de Marketing y Formación. En este tiempo, la trayectoria de la empresa ha sido ascendente y hoy son una referencia obligada en biomateriales.

“Estamos especializados en regeneración ósea y manejo de tejidos blandos y para mantener el nivel estamos

obligados a disponer de un programa de formación continuada muy ambicioso, con cursos teórico-prácticos de la máxima utilidad”. Pero la gran novedad de Osteógenos ha sido su apuesta por introducir el ácido hialurónico, dada la gran demanda del profesional por conocer su uso y posibilidades. “Es algo nuevo para el odontólogo que, antes de empezar a utilizarlo y consumirlo, prefiere ver cómo funciona: y le hemos dado esa oportunidad a muchos que se han acercado a nuestro stand”.



Marta Gómez, responsable de Marketing y Formación en Osteógenos.



Equipo de Osteógenos.

José Carlos Aguilar, director de Alphabio “En 5 o 10 años, la gran maquinaria estará en todas las clínicas”

Un 8. Notable alto. Esta es la nota que José Carlos Aguilar le otorga a la última edición de Expodental, mucho mejor desde luego que anteriores ediciones donde el ambiente de compra y conocimiento “estuvo más flojo”. “Ahora la economía ha repuntado y se nota porque la gente busca tecnología.

Alphabio es distribuidor autorizado de Medical 10: “Tenemos impresoras en 3D que la gente quiere ver y saber cómo funcionan, y en esto Expodental es el mejor sitio para mostrar estos productos”.

A su juicio, la transformación digital está llegando con fuerza a la Odontología. “Hay tecnología que ahora solo encuentras en un 10% de las clínicas. En 5 o 10 años a lo sumo, la gran maquinaria va a tener que estar en el cien por cien”.

Pese a lo elevado de la inversión media, unos 20.000 euros, “el profesional sabe que tarde o temprano va a tener que dar este paso porque lo que está en juego es diferenciarse de la competencia. Y en las nuevas tecnologías, como te quedas atrás, pierdes clientes”.



José Carlos Aguilar conversa con una cliente sobre uno de sus productos.

Fernando Mozo Grau

“Tras el ‘todo vale’ en implantología, el cliente busca ahora un refugio de confianza”

Pese a que su Congreso de Implantología es la cita fuerte de su estrategia comercial y de marketing, Mozo Grau acude también a Expodental a saludar a clientes y presentar productos con un trato directo y personal. El alma de la compañía, reconocida como pyme innovadora por el Gobierno, es Fernando Mozo Grau, que ha estado en primera línea de la atención en el stand. “Hemos percibido más alegría, más motivación para la compra, más ganas de escuchar nuevas técnicas”. Años atrás, había más recato entre el público, pero, con el fin de la crisis, parece haber desaparecido. “Es claro que hay más ganas de invertir”.

A su juicio, la implantología ha entrado en una nueva fase, en la que el cliente busca refugios de confianza, que ofrezcan calidad y resultados: “Hemos pasado por dos fases: primero, la implantología fue un valor al alza, y después, se pasó lamentablemente al todo vale, donde cualquiera podía ofrecer y comercializar cualquier producto. Ahora, el profesional sabe que si no ofrece calidad, a la larga, lo terminará pagando”.

Y esta es precisamente la apuesta estratégica de Mozo Grau: acredi-

tación de calidad e innovación. “Es nuestra carta de presentación, lo que nos hace ser competitivos y seguir creciendo, y estar en condiciones de acceder a mercados internacionales”. Puede que esta línea de trabajo tuviera anteriormente no pocos escépticos y muchos detractores, que entendían que la implantología era algo más básico. Mozo Grau nunca lo ha entendido así y ahora, el giro que está dando el mercado, parece estar dándole la razón. “Es verdad que hay menos escepticismos que antes. Y que lo que se busca ahora es una implantología de calidad”, concluye.



Fernando y Ángel Mozo.



Fernando Mozo, rodeado de un efectivo reclamo para la marca: un equipo de fútbol americano.



Fernando Valenzuela (NSK).

NSK

A por la experiencia del paciente

Nakanishi Dental Manufacturing (NSK) es una multinacional de origen japonés centrada en instrumentos de cirugía y endodoncia. Su responsable de Comunicación en España, Guillermo Pérez, valora muy positivamente la última edición de Expodental: “Aunque nuestros productos son muy conocidos, hemos recibido a muchos clientes muy interesados en conocer cualquier novedad”. En este sentido, la diferencia con ediciones

anteriores ha sido notable, “porque no ha habido que hacer una labor proactiva en busca de negocio. Ahora se percibe más euforia y más ganas de adquirir los nuevos productos que están en el mercado”.

Aunque defiende la oportunidad que supone la transformación digital, NSK sigue valorando mucho el asesoramiento presencial, “porque al final, al dentista le gusta coger y tocar la turbina, antes de comprarla”. Con todo, la compañía tiene en mente hacer una fuerte apuesta por dirigir sus acciones hacia la experiencia del paciente, con casos clínicos y la gestión de web sites para facilitar la mejor información: “Los folletos los estamos dejando definitivamente atrás”, explica Pérez.

Servicio integral en aparatología Antón no necesita stand para destacar

La empresa de suministros Antón ha vuelto a hacerse muy presente en Expodental sin necesidad de tener un stand propio, y sí reforzando las muestras de otras compañías como Ancar o Kavo. “Creemos que estar con ellos es la mejor opción para nuestros clientes, no tendría sentido duplicar esfuerzos”, explica el director Antón Sanz, que da su nombre de pila a la compañía.

"Hemos percibido una mayor intención de comprar. No sabemos si por inquietud, por necesidad o simplemente porque hay que diferenciarse de la competencia"

Su ámbito de actuación es el Norte: País Vasco, Navarra, Cantabria y algunas incursiones en La Rioja y Aragón. Su propósito, un servicio integral en aparatología. Y en este cometido las nuevas tecnologías también marcan el paso: “Se está notando mucho la expectativa del cliente, tanto en laboratorio como en clínica, en materias que han despertado mucho interés como los escáneres intraorales o la radiología en 3D”.

Antón trata de dar respuesta a estos nuevos retos, sabiendo que el sillón del dentista “ha cambiado muy poco en los últimos años, si acaso en el diseño”, y que son los sistemas digitales y la radiología lo que exige una mayor inversión por parte de las clínicas.

“Hemos percibido una mayor intención de comprar. No sabemos si por inquietud, por necesidad o simplemente porque no hay más remedio que tratar de diferenciarse de la competencia”. En este nuevo escenario, Antón también se ve obligado a mejorar y por ello viene haciendo “un gran esfuerzo” en afrontar el reto de la transformación digital, sobre todo “en el área comercial y en el servicio técnico”.



Antón Sanz.



Equipo Depósito Antón.

Adolfo Roca, director de Marketing de Septodont “Lo digital no tiene por qué ir en contra de lo analógico”

Septodont es líder en la fabricación de productos para la gestión y el control del dolor, según afirma su director de Marketing, Adolfo Roca. Esta edición de Expodental ha servido a la compañía para dar a conocer con detalle dos de sus lanzamientos más innovadores: Biodentine, un sustitutivo bioactivo de la dentina, y Bioroot RCS, un sellador de conductos radiculares también bioactivo. “Muchos estudiantes se han acercado a nuestro stand a preguntar por ellos y hemos podido enseñarlos adecuadamente”.

La compañía también vive inmersa en un proceso creciente de transformación digital que, sin embargo, no le hace dar la espalda a lo analógico, “porque una cosa no tiene por qué ir en contra de la otra”, sostiene Roca. “Deben ir en paralelo y, de momento, seguir conviviendo”. Con todo, las ventajas de lo digital son incuestionables: “Gracias a la realidad virtual, estamos mostrando cómo se fabrica la anestesia, para que los odontólogos

conozcan a fondo el producto que luego terminan aplicando a sus pacientes”.

Líder en gestión y control del dolor, está viviendo un proceso de transformación que le está permitiendo acercarse a nuevos clientes

Roca entiende que el sector va un poco por detrás de otros como el textil o la belleza en la incorporación de soluciones digitales. A Septodont le está permitiendo abrirse a nuevos y más numerosos clientes, circunstancia que hace años era más complicado llevar a cabo porque había que disponer de redes comerciales numerosas. “Aquí en Expodental hemos hecho muchos nuevos contactos y a partir de ahora toca gestionarlos”.



Adolfo Roca.

Proveedor mundial de sistemas de radiología y soluciones informáticas para medicina Carestream saca músculo en 3D y escáner intraoral

Carestream, en su condición de proveedor mundial de sistemas de radiología y soluciones informáticas para medicina, ha aprovechado la última edición de Expodental para presentar sus últimas tecnologías en 3D y escáneres intraorales. Históricamente centrada en la radiología, la compañía ha dado un giro hacia las aplicaciones CAD/CAM, que exigen un mayor conocimiento así como una notable formación continuada.

La parte CAD la tiene bien resuelta, gracias a sus avances en captura de imágenes. Sin embargo, hay margen de mejora en la parte CAM, sobre todo en lo referido al diseño y a la fabricación de fresadoras.

El esfuerzo va a merecer la pena, porque Carestream está cada vez más convencida de que son ya muy pocos los odontólogos que se muestran reacios a abrazar las nuevas tecnologías en sus consultas y en sus práctica diaria. Si acaso, los muy mayores, que ya por edad entienden que este cambio imparable ya no les va a pillar, o los muy jóvenes, que todavía no disponen de la financiación suficiente. Pero todos los demás profesionales están ya metidos por entero en el carril digital y quieren más y más: los que hace unos años apostaron por los equipos digitales panorámicos, hoy quieren apostar seriamente por el 3D y por las nuevas generaciones de los equipos.



Miguel Piedrafita, director de Ventas y Servicios.

Por los pasillos de Expodental 2018 se han paseado no pocos estudiantes de Odontología, ODH ha conversado con dos de ellos, como una pequeña pero significativa muestra de los anhelos, temores y propósitos de los profesionales del futuro, que ya están llamando con fuerza a las puertas del sector.

Beatriz García-Granero, estudiante de 3º de Odontología de la UCM

"Una de las principales misiones del dentista debería ser combatir el miedo del paciente a la consulta"

Beatriz García-Granero (La Coruña, 1997) tiene aspecto de estudiante aplicada y en realidad lo es. Y lo es desde siempre, desde la primaria y más allá, hacia la formación más excelente que pueda lograr en los próximos años que, como buena profesional sanitaria, debería ser de por vida. Su vínculo con la Odontología, según explica a ODNTOLOGOS DE HOY, le viene de una experiencia personal, posteriormente aposentada en el ánimo familiar, que terminó de inclinar la balanza la salud bucodental. Actualmente cursa 3º del Grado de la Universidad Complutense de Madrid y en su pensamiento del ejercicio profesional soñado, dos aspiraciones irrenunciables: una práctica óptima y una relación de confianza con el paciente.

El aparato se instaló en la dentadura de Beatriz siendo bien pequeña, y esto le permitió familiarizarse con la consulta del dentista. Lejos de cogerle miedo, le tomó cariño. "La verdad es que no me daba miedo; al contrario, me empezó a gustar lo que veía a mi alrededor y cómo el dentista me trataba y me cuidaba". Fue el ir apreciando el ejercicio profesional que se estaba desarrollando en su boca el que permitió hacer valorar a Beatriz la evolución y características de un cometido que le terminó por conquistar definitivamente.

"Yo tenía claro que quería hacer algo relacionado con la salud y Odontología era la opción que más me gustaba. Mi familia me animó también para elegirla. Me planteé hacer Medicina, pero tenía muy claro que lo que me gustaba era la boca. Además, tenía familiares en la profesión que también me ayudaron a deci-

irme". Las notas de acceso a la universidad no fueron obstáculo alguno para lograr su objetivo: "Siempre fui muy buena estudiante, es verdad, y he obtenido hasta ahora grandes resueltos. Soy muy perfeccionista: o me lo sé o no me lo sé, y si no me lo sé, sigo estudiando.

Aunque es gallega de nacimiento, ha vivido en Zaragoza toda su vida. Hasta que empezó la Universidad. "Tenía claro que quería estudiar en la Complutense e ir a Madrid, porque creo que es la que tiene mejor consideración pública. Viviendo en Zaragoza tampoco tenía otra oportunidad que salir de la ciudad, porque aquí la Facultad más cercana está en Huesca. Así que opté por Madrid".

Los primeros días en la Universidad fueron una puerta abierta a un mundo nuevo: no solo la Facultad, sino la ciudad entera, Madrid con todas sus posibilidades y también con todas sus incógnitas. "En efecto, todo era nuevo. Pero creo que en mi caso, en vez de asustarme, me ha servido para madurar rápido. Y respecto a la experiencia universitaria, rápidamente me dí cuenta de que venía muy bien preparada. Estudié en el Colegio del Salvador, de los Jesuitas, y allí creo que obtuve una buena base formativa para hacer cualquier estudio superior. Y además, incorporar un ritmo de trabajo que me permitiera afrontar cualquier reto formativo".

Ya metidos en la harina de la Odontología, a Beatriz le está encantando la ortodoncia, recuperando así el hilo infantil que le ha traído hasta aquí. "La veía muy complicada cuando no la conocía, la verdad, pero ahora que la estoy aprendiendo me está encan-



Beatriz García-Granero.

tando". Otra de las materias preferidas en sus estudios es la cirugía: "Me están impresionando; abrir mandíbulas impacta mucho, tendré que habituarme". En este sentido, cree que una de las principales misiones del dentista debería ser combatir el miedo de los pacientes.

"Trabajar para otras compañías te impide obtener y fomentar tu propia marca, que es al fin y al cabo tu prestigio profesional"

Mirando al futuro, Beatriz piensa en iniciar el ejercicio de la Odontología de la mano de otro profesional más experto: "Me gustaría empezar aprendiendo con alguien. Después, creo que ya podría animarme a abrir mi propia consulta". Admite todavía desconocimiento sobre cómo es el trabajo en aseguradoras o franquicias, pero sí entiende que "trabajar para otras compañías, te impide obtener y fomentar tu propia marca,

que es al fin y al cabo tu prestigio profesional. Y esto es lo que a mí más me interesará alcanzar y mantener”.

Con todo, no descarta la docencia como opción de desarrollo profesional: “La verdad es que me está encantando la Universidad y no me importaría nada quedarme aquí como profesora. Para enseñar a gente que tiene interés en aprender y, en definitiva, para aprender más aún porque la formación no creo que sea algo que pueda terminar nunca”. Donde no se ve ni se encuentra es en la investigación: “No me llama la atención”.

En el ecuador de su grado de Odontología, sabedora de que no se va a marchar al extranjero porque “en España estoy muy bien”, Beatriz comienza a valorar seriamente la posibilidad, o casi sería mejor decir necesidad, de hacer un master: también en la Complutense y en Ortodoncia. “O en cirugía, ¿por qué no?”, y sonríe, sabedora quizá de que le terminará perdiendo el respeto a las mandíbulas abiertas. Porque tiene claro que su futuro profesional debe estar guiado por dos máximas: “Hacer un buen trabajo y transmitir confianza al paciente”.



Beatriz García-Granero con varios compañeros.

Radwan Faraji, estudiante de 2º de Odontología en la Universidad de Barcelona “Habría que cambiar el plan de estudios”

A Radwan Faraji, de origen sirio, le llamó la atención la Odontología muy pronto. Con 14 años, y paradójicamente a raíz de un problema con su dentadura, comenzó a fijarse en la actividad profesional y ya no quiso ser otra cosa. En la familia también se lo pusieron fácil porque su tío y su primo son dentistas. Así que optó por matricularse en la Universidad de Barcelona.

“Se debería poder tener una panorámica completa de la profesión ya al principio de los estudios”

“Estoy muy contento con la carrera, con los compañeros y los profesores. Ahora mismo estamos más centrados en materias de medicina general y, francamente, yo estoy deseando empezar a estudiar temas puramente odontológicos”. Esta inquietud le lleva a afirmar que quizá “habría que cambiar el plan de estudios”, para que los contenidos de Odontología se pudieran ir abordando poco a poco, desde el primer curso del grado, “y así tener una panorámica completa de la profesión ya al principio de los estudios”.

Le gusta la Odontología por la atención al paciente: “Me gusta ayudar a los demás, creo que me viene de mis



Radwan Faraji junto a más estudiantes.

raíces sirias. Y siendo dentista creo que lo podré hacer muy a menudo”.

Una vez obtenido el grado, quiere incrementar su formación, quizá marchándose fuera de España para ver y estudiar cómo se trabaja en otros países. “Alemania me atrae mucho, tengo allí a parte de mi familia, así que muy posiblemente prosiga mi formación en ese lugar”.

Respecto al futuro laboral, aún lo ve lejano, pero ya tiene una idea aproximada de cómo le gustaría ir dando sus primeros pasos como odontólogo titulado: “Primero me gustaría trabajar en una compañía grande, una aseguradora o un franquiciado. Después, en una clínica de algún compañero, que no fuera mía. Y ya finalmente, creo que estas dos experiencias me permitirían tener el conocimiento suficiente para abrir



Radwan Faraji.

parte, es el objetivo más importante de todo su proceso formativo que ahora está en marcha.

Expodental 2018 en imágenes



Equipo Editorial Atlantis.



G. Pradies, Fernando Gutiérrez y Jaime Gil.



Proclinic.



J. Cortés y A. Castaño.



Colegio de Dentistas de Madrid.



Guillermo Galván (Sepes) y parte de su equipo.



Ribera, Gómez y Guarro.



Minerva Casterllá y Carmen Campamá.



Antonio Castaño y Francisco García.



Luis Blázquez, el profesor Manuel Ribera, Javier Godoy, Mireia Uceira y Angel Alcaide, tras la presentación de Actynox, de Carburos Médica.



Antonio Bowen.



C. Alustiza, M. Iruarrizaga y J. Alonso.



Rueda de prensa de Henry Schein.



Alberto Manzano explica el proyecto de Plan Synergia.



M. Vetura y M. Beisheimer.



Manuel Martínez, VOCO.



Fotolandia.



Fernando Gutiérrez, L. Giner y Francisco García.



Sweden&Martina.



L. Pérez, J. Mediavilla, L. Marfín y L. A. Hernández.



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



Audiovisual



Prensa y Comunicación



Diseño Editorial



Diseño de Espacios



Marketing Online/Offline



Diseño Web



Organización de Eventos



Ilustración



360° de servicios creativos a medida

Junto con fisioterapeutas y farmacéuticas El COEM lidera la reivindicación sobre el papel de la mujer en la sanidad

“La mayoría de la colegiación del Colegio de Dentistas, al igual que la mayoría de otros colegios y organizaciones de la salud, son mujeres y todavía no se ha tenido en cuenta esta particularidad ni a la hora de la representación en los órganos de decisión ni en la programación de actividades, ni en el diseño de aparatología e instrumentos, horarios, etc.”. Así explica Marisol Ucha, gerente de la Fundación COEM, a ODONTÓLOGOS DE HOY la celebración del primer Congreso Mujeres en, por, para la Salud, bajo el lema *Juntos por la igualdad*, en el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer, y gracias al impulso de los colegios de Dentistas, Fisioterapeutas y Farmacéuticos de Madrid.

“Alguien tenía que empezar a poner el foco en esta realidad que a muchos se les pasa por alto o no quieren darse cuenta”, sostiene Ucha, contrariada porque todavía haya colegios profesionales e incluso universidades que no vean la necesidad de sumarse a esta iniciativa que, a su juicio, ha sido todo un éxito. El Congreso ha tratado de resaltar la participación y contribución de la mujer a las ciencias y profesiones sanitarias. Según datos de la Consejería de Sanidad, de los más de 70.000 profesionales sanitarios que trabajan actualmente en los distintos centros del Servicio Madrileño de Salud, más de 55.000 son mujeres.

A través de las diferentes ponencias llevadas a cabo en el Congreso, se ha tratado de analizar la situación actual que existe en torno a la igualdad de género, y se han aportado las claves necesarias en el cuidado de los pacientes y el manejo del dolor y el sufrimiento: desde el abordaje de la trayectoria histórica de las mujeres para acceder a la formación académica, con la psicóloga Belén Nogueiras, hasta la necesidad de corresponsabilidad de los hombres, con Mariano Nieto, miembro de la Red de Hombres por la Igualdad. “Son

temas complejos que requieren decisión y ganas por parte de los poderes públicos de hacerlos posible. La equiparación de los permisos de maternidad y paternidad podría poner fin a uno de los factores en los que se asienta la discriminación laboral de las mujeres y la desigual distribución de las tareas de cuidado, entendiendo por cuidado no solo el de los hijos sino de los mayores, familiares enfermos, etc., que normalmente se ha asumido y esperado que sea realizado por las mujeres”.

*“Son muchas las circunstancias que concurren en el tema de la conciliación laboral y familiar, es una cuestión que trasciende lo puramente individual”
(Marisol Ucha)*

Ucha añade que “aunque son muchas las circunstancias que concurren en el tema de la conciliación laboral y familiar, es una cuestión que trasciende lo puramente individual siendo una tarea de toda la sociedad. Si esto no se resuelve correctamente, las mujeres decidirán tener pocos hijos o directamente no tenerlos, lo que nos llevará a una sociedad sin niños que estaría abocada a la extinción. Una sociedad sin hijos es una sociedad enferma”.

Respecto a que las mujeres están más relacionadas con las profesiones que implican cuidado, la gerente de la Fundación COEM no sabe bien “si es por una cuestión antropológica o sociológica de roles, o probablemente sea una combinación de ambas”. “Pero no hay que olvidar lo que el equilibrio entre hombres y mujeres ha aportado al mundo de la sanidad, profesiones todas que



Marisol Ucha.

implican compromiso, generosidad y amor a los demás, y éstas son cualidades humanas independientemente del género, pero siempre habría que garantizar y facilitar la posibilidad del desarrollo profesional de las mujeres para poder optar a puestos de responsabilidad porque con toda seguridad el mundo sería más justo y mejor”.

Y esa sanidad mayoritariamente femenina, ¿debería serlo aún más? Ucha entiende que “es verdad que muchas empresas discriminan a las mujeres por los supuestos inconvenientes de la maternidad y la crianza de los hijos, pero frente a esto hay grandes expertos en contratación laboral, que ordenan que a igual cualificación, contraten mujeres, que siempre dan más, refiriéndose a ese plus de amabilidad, emotividad y empatía”.

La jornada ha sido conducida por la periodista y escritora Marta Robles, que ha destacado la importancia de llevar a cabo “este camino juntos hacia la igualdad”. También han participado M^a Dolores Moreno, directora del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, que ha explicado la problemática de la sumisión química y vulnerabilidad a la que se ven sometidas algunas mujeres; Cristina Antolín, hermana y médico en el Congo y Camerún (Madre General de la Congregación



Primer Congreso de Mujeres en, por, para la Salud.

de Santo Domingo), que ha compartido con las asistentes su experiencia en África, marcada por la entrega y el trabajo en un país lleno de dificultades, y Teresa Perales, ganadora de 26 medallas en los juegos paralímpicos, que ha liderado un taller de empoderamiento femenino, en

el que se han dado las claves para alcanzar nuevas metas “sin miedo”.

El Congreso ha contado con la colaboración y el apoyo de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el Grupo Hospitalario HM, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Instituto

Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, la compañía de seguros para médicos y profesionales sanitarios A.M.A. y cuatro universidades: la Universidad Alfonso X el Sabio, la Universidad CEU-San Pablo, la Universidad Rey Juan Carlos y la Universidad Europea. •

A iniciativa del periódico ‘Redacción Médica’

Entregan los Premios Sanitarias para promover la igualdad en el sector

Sanitaria 2000, editorial del periódico digital *Redacción Médica*, ha organizado la primera edición de los Premios Sanitarias, convocados para promover la igualdad en la sanidad, poner en valor el liderazgo femenino y combatir los problemas que viene causando el sesgo de género. La gala ha contado con el patrocinio de la empresa Carbuos Médica.

Entre las premiadas, destaca el galardón en la categoría Trayectoria, concedido a la científica bioquímica e investigadora Margarita Salas. En la categoría Administración la ganadora ha sido Marina Álvarez, consejera de Salud de la Junta de Andalucía. Y en la de Colegio Profesional, se ha impuesto Mercedes Hurtado,

presidenta del Colegio de Médicos de Valencia.

Otras premiadas han sido Matilde Duque, jefa de Prensa de la Organización Nacional de Trasplantes, en la categoría de Comunicación; María Blasco, directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, en Dirección / Gestión; María Eulalia Juvé, directora del Grupo de Investigación Enfermera del Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona, en Enfermería; Carmen Peña, presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica, en Farmacia; Lourdes Fraguas, directora del Departamento Jurídico y Recursos Humanos de Farmaindustria, en Industria Farmacéutica; Margarita Alfonsel, secretaria general de la

Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, y Elena García Armada, ingeniera industrial y fundadora de Marsi Bionics, en Industria Tecnológica; Marta Parra y Ángela Muller, fundadoras de Arquitectura de Maternidades, en Ingeniería Hospitalaria; Mara Parellada, psiquiatra y coordinadora del Programa de Atención Médica Integral a Pacientes con Trastornos del Espectro Autista del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, en Medicina; María Victoria Chivite, secretaria general del PSN y portavoz en el Parlamento de Navarra, en Política; Pilar Barreto, catedrática de Psicología Clínica de la Universidad de Valencia y vicepresidenta de la Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa, en Psicología. •

En Baqueira Beret

Odontología multidisciplinar en la reunión de invierno de Sepes

La estación de esquí de Baqueira Beret, en el Pirineo catalán, ha acogido la reunión de invierno de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes), coordinada por Jaime Jiménez, en la que han participado unos 130 profesionales.

La odontología multidisciplinar ha sido el eje sobre el que ha girado el programa científico de esta reunión anual, caracterizada por conferencias cortas que presentan odontólogos de diversas áreas de la profesión, seguidas por amenos debates entre el público asistente y los propios ponentes.

*Jaime Jiménez
ha coordinado la
cita, en la que han
participado 130
profesionales*

Interesantes puntos de vista sobre tratamientos, técnicas, materiales, medios digitales, procedimientos en prótesis, estética, cirugía, ortodoncia y periodoncia han sido presentados en las tres jornadas de la reunión, por parte de varios expertos como Joao Carames, Ignazio Loi, Juan Zufía, Carlos López-Suárez, Antonio Meañes, Víctor Cambra, Marta Carreño, José Luis Sánchez, Carlos Manrique y Guillermo Cabanes.

La unión de tiempo de ocio para disfrutar del esquí por las mañanas y tiempo de ciencia en las sesiones de las tardes es una combinación que gusta a los asistentes a este curso y que, año tras año, atrae a más asistentes.

La próxima edición de 2019 será coordinada por Jon Gurrea y contará con la Asociación Española de Endodoncia (AEDE) como sociedad invitada. ●



Ignazio Loi, Guillermo Cabanes, Jaime Jiménez, Carlos Manrique, Nacho Rodríguez y Víctor Cambra.



Jaime Jiménez, Nacho Rodríguez, Juan Zufía y Joao Carames.



SEPES

PRIMAVERA

19 MAYO

MADRID

AUDITORIO MUTUA MADRILEÑA
(Entrada por c/ Eduardo Dato, 20)

PERIODONCIA



PROF. DR. GIOVANNI
ZUCHELLI

PROSTODONCIA



DR. CARLO
POGGIO



COORDINADORES



Prof. Dr.
Jaime A. Gil



Dra.
Ana Mellado

TARIFAS

Hasta el 4 de mayo incluido:

Socios SEPES: 60 €

SEPES Jr.*: 40 €

Técnicos de laboratorio
socios de SEPES: 60 €

Amigos SEPES**: 110 €

No socios: 150 €

Desde el 5 de mayo:

Socios SEPES: 80 €

SEPES Jr.*: 65 €

Técnicos de laboratorio
socios de SEPES: 80 €

Amigos SEPES**: 135 €

No socios: 200 €

INSCRÍBETE CON
TARIFA REDUCIDA
ANTES DEL
4 DE MAYO



SEPES

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

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

(**) Consulta entidades amigas en la web.

El TSJ del País Vasco enmienda la plana al Consejo Vasco de la Competencia Rebajan la pena impuesta al Colegio de Álava y a su presidenta por unas declaraciones sobre publicidad engañosa

El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco ha rebajado notablemente la sanción de 250.000 euros que el Consejo Vasco de la Competencia impuso al Colegio de Dentistas de Álava por unas declaraciones de su presidenta, Carmen Mozas, al periódico *El Correo*, en las que hablaba de la lucha de su colectivo contra la publicidad engañosa de algunas empresas dedicadas a la salud bucodental. Competencia condenaba asimismo a la odontóloga a pagar otra multa de 10.000 euros.

El alto tribunal vasco considera injustificada la sanción a la representante de los dentistas alaveses y la anula; y reduce a 9.000 euros la del Colegio al considerar que hay desmesura en la planteada por la parte demandada. Mozas concedió una entrevista a *El Correo* en la que hablaba de hábitos higiénicos, de las principales patologías de boca de los pacientes alaveses, de las caries infantiles y de los problemas de su profesión. “Sin citar ningún nombre, cuestionó algunas prácticas de cadenas de clínicas franquistas y franquicias”, explica ahora el citado medio.

Según detalla el citado periódico, una firma, Dentix, denunció a Mozas y al Colegio por entender que incumplía el acuerdo alcanzado en 2015, cuando Competencia advirtió a los dentistas alaveses por una campaña publicitaria que, a su juicio, sembraba dudas en la población sobre los servicios prestados por determinadas clínicas dentales. La demandante consideraba que el colegio reincidía y Competencia le dio la razón y sancionó tanto a la presidenta como al órgano colegiado por falta grave.

Impuso 10.000 euros de multa a

Mozas en base a sus ingresos y luego hizo un cálculo de ingreso medio por cada uno de los cerca de 250 colegiados y lo elevó en su conjunto a 50 millones de euros. Así, según el fallo, Competencia se llegó a plantear poner una sanción al Colegio de 10 millones de euros que finalmente dejó en 250.000 euros.

El Tribunal Superior, tras estudiar el artículo, contextualiza las declaraciones de Mozas y entiende que hay una “muy básica existencia de infracción”. De hecho, los jueces entienden que sus apreciaciones son “muy leves, esporádicas y de escasa trascendencia” dentro del artículo y “no revelan una deliberada campaña”. Y además, lanzan una advertencia a Competencia por su actitud ante los colegios profesionales.

El Colegio se llegó a plantear su disolución por no poder hacer frente a la cuantiosa multa y al final tuvo que pedir un crédito. Ahora se muestra “muy satisfecho” con la sentencia y recuerda que “seguirá trabajando por garantizar la profesionalidad de los dentistas alaveses y la defensa de la salud de sus pacientes”. •



Junta Directiva del Colegio de Álava, con su presidenta, Carmen Mozas (en el centro).

Realizó puentes y empastes a una paciente en Madrid Condenado por intrusismo un falso dentista que solo tenía EGB

Tras la acusación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM), el Juzgado de lo Penal nº 22 de Madrid ha condenado por un delito de intrusismo a una persona que, estando en posesión del título de EGB –como ha declarado el propio acusado–, trabajaba como dentista en una clínica de su propiedad, ubicada en el barrio de Moratalaz, en Madrid. En concreto, la sentencia tiene por probado que el condenado realizó a una paciente puentes y

empaste en la boca, sin estar en posesión del título de odontólogo y, por tanto, sin la titulación habilitante ni la colegiación obligatoria.

La pena determinada ha sido de seis meses de multa, habiéndose impuesto también al condenado la responsabilidad civil derivada del delito conforme a la cual debe indemnizar a la paciente denunciante con 2.500 €, cantidad que ésta había abonado por su tratamiento. El COEM había solicitado una pena de prisión de

dos años, al considerar que el acusado se presentaba en público como odontólogo (hecho ratificado en el acto del juicio por varios testigos) sin disponer de tal título, pero el juez ha determinado imponer la pena en su grado mínimo, en línea con lo solicitado por el Ministerio Fiscal.

Tras la detención realizada por la Policía y la incoación de las diligencias previas, el ahora condenado clausuró la clínica que, a día de hoy, permanece cerrada. •

Jornada técnica 'Protocolo de trabajo digital en el día a día: de escaneado a fresado'



Dr. Ferran Llansana



TPD Sr. Manuel Mínguez



Sábado 26 de Mayo
Salón de actos Hotel Iruña Park de Pamplona.
De 9 a 14 horas
Inscripción: escuelasanitaria.educacion.navarra.es/crn/

colaboran:



En la sede del COEM

Presentación del libro 'Dientes Retenidos II (caninos)'

En la sede del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región, el pasado 20 de febrero tuvo lugar la presentación del segundo volumen *Dientes Retenidos II (caninos)*, la obra dirigida por el Profesor José María Martínez González.

El acto, al que asistieron más de trescientas personas, fue presidido por el presidente del COEM, Antonio Montero, compartiendo mesa con Alberto Govantes, director Comercial de los Laboratorios Normon, patrocinador de la edición de este libro, y los autores de esta edición, José María Martínez-González, Cristina Barona Dorado, José María Buesa Báñez y Fernando Fernández Cáliz.

José María Martínez-González resaltó la importancia de este 2º volumen agradeciendo el esfuerzo y

trabajo no sólo de los autores, sino también del resto de colaboradores que figuran en la obra.

El acto, al que asistieron más de trescientas personas, fue presidido por el presidente Antonio Montero.

Martínez González manifestó su agradecimiento a los autores del volumen I (Natalia Martínez Rodríguez, Ricardo Ortega Aranegui y Luis Jesús Rubio Alonso) y tuvo un emotivo recuerdo para Manuel Donado Rodríguez y Ricardo Moncada Escorcía.



Portada del libro.

La presencia en el recuerdo del Profesor Manuel Donado Rodríguez, figura clave en la andadura de la cirugía bucal en España y primer presidente de Secib, no faltó como es habitual en todas las ocasiones en que José María Martínez tiene la oportunidad de mencionar a su maestro. ●



Acto de presentación del libro.



XVI CONGRESO SECIB

15 - 17 Noviembre 2018
Palma de Mallorca
Palacio de Congresos

 **SECIB**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

**Secretaría
Técnica**

Tel. 607 499 365

secibmallorca2018@emedeuve.com



CONTROVERSIAS EN CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA BUCAL

CIRUGÍA BUCAL

Reimplante intencional y autotransplantes:
Indicaciones y pronóstico. Francesc Abella (España)

Coronectomía y lesiones nerviosas en la
extracción de terceros molares
Tara Renton (Reino Unido)

Corticotomías en el tratamiento
ortodóntico de adultos
France Lambert (Bélgica)

Control del dolor en
cirugía e implantología
oral. Paul Coulthard
(Reino Unido)

REGENERACIÓN ÓSEA

La corrección de defectos
óseos con autólogo en
asociación con biomateriales
Matteo Chiapasco (Italia)

Aumento óseo y manejo de los
tejidos blandos en Implantología Oral
Fouad Khoury (Alemania)

Mesa Redonda: Regeneración ósea
Matteo Chiapasco y Fouad Khoury

IMPLANTOLOGÍA

Trefoil: Un concepto de tratamiento innovador para el
paciente edéntulo mandibular. Rubén Davó (España)

Complicaciones en prótesis sobre implantes
Ernest Mallat (España)

Implantes de función inmediata para la rehabilitación
completa con las técnicas AO4 / AO6.
Nuno Cintra (Portugal)

Aumentando los tejidos blandos alrededor
del implante. Sofia Aroca (Suiza)

Cirugía mucogingival en dientes de
implantes. Santiago Carreras (España)

Pérdida ósea periimplantaria:
Factores determinantes
Ángel Insua

Scanbody: Precisión
en los procesos de
digitalización
Esteban Xam-Mar
(España)

MEDICINA Y PATOLOGÍA ORAL

Diagnóstico y tratamiento de la
osteonecrosis asociada a fármacos y
radioterapia. Fábio de Abreu Alves (Brasil)

Enfermedad liquenoide oral
Javier Alberdi (España)

Enfermedades ampollares
de la cavidad oral
Yolanda Jiménez (España)

Tratamiento con láser
de la leucoplasia oral
Luís Monteiro
(Portugal)

SESIÓN CLÍNICA DE PATOLOGÍA ORAL

Moderadora ▾
Agurne Uribarri (España)

Ponentes ▾
Fábio de Abreu Alves (Brasil)
Javier Alberdi (España)
Francisco Cardona (España)
Yolanda Jiménez (España)

**Ponentes
Temario**



TALLER 1

Trefoil: Protocolos quirúrgico y
protésico
Rubén Davó (España)



ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.™

TALLER 2

Regeneración ósea: Descripción de la técnica paso a
paso, toma de decisiones y claves del éxito
Daniel Capitán (España)

Firma de un acuerdo de colaboración entre ambas sociedades Ortodoncia y Cirugía Oral y Maxilofacial promoverán el intercambio científico

Las sociedades españolas de Ortodoncia (SEDO) y de Cirugía Oral y Maxilofacial (Secom) han firmado un acuerdo de colaboración para favorecer el intercambio científico entre los miembros de ambas sociedades.

“Los tratamientos multidisciplinarios nos permiten solucionar mejor muchos de los retos que nos plantea la ortodoncia actualmente”, reflexiona Juan Carlos Pérez Varela, presidente de la SEDO, en declaraciones a ODONTÓLOGOS DE HOY, a propósito del acuerdo. “Los ortodoncistas y los cirujanos maxilofaciales estamos colaborando cada vez más en tratamientos combinados de cirugía ortognática y ortodoncia para resolver las discrepancias esqueléticas de pacientes adultos, y sabemos por experiencia que los resultados son mejores cuanto mayor colaboración entre los profesionales exista y mayor sea la integración de los conocimientos entre ambos”.

Este acuerdo marco está en consonancia con una de las principales razones de ser de la SEDO, que es actuar como motor del intercambio científico y de la modernización de la especialidad. La SEDO es consciente de la importancia que están cobrando los tratamientos multidisciplinarios para solucionar muchos de los retos que plantea la ortodoncia y ve importante la interacción con otras sociedades científicas, tanto para impulsar el progreso de la especialidad, como para seguir mejorando en el desempeño profesional.

Pérez Varela añade que “actuar como motor del intercambio científico y la modernización de la especialidad son dos de los objetivos fundacionales de la SEDO. Aunque en los últimos años la ortodoncia ha experimentado una enorme evolución y crecimiento, creemos que esa modernización pasa hoy en día por la mencionada colaboración con otras disciplinas odontológicas y por la integración de las nuevas tecnologías en la práctica clínica. En concreto la tecnología 3D. En estos momentos ya empleamos escáneres intraorales

y Cone Beam CT (CBCT), entre otras tecnologías, para un mejor diagnóstico y planificación del tratamiento. Personalmente creo que en breve los odontólogos y ortodoncistas podremos diseñar nuestras propias férulas y aparatos a través de tecnología 3D”.

“La interacción con otras sociedades científicas es fundamental para impulsar el progreso de la especialidad”

A su juicio, “nuestro reto es sacar el máximo partido a los avances tecnológicos en beneficio de nuestros pacientes, tanto en el diagnóstico, como para acortar los tiempos de tratamiento y mejorar los resultados”.

Entre los objetivos de este convenio, firmado por el presidente de la SEDO y el de la Secom, José Luis López-Cedrún, está el de facilitar que los miembros de la SEDO y SECOM puedan asistir a los congresos y eventos científicos de ambas sociedades en igualdad de condiciones. Es decir, la Secom se compromete a establecer tarifas de inscripción para miembros de la SEDO en iguales condiciones que las de sus miembros para los dos eventos principales del año, y viceversa.

Además, ambas sociedades promoverán entre sus miembros los eventos científicos de la otra sociedad a través de todos sus medios institucionales de información.

“La experiencia nos ha demostrado que los resultados de los tratamientos combinados de ortodoncia y cirugía ortognática son mejores si existe una buena integración de los conocimientos entre los profesionales implicados en el tratamiento y una estrecha colaboración entre ortodoncistas y cirujanos maxilofaciales. De ahí la importancia de que ambos especialis-



Firma del acuerdo.

tas tengan un mayor conocimiento de los avances en las dos disciplinas”.

En esa búsqueda de la excelencia, la SEDO pretende colaborar con las distintas sociedades científicas y colegios de odontólogos, con el objetivo de trabajar en conjunto para el desarrollo del sector y para contribuir a divulgar la importancia de la salud bucodental.

“La interacción con otras sociedades científicas es fundamental para impulsar el progreso de la especialidad”, sostiene Pérez Varela. “Esta colaboración la planteamos no únicamente con las asociaciones ortodóncicas internacionales, sino también con las de otras disciplinas y especialidades sanitarias, para resolver con éxito los problemas y preocupaciones de nuestros pacientes”.

En estos momentos, además de la Secom, la SEDO colabora con la AIO (Asociación Iberoamericana de Ortodoncia), SIDO (Sociedad Italiana de Ortodoncia), Spodf (Sociedad Portuguesa de Ortodoncia) y SEPA (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración), para el intercambio científico y el progreso de las respectivas especialidades. •

AVANCES EN CANCER ORAL ADVANCES IN ORAL CANCER

Bilbao (*Bizkaia Aretoa*)

País Vasco - Basque Country – España - Spain

VII Simposio Internacional / VII International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL



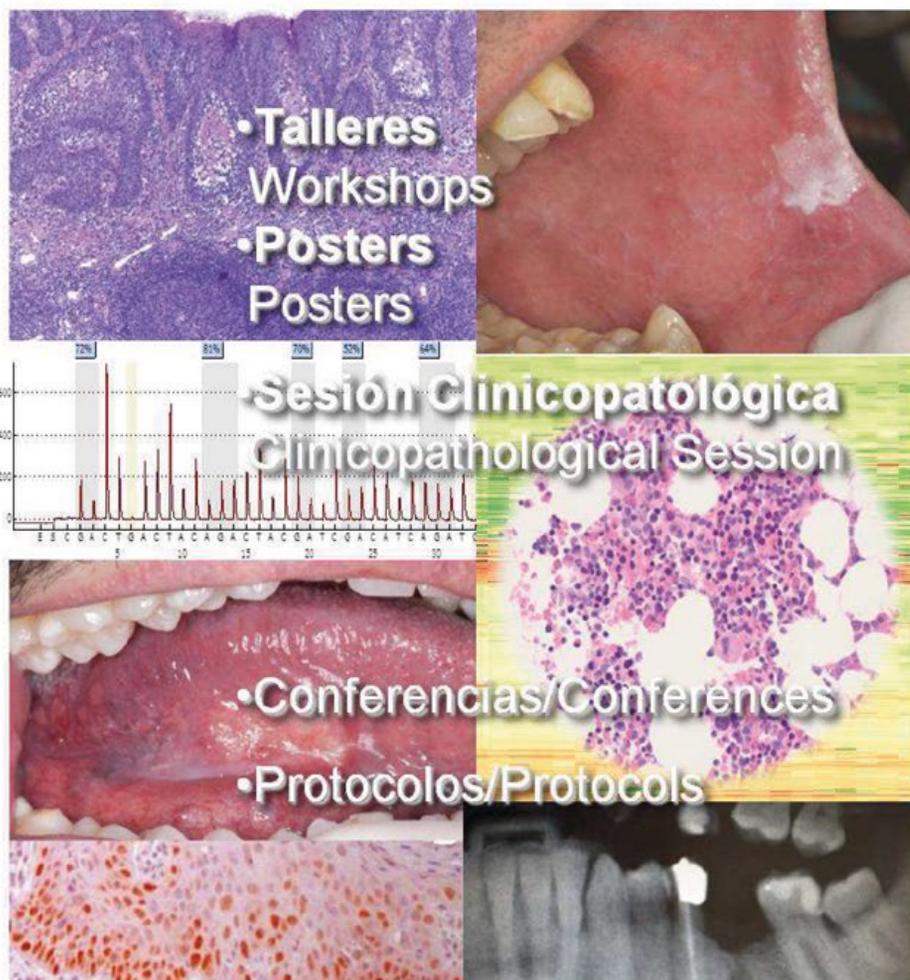
NAZIOARTEKO
BIKAINTASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

ADVANCES IN ORAL CANCER

Departamento de Estomatología II
Servicio Clínica Odontológica



SEMO AIPMB



SECIB

13-14 Septiembre, 2018 // September 13th-14th, 2018
Bizkaia Aretoa. UPV/EHU. Bilbao. España

Información/information: viioralcancersymp@gmail.com

viioralcancersymp@gmail.com

Exposiciones de primer nivel en el Palacio de Congresos de Madrid X Congreso de Actualización en Implantología (Ticare – Mozo Grau)



Con cerca de dos mil asistentes y un cartel de ponentes del más alto nivel nacional e internacional la empresa Mozo Grau, celebró su tradicional congreso, que ha logrado ponerse a la cabeza de las reuniones nacionales en torno a la puesta al día en implantología.

Durante el Congreso, que contó con exposiciones de primerísimo nivel en el auditorium principal así como diversos talleres, la empresa Mozo Grau aprovechó para presentar en la zona de exposición sus últimas novedades de su marca Ticare, que incluyen, entre otras, una nueva caja de cirugía. •



Ángel Mozo y Raúl Pascual.



Navarro Vila.



Vista general del congreso.



Alberto Manzano y David Cuadrado.



Luis A. Aguirre, Mariano Sanaz, Fernando Mozo, Antonio Bujaldon, Juan Manuel Vadillo y Alberto Monje.



El congreso contó con exposiciones de un altísimo nivel.



Conrado Aparicio, Ángel Mozo, Arturo Sánchez, Assumpta Carrasquer, Juan Blanco y Andrea Mombelli.

Asturias, por la prevención del cáncer

El Codes y la AECC firman acuerdo de colaboración

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (Codes) ha firmado un acuerdo de colaboración con la Asociación Asturiana contra el Cáncer (AECC).

Ambas entidades impulsarán conjuntamente el desarrollo de acciones basadas en la promoción de la salud, en ámbitos como la incidencia de la patología buco-dental, divulgación de buenos hábitos y medidas de prevención del cáncer. Además, Codes y AECC Asturias organizarán diferentes talleres, jornadas y charlas, relacionadas con el cáncer, que ofrezcan información y apoyo a los pacientes, familiares y también orientados profesionales sanitarios implicados. ●



Margarita Fuente, presidenta de la Asociación Asturiana contra el Cáncer, y Javier González Tuñón, presidente del Codes.

ENTREVISTA

ISABEL MAURA

presidenta de la XL Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría

"Estamos viviendo el mejor momento de la odontopediatría"



La reunión anual de la Sociedad Española de Odontopediatría ha supuesto un formidable reto personal y profesional para Isabel Maura (Palma de Mallorca, 1959), que ha empleado cuatro largos años en interiorizar, preparar y finalmente ejecutar una misión que considera muy seria y de alta responsabilidad. Tocada en su corazón, y seguramente en su amor propio, por los compañeros que le propusieron llevar el Congreso a Palma, Maura sabía que la ciudad es infalible en cuanto a atractivo, pero había que ofrecer mucho más para que la cita presentara una expectativa notable. El rumbo de los acontecimientos parecía indicar que su año iba a ser 2017, pero prefería 2018, porque el año pasado tuvo que liderar la renovación de medios físicos y humanos del área hospitalaria en la que trabaja y de la que dependen 60 personas. Un reto demasiado importante como para mezclarlo con otro.

Forma parte de la última generación de estomatólogos de España y, naturalmente, se sigue considerando médica. Estudió en la Universidad Autónoma de Barcelona y comenzó ligada al mundo editorial, incluso firmó un pequeño libro sobre patología bucal. Se fijó entonces en la ortodoncia y después le conquistó la odontopediatría, justo al revés de lo que sucede en la mayoría de vocaciones, que empiezan por la segunda para terminar con la primera. Y es que el ver a un niño aterrado acudir a la consulta dental, para después despedirle feliz, con una sonrisa en los labios, es el mejor argumento que permite marcar el norte de una misión. E Isabel Maura la tiene, desde siempre, muy clara.

REDACCIÓN

ODH: *Su actividad profesional la realiza en la Fundación Hospital de Nens, de Barcelona. Cuéntenos cómo es esta organización.*

IM: Esta organización nace, como Hospital de niños pobres de Barcelona alrededor del año 1890, fruto del esfuerzo de la compañía de las Hijas de la Caridad de San Vicente Paul, y con la finalidad de solucionar los problemas de nutrición de los lactantes. Debido a la gran desnutrición y mortalidad infantil que existía en ese momento, se crearon las llamadas "gotas de leche", instituciones benéficas donde se ofrecía

leche a niños pobres que no podían ser amamantados por sus madres. Fue el primer centro de estas características que se abrió en Cataluña y el segundo en toda España.

La Fundación Hospital de Nens de Barcelona se constituye a partir de los años 80, en un Hospital de carácter benéfico social sin ánimo de lucro. El centro colabora, de forma concertada, con la mayor parte de seguros sanitarios privados e invierte todos sus beneficios en Obra Social. Es uno de los centros pioneros en asistencia, docencia e investigación pediátrica, y cuenta en la actualidad con la prác-

tica totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas, urgencias 24 horas y uno de los mejores Servicios de Odontología Infantil de toda Europa.

Fundació Hospital de Nens de Barcelona comparte espacio, tiempo y recursos, tanto a lo que corresponde puramente a la actividad propia de un Hospital como a la Obra Social, a la que dedica los beneficios de su actividad. Su actuación se centra en aquellas áreas que no están cubiertas por la sanidad pública, destinando una gran parte de sus recursos a la atención de los problemas dentales de los niños sin recur-



tos, tanto los que provienen de sus propios centros de acogida, como aquellos que son derivados a través de otras entidades de carácter social públicas y privadas. Todos estos tratamientos se realizan en nuestro Área Dental.

ODH: *Es usted presidenta del comité organizador del Congreso de la Sociedad Española de Odontopediatría, que se celebra este año en Palma de Mallorca, ¿qué novedades ofrece esta reunión?*

IM: Introducir novedades es uno de los principales objetivos que nos planteamos a la hora de organizar este congreso. Queremos facilitar y estimular una participación más activa, enfocada en tres aspectos. Por un lado, en la dinámica de trabajo entre los profesionales, estimulando una mayor interrelación entre los ponentes y los asistentes al Congreso. En este sentido, hemos incorporado conferencias y casos clínicos interactivos y además, vamos a disponer de un espacio networking para facilitar un mayor y más directo intercambio de experiencias entre ponentes y congresistas, así como entre los mismos congresistas. Por otro lado, nos gustaría consolidar nuestra relación con otras especialidades, como es el caso de los pediatras, en beneficio de una mayor colaboración entre ambos para conseguir una mejor salud oral infantil. Y por último, aprovechar la ocasión para despertar una mayor conciencia-

ción de los problemas de salud oral entre los ciudadanos, con una Jornada de Puertas abiertas para los niños de las Isla.

"Nos gustaría consolidar nuestra relación con otras especialidades en beneficio de una mejor salud oral infantil"

También queremos estimular entre los asistentes al congreso una faceta más social de nuestra profesión, incorporando por primera vez una mesa de proyectos solidarios que ha sido muy bien acogida.

ODH: *Su trabajo se desarrolla fuera del ámbito de los de su generación, que optó generalmente por su propia consulta. ¿Qué ventajas de ve a esta forma de trabajo?*

IM: Para mí tiene una doble ventaja, por un lado, a nivel profesional, permite desarrollar tu trabajo con una mayor especialización, formando parte de un equipo multidisciplinar, a la vez que facilita la intercomunicación con otras especialidades médicas. Puedes ofrecer al mismo tiempo, una mayor y más rápida atención al paciente en un aspecto global de toda su patología, a la vez que se potencia el trabajo

en equipos multidisciplinares, con protocolos de actuación terapéutica. Otra ventaja es una mayor facilidad para realizar trabajos científicos y la posibilidad de mantener una relación con las universidades desde un contexto extrauniversitario. Por último, otro aspecto importante, es el que permite poder dar tratamiento a pacientes con necesidades especiales que, en ocasiones, requieren de un área quirúrgica para ser tratados e, incluso, de la intervención de varios especialistas de diferentes disciplinas.

La segunda ventaja es a nivel personal y familiar: no tienes que preocuparte de nada más que de tu trabajo.

ODH: *¿Qué valoración hace del presente de la odontopediatría?*

IM: Bajo mi punto de vista, me atrevería decir que es muy bueno, estamos viviendo el mejor momento de nuestra historia. Existen varias universidades que imparten cursos de formación de postgrado, y además se observa una demanda y interés creciente entre los recién graduados para cursar estos estudios y trabajar en esta especialidad.

Al mismo tiempo, después de mucho esfuerzo y trabajo, hemos conseguido también un merecido reconocimiento profesional, tanto en el entorno de los profesionales de la odontología como entre el público en general.

Este año contamos hasta el momento con más de 400 inscritos al Congreso, cifra que hace unos años era impensable conseguir, y seguro que seguiremos creciendo.

ODH: *¿Qué cualidades debe reunir el odontólogo que se dedica a la atención de niños?*

IM: Buena pregunta. Para mí hay dos cualidades muy importantes que debe reunir un odontopediatra: una extraordinaria empatía y gran habilidad manual.

Debe poseer una empatía muy especial para conectar con los niños, que tú no sabes por qué se produce, pero que ellos sí la perciben, acompañada de unas grandes



dosis de paciencia y mucho sentido del humor. Pero esta cualidad, la mayoría de veces innata, debe acompañarse de una extraordinaria habilidad manual, que por supuesto se puede adquirir, para realizar el trabajo de forma rápida, resolutiva y, especialmente indolora. De forma que el resultado sea una grata experiencia para que el niño no tenga miedo a repetir.

"La odontopediatría debería ocupar la misma posición como especialidad que en el resto de países de la Unión Europea"

ODH: *En el permanente debate sobre las especialidades, ¿qué posición debería ocupar la odontopediatría?*

IM: En mi opinión, la misma que ocupa como especialidad en el resto de los países de la Unión Europea, sin ninguna duda. Ya que somos miembros de pleno derecho de la UE, debemos tener el mismo reconocimiento que tiene nuestra especialidad en el resto de países de la

Unión, no entiendo que este tema pueda cuestionarse. Al igual que hicimos los cambios pertinentes en su momento para equiparar las titulaciones de Grado en Odontología, debemos ir adecuando nuestra formación para adquirir las competencias y requisitos necesarios para obtener el título de especialista de la misma manera que se hace en el resto de Europa.

ODH: *Usted tiene una dedicación preferente a pacientes especiales en este momento, y hace poco dábamos la noticia de la creación de tres cátedras en la universidad pública española en este área, en que solo existía una hasta ahora. ¿Cree que es una actividad suficientemente valorada y conocida en la profesión?*

IM: Afortunadamente, se están empezando a dar pasos en este sentido, el reconocimiento como disciplina desde la universidad ya es uno muy importante. ciertamente es una especialidad muy poco valorada y reconocida, y sin embargo, de un gran valor profesional y humano.

Se trata de una especialización que engloba un colectivo de pacientes muy amplio y complejo, que reúne patologías muy diversas, tanto en el contexto de la patología general como en el contexto

de las discapacidades psíquicas, mostrando una gran variabilidad entre ellas y también grandes diferencias en cuanto al grado de afectación, lo que requiere por parte del profesional un tratamiento y un abordaje especial.

Se podría decir que en la actualidad, y dadas las mejoras en la expectativa de vida, el colectivo de profesionales que se dedican a esta especialidad es pequeño para responder a la demanda y necesidades de los pacientes que requieren y precisan un tratamiento. Afortunadamente, por un lado, gracias al esfuerzo de algunos profesionales que han contribuido a la formación de postgrado en esta disciplina, así como de la gran labor que viene desarrollando la SEOEME en la difusión y conocimiento de los problemas de este colectivo, se ha conseguido algún avance.

ODH: *¿Y la salud oral infantil? ¿Es todo lo buena que debería ser, o todavía hay muchas cosas por mejorar?*

IM: En general, podríamos decir que ha mejorado bastante en los últimos 40 años, desde que inició su andadura la SEOP. Hemos conseguido una mayor concienciación e implicación en la salud oral infantil en las familias, en las escuelas, e incluso en la sanidad pública en cuanto a la prevención se refiere, pero no hemos llegado en ninguno de estos casos a los resultados que nos gustaría tener.

Actualmente, podríamos decir que en general se ha producido un descenso de la caries en la población infantil, pero en contrapartida ha aumentado la patología de una forma más severa en los colectivos mas vulnerables. Por un lado, debido al aumento de la pobreza infantil después de la crisis económica que, según los últimos estudios, se sitúa alrededor del 25% en nuestro entorno. Por otra parte, por la aparición de caries en edades más tempranas, antes de los 4 años de edad. En consecuencia, aún nos queda mucho por mejorar.

ODH: *¿Es la caries el peor enemigo de la boca del niño? ¿Cómo es posible combatirla?*

IM: La caries es la enfermedad crónica infantil más prevalente y, curiosamente, la única que con una correcta alimentación, higiene y controles adecuados a cada edad, se puede conseguir prevenir casi en su mayor parte.

Pero para conseguir resultados en este aspecto, debemos aunar esfuerzos y consensos más amplios, que no solo involucren a los odontopediatras, sino también a los colectivos de familias, las administraciones públicas y a otros especialistas, como los pediatras, para llevar a cabo un trabajo conjunto en el ámbito de la prevención. Por desgracia, aún no hemos logrado que ésta sea una prioridad y seguimos encontrando una mayor demanda de tratamiento que de prevención.

ODH: *Respecto a los materiales y técnicas que se usan en odontopediatría, ¿ha habido muchas novedades en los últimos tiempos? ¿Cuáles son las más significativas?*

IM: Hoy en día, en todos los campos de la odontología se han producidos grandes cambios: materiales cada vez más estéticos y duraderos, técnicas de tratamiento menos invasivas y tecnologías que nos permiten un diagnóstico más preciso. La digitalización de nuestras historias clínicas y pruebas diagnósticas facilita el trabajo de investigación y también ayuda al planteamiento y abordaje de los casos clínicos.

En cuanto a los materiales, la nueva generación de biomateriales nos ha permitido tratar la patología del diente con ápice inmaduro. Las nuevas coronas de zirconio nos permiten rehabilitar aquellas piezas dentales más destruidas de una forma mucho más estética. Además de la incorporación de nuevas técnicas de tratamiento pulpar con instrumental rotatorio, que facilita el tratamiento de conductos.

ODH: *¿Cuál es la relación con la especialidad de pediatría? ¿Y con la sociedad científica que representa a los pediatras?*

IM: En lo que a mi entorno próximo se refiere, es muy buena, pero yo trabajo en un medio hospitalario y hace mucho tiempo que colaboramos conjuntamente con los pediatras, y la respuesta por parte de este colectivo siempre ha sido muy buena. Pero, indudablemente, no ocurre igual fuera de mi ámbito de trabajo, es muy difícil que esta colaboración se produzca si no media una iniciativa por parte de ambos colectivos promovida indudablemente desde ambas sociedades, como ha ocurrido en otras especialidades odontológicas, como por ejemplo en el caso de la SEPA con la Sociedad de Cardiología y la de Diabetes. Este era otro de los objetivos que hemos querido incentivar en nuestro Congreso, aunque la relación entre ambas Sociedades ya existe y se está trabajando conjuntamente en muchos aspectos.

Pero, en mi opinión, creo que debemos poner aún más énfasis, nuestra lucha debe ir encaminada a conseguir una buena salud general en los niños, y ello lleva implícito una buena salud oral, y todo ello, pasa por crear alianzas más fuertes con otros colectivos también relacionados con la salud infantil, como es el de los pediatras, y este trabajo debe partir de un consenso muy fuerte entre ambas Sociedades.

ODH: *¿Cuáles son los puntos fuertes de la SEOP? ¿Algo que mejorar?*

IM: La SEOP es una sociedad pequeña dentro del ámbito de la Odontología, pero ha trabajado mucho para ganarse un puesto relevante entre la comunidad científica.

Fomenta una actividad científica intensa y cada vez de mayor calidad entre los estudiantes de postgrado, promueve campañas de divulgación a todos los niveles que abordan aspectos de relevante interés para la salud infantil y tiene una importante labor en la formación continuada entre

los profesionales, promoviendo y organizando cursos.

En mi opinión, en cuanto a la segunda cuestión, creo que debería dar más voz y participación en las decisiones de la junta directiva al colectivo de odontopediatras jóvenes. En esta sociedad hay una amplia mayoría de profesionales jóvenes con muchas ganas de trabajar para el colectivo, con una visión y una realidad laboral muy distinta a la nuestra y que puede aportar mucho en el futuro a nuestra especialidad.

ODH: *¿Qué le pide a la administración pública para la salud bucodental? ¿Y a las universidades?*

IM: Creo que la administración debería poner un mayor énfasis en materia educativa, promoviendo campañas de salud y prevención en la infancia, bajo las directrices y asesoramiento de profesionales con amplia experiencia en este campo. También le pediría que hiciera un esfuerzo para destinar más recursos para cubrir las necesidades del tratamiento odontológico de colectivos como el de los pacientes infantiles con necesidades especiales.

A las universidades les pediría un mayor consenso y rigor en cuanto a las competencias necesarias para obtener los títulos de Postgrado y Máster en nuestra especialidad, siguiendo las mismas directrices de formación que se están aplicando en las Universidades Europeas para obtener estas competencias.

ODH: *Ha desarrollado trabajos en colaboración con la Fundación Vicente Ferrer en la India y la Fundación Odontología Social Luis Seiquer en Melilla. ¿Cómo percibe la implicación de los odontólogos españoles en actividades sociales?*

IM: En mi opinión es buena, sobre todo entre los jóvenes, el problema es que no siempre conlleva un nivel de implicación a largo plazo. De entrada, y puntualmente, hay pocos profesionales que rechacen cualquier tipo de colaboración altruista en algún proyecto solida-



rio. El problema es durante cuánto tiempo están dispuestos a mantener esa colaboración.

Actualmente, entre muchos jóvenes se vive como una experiencia más que forma parte de un aprendizaje o una aventura, pero no se trata de eso. Un proyecto solidario, para que realmente sea beneficioso, debe tener una consolidación y duración en el tiempo, hay que ir para aportar algo que luego perdure, en el lugar que implementas tu actividad, de lo contrario no sirve para nada. Tampoco es necesario salir de tu entorno para realizar una labor social, en todas las ciudades hay proyectos de odontología solidaria promovidos por colectivos, por entidades sin ánimo de lucro, colegios odontológicos y ONG donde es posible colaborar. Puedes encontrar, sin necesidad de moverte de tu entorno, el proyecto que se ajuste a tu medida.

En algunos de los estudios de postgrado que se imparten actualmente se incluye este tipo de colaboración como una parte más de sus competencias curriculares, y creo que es un buen camino para

que en un futuro los profesionales dediquen un poco de su tiempo a realizar este tipo de labor social.

ODH: *Y, por último, díganos una recomendación para los jóvenes que se incorporan a la profesión.*

IM: Me encantan los jóvenes y me siento muy cercana a ellos y a sus inquietudes, pero en el futuro les esperan grandes retos en esta nuestra profesión. La incesante y constante innovación tecnológica que se incorpora a nuestra actividad, junto a los innumerables avances en genética humana y en la investigación biomédica que están por llegar, harán que estos jóvenes estén en una permanente y constante puesta al día. Al mismo tiempo que deberán defender la excelencia en su trabajo en unas condiciones laborales dignas y a la altura de su profesión.

Es evidente, que cada día en nuestro medio, hay más jóvenes profesionales de esta especialidad, pero realmente, ¿está revirtiendo eso en un mayor grado de salud oral entre nuestra población infan-

til, o quizás deberán reflexionar un poco acerca de cuáles deben ser sus objetivos como odontopediatras? ¿qué es más importante, tratar o prevenir?, en cualquier caso deberemos combinar ambos si queremos obtener mejores resultados de salud oral infantil en un futuro.

"A nuestros jóvenes les esperan grandes y difíciles retos, deberán salir de su espacio de comodidad y luchar para conseguir sus objetivos"

A nuestros jóvenes, que tiene una magnífica formación les esperan grandes y difíciles retos, deberán salir de su espacio de comodidad y luchar mucho para conseguir sus objetivos. El futuro empieza hoy, tienen que empezar a trabajar ahora para conseguir que el futuro sea como ellos esperan que sea. •

17-19 de Mayo 2018
Palacio de Congresos
Palma, Illes Balears



XL REUNIÓN ANUAL DE LA SEOP VIII REUNIÓN DE LA SPOP III REUNIÓN IBÉRICA DE ODONTOPEDIATRÍA

PONENTES

Tábata Álvarez	Vicente Lozano
Roberto Cabassa	Carles Martí Pagès
Jorge Luis Castillo	Javier Massaguer
Lara Concellón	Montserrat Mercadé
Monty Duggal	Iciar Miranda
Luis Gallegos	Sebastián Ortolani
Cristina García	Camila Palma
María García-Onieva	Miguel Pavão
Cristina Girbau	Paloma Pérez Prieto
Yndira González	Paloma Planells
Alfons Jaume Campomar	Pere Riutord
Juan José Lázaro	Manuel Román
Ana María Leyda	Raquel Torrents
Jacobo Limeres	Silvia Yuste
Josefina Llagostera	

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta	Isabel Maura Solivellas	Vocales ▼
Vicepresidenta	Fran Guinot Jimeno	Irene Coll Campayo
Secretaria	Ruth Mayné Ación	Lara Concellón Fochesato
Tesorera	Cristina Díaz Martínez	Sira Herrera Martínez
		Carla Munné Miralves
		Neus Pizà Moragues
		Carlota Rey-Joly Maura
		María Zanón Serer

COMITÉ CIENTÍFICO CONGRESO

Presidente	Abel Cahuana Cárdenas	Vocales ▼
Vicepresidente	Joan-Ramon Boj Quesada	Berta Blázquez Rodríguez-Malo
		Lluís Brunet Llobet
		Elvira Ferrés Amat
		Teresa Florit Pons
		Neus Galofré Kessler
		Nidia Gómez Serrano
		Yndira González Chopite

COMITÉ CIENTÍFICO SPOP

Presidente	Luis Pedro Ferreira	Vocales ▼
		Ana Luísa Costa
		Ana Paula Macedo
		Paula Faria Marques
		Teresa Vale

SECRETARÍA TÉCNICA



MDV Organización de Eventos y Congresos · Marta Ventura
seopmallorca2018@odontologiapediatrica.com
www.odontologiapediatrica.com



ERNESTO SALDAÑA APORTELA

Cirujano Dentista. Director de Responsabilidad Social en Universidad Anáhuac Mayab.

"Es una prioridad para la UAM formar líderes de acción positiva con una formación basada en los valores"



Hablamos con Ernesto Saldaña Aportela, Cirujano Dentista graduado en la Universidad Anahuac Mayab de México y actual Director de Responsabilidad Social de la Universidad. Aprovechamos su visita a España, y nos recibe en la sede de la Fundación Odontología Social Luis Seiquer en la ciudad de Sevilla, después de haber pasado unos días en el centro de odontología social que la fundación que preside Antonio Castaño tiene ubicado en el CETI de Melilla.

El Doctor Ernesto Saldaña a pesar de su juventud es un referente internacional en salud pública dental y programas de desarrollo.

REDACCIÓN

ODH: *Dr. Saldaña, ¿en qué consiste su actividad académica?*

ESA: Actualmente trabajo en la Universidad Anáhuac Mayab (UAM) de Mérida, Yucatán (México). Teniendo en cuenta que la Universidad tiene como prioridad la cooperación al desarrollo y la disminución de las desigualdades sociales, el Rector me ha encomendado la Dirección de Responsabilidad Social de la UAM. También soy docente en licenciatura y maestrías de la Facultad de Odontología.

ODH: *¿Qué acciones tienen en marcha en el marco de la odontología social?*

ESA: En el año 2012 fundé el programa de "Salud en Movimiento", el cual tiene por objetivo llevar cooperantes del área de la salud

(Odontología, Medicina, Nutrición y Psicología) a comunidades marginadas del estado de Yucatán, México, y también de Centroamérica. Con dicho programa hemos tenido la oportunidad de trabajar en Haití en el año 2013, en Belice en 2015 y 2016 y también en El Salvador en 2017.

En el marco de la internacionalización de la UAM, desarrollamos desde el año 2012 un proyecto de odontología social en alianza con instituciones españolas (Universidad de Sevilla y Fundación Odontología Social Luis Séiquer). Se da la circunstancia de que el Prof. Castaño es un referente en esta materia en México. Junto a su equipo de trabajo hemos implementado un programa de odontología social en Yucatán donde se han atendido más de diez mil personas, todas ellas en situación de vulnerabilidad.

ODH: *¿Con qué criterios seleccionan a los beneficiarios de sus programas sociales?*

ESA: Antes que nada, la UAM cuenta con una clínica de especialidades odontológicas en donde se puede atender a cualquier persona a costos muy bajos, teniendo especialidades en endodoncia, rehabilitación, ortodoncia y odontopediatría.

Las brigadas llegan a comunidades que estén dentro del Estado de Yucatán, teniendo como prioridad los municipios más grandes. Hemos estado en más de 30 comunidades del estado llevando servicios de alta calidad. Para hacer viables las brigadas internacionales, tenemos establecidos convenios con distintas organizaciones gubernamentales de cada país, así como grupos religiosos que nos apoyan en la realización de las jornadas.



Antonio Castaño, Ernesto Saldaña y Marta Bascón.

ODH: *¿Qué aportan los brigadistas a estos proyectos?*

ESA: En mi país, México, es un honor el ser brigadista de la salud, ya que es para nosotros una oportunidad de apoyar a las comunidades más necesitadas y poner un granito de arena en nuestra sociedad. Es muy bonito que por medio de nuestras profesiones podamos dar un servicio de calidad a personas que lo necesitan y que no tienen acceso a este tipo de servicios.

"Es muy bonito que por medio de nuestras profesiones podamos dar un servicio de calidad a personas que lo necesitan"

ODH: *¿Qué reciben los brigadistas por su participación en estas actividades solidarias?*

ESA: En este tipo de actividades los que salimos más beneficiados somos nosotros los brigadistas, ya que siempre que participamos en una brigada estamos abonando

a nuestra formación integral. Es una prioridad para la UAM el formar líderes de acción positiva con una formación basada en los valores.

ODH: *En concreto ¿recomienda usted la participación en los proyectos por parte de los cooperantes españoles?*

ESA: Desde 2012 tenemos la visita de cooperantes españoles en México, específicamente en Yucatán en las comunidades mayas, en donde por medio de la Fundación Odontología Social ha enviado un gran número de cooperantes que realizan labor social odontológica, atendiendo a muchas personas.

Cada brigadista realiza como promedio 31 cirugías, 54 obturaciones, 61 raspados y alisados radiculares, entre otros muchos tratamientos. Si bien los valores son la base del programa, la capacitación profesional de cada brigadista es sumamente importante.

Quiero manifestar que hemos aplicado las estrategias docentes-solidarias que mi admirado Prof. Castaño ha llevado a cabo desde 2005 en República Dominicana. Tuve la suerte de colaborar con él durante los años 2010 y 2011 y pude comprobar cómo con una logística

impecable se pueden atender a miles de pacientes con las máximas exigencias éticas y con niveles de excelencia terapéutica.

ODH: *¿Qué nuevos proyectos van a desarrollar?*

ESA: Hemos sido invitados por la Fundación Odontología Social Luis Séiquer (FOS) para participar en los proyectos internacionales que desarrollan. De esta manera se consolida nuestra alianza que data del año 2012. Durante el mes de abril he trabajado en la Clínica Dental Solidaria FOS- Sevilla y en la Clínica Dental Solidaria para refugiados que la FOS coordina en Melilla.

También nos incorporamos a los proyectos de Odontología Social en Tanzania (Hospital de la Misión Católica de Mang'ola) y Camerún (Hospital Saint Vicent de Paul-Diócesis de Bafoussam, Dschag).

Por último, me gustaría agradecer a mi Director de carrera, el Dr. Rolando Peniche Marcín, quien ha sido fundamental en mi desarrollo profesional, siendo el un gran referente de la odontología tanto en mi país como a nivel internacional y dando siempre un gran testimonio ético y profesional en el ejercicio de la odontología. •

FRANCISCO IGEA

Portavoz de Sanidad de Ciudadanos en el Congreso

"La publicidad engañosa es simplemente inaceptable"



A juzgar por las últimas encuestas y la tendencia de la opinión pública, Ciudadanos está transitando desde la frescura de los nuevos partidos políticos con dificultades para acercarse a ámbitos de poder a una alternativa clara y real de gobierno. Quizá sea un ejercicio de ciencia-ficción hacer un pronóstico político con la mitad de la legislatura todavía por delante, pero lo cierto es que ya no es descabellado pensar que la formación naranja pueda ser decisiva en el gobierno futuro del país. Así las cosas, las opiniones de su portavoz de Sanidad en el Congreso, Francisco Igea (Valladolid, 1964), cobran ahora más relevancia que nunca antes. Licenciado en Medicina y Cirugía y especialista en Aparato Digestivo, ha sido jefe de sección del Hospital Río Carrión, de Palencia, hasta su paso a la política activa. Igea es directo en sus consideraciones sobre la sanidad, los profesionales y la odontología. No tiene reparo en reconocerlo si no tiene un criterio definido, pero cuando lo tiene, es categórico.

REDACCIÓN

ODH: Desde su condición de médico, háganos una valoración de la evolución del Sistema Nacional de Salud en los últimos años.

FRANCISCO IGEA: El Sistema Nacional de Salud (SNS) es una herramienta imprescindible en el modelo de estado de bienestar. Sin embargo, durante estos últimos años, ha sufrido un importante deterioro. Los niveles de calidad, de equidad y de justicia en el trato a sus profesionales han sufrido un evidente deterioro. Es imprescindible que el ministerio retome el liderazgo en el control y supervisión del SNS. No se trata de recentralizar nada, pero sí de retomar competencias abandonadas por el Gobierno.

"El intrusismo es más bien un caso de explotación laboral absolutamente desordenado"

ODH: ¿Veremos algún día un Consejo Interterritorial ejecutivo o es un objetivo inalcanzable?

FI: Es imprescindible, no puede demorarse más. Es una absoluta irresponsabilidad por parte de todos los autores, que están convirtiendo el SNS en una herramienta de subasta electoral e incum-

pliendo gravemente lo previsto en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Cohesión respecto al acceso de todos los españoles en condiciones de igualdad efectiva.

ODH: ¿Cree que es necesario reconsiderar el alcance del Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, si con ello se estuviera más cerca de un pacto de Estado por la sanidad?

FI: Creemos que, al menos, debe reformularse en varios aspectos. Debemos evitar los problemas de adherencia (anteriores al 2012) y resolver de forma definitiva el concepto de universalidad sin



egoísmos e injusticias, pero también sin demagogias.

"Deberíamos incidir más en la regulación de la calidad de los servicios que en la restricción en las facultades"

ODH: *Faltan médicos y sobran dentistas. ¿Esto es así de claro o hay matices?*

FI: Las profesiones sanitarias, como el resto de las profesiones, ya no están sometidas únicamente a los requerimientos nacionales. Nuestros profesionales juegan en toda Europa y probablemente este hecho se subestimó cuando se planificó la salida de estudiantes. El maltrato continuado ha provocado la emigración tanto al exterior como a la medicina privada. En el campo de la odontología, es evidente que hay una plétora en

el momento actual, pero deberíamos incidir más en la regulación de la calidad de los servicios que en la restricción en las facultades.

ODH: *Hepatitis C, talidomida... ¿Comparte el hecho de que el Estado esté siempre a la altura de las reivindicaciones de los colectivos de enfermos y/o damnificados? ¿No se está poniendo el listón muy alto y que no va a ser posible cumplir con todo colectivo y toda reclamación?*

FI: El Estado español debe asumir sus responsabilidades en el caso de la talidomida. Su actuación como Estado fue francamente negligente y eso incrementó el daño de manera innecesaria. Es una cuestión de solvencia moral. En lo que respecta al virus C, es evidente que un Estado moderno debe asumir el tratamiento de esta patología, sin embargo no creemos que la gestión de esta crisis haya sido un ejemplo de eficiencia. Hemos sido muy críticos con la manera de gestionarlo, y los datos desgraciadamente nos dan la razón. Debemos aprender mucho de los errores de esta crisis.

ODH: *¿Entiende fundamental un plan renove para la tecnología sanitaria? ¿Están los aparatos tan obsoletos como vienen avisando las empresas?*

FI: Hay una gran inequidad también en este aspecto. Es preciso tener prevista la renovación del material y, en épocas de crisis, lo primero que sufre es la inversión en equipamiento. En campos como la radioterapia, por ejemplo, hay zonas casi catastróficas. Otros equipamientos sin embargo están sobredimensionados por la atomización provocada por la existencia de 17 sistemas que prácticamente no están interconectados. Deberíamos plantear con más frecuencia las posibilidades de acuerdo entre autonomías para hacer un aprovechamiento más racional de algunos recursos.

ODH: *¿Cómo observa Ciudadanos el paulatino proceso de asociacionismo en el colectivo de pacientes? ¿Cree que le falta profesionalización?*

FI: Lo miramos con muy buenos ojos porque son el mejor evaluador externo del sistema. Probable-

mente, hace falta profesionalización, pero lo que es seguro es que necesita verse libre de cualquier sospecha de conflictos de interés.

ODH: *¿Qué espera del trabajo del grupo de expertos para la elaboración de un baremo de daños específico para el sector sanitario?*

FI: Esperamos que se logre la eliminación de la progresiva judicialización de la práctica médica y que se cuente con las asociaciones de pacientes. No podemos establecer un baremo como este sin un consenso. Únicamente añadiría más desconfianza y más tensión, y el sistema está sobrado de ambas.

ODH: *¿Le preocupa a Ciudadanos la publicidad engañosa que tanto irrita a los dentistas?*

FI: De hecho, la pasada legislatura promovimos una proposición no de ley a este respecto, y ésta tenemos registrada una segunda que en breve irá a la comisión. La situación es simplemente escandalosa no sólo por la publicidad, también por el blanqueamiento de dinero, falsos autónomos, financiación irregular...

ODH: *¿Es el intrusismo un mal específico del sector dental o es extensible a todo el ámbito sanitario?*

FI: No creo que se trate de intrusismo, es más bien un caso de explotación laboral y comercial absolutamente desordenado. El sistema necesita controles de calidad efectivos y transparentes.

ODH: *¿La asistencia dental que cubren los servicios públicos de salud es la óptima o se puede ampliar?*

FI: Es evidente que sería ideal aumentarla, sobre todo a los colectivos más desfavorecidos, pero cada prestación del SNS debe ser correctamente valorada y presupuestada. No podemos incrementar prestaciones sin incrementar presupuestos.

ODH: *La creación de especialidades en Odontología es una cuestión que preocupa al colectivo. ¿Cuál es la postura de Ciudadanos al respecto?*

FI: No tenemos una posición definida a este respecto. Nuestra postura en éste, como en todos los casos de regulación profesional, consiste en escuchar al sector e intentar conciliar los intereses legítimos de los profesionales con la mejor asistencia posible. Homogeneizar nuestra formación y nuestras titulaciones al conjunto de Europa es también prioritario. Apostamos por dotar a nuestros profesionales de la capacidad de moverse libremente por el territorio de la Unión Europea.

ODH: *En la sanidad pública están definidas y delimitadas las funciones del personal y no es posible ver a un administrativo explicando los procedimientos clínicos a los pacientes, cosa que sí es habitual en la privada. ¿Qué opina de esta situación su grupo político?*

FI: Esta práctica es simplemente inaceptable si no cuenta con la supervisión inmediata y directa de un profesional sanitario. El consentimiento informado no puede ser ni explicado ni asumido por otro tipo de profesional que el que va a hacerse responsable del mismo.

ODH: *¿Es necesaria una intervención desde el Estado para reducir el número de plazas de estudiantes de Odontología?*

FI: No creemos en la intervención estatal, en el concepto antiguo de la palabra. Sin embargo, nuestra propuesta universitaria sí incluye claramente propuestas de financiación selectiva, según la salida de los egresados. Es decir, no tiene sentido la financiación pública de universidades que forman licenciados que no pueden ejercer su función. Ésta es, en nuestra opinión, la mejor



manera de controlar los flujos de formación de profesionales. En cuanto a la universidad privada, es imprescindible ejercer el control de calidad que asegure la correcta formación. A partir de ahí, la iniciativa privada es muy libre de emprender sus aventuras a su propio riesgo.

"España tiene un excelente nivel de calidad en la Odontología, que se está viendo empañado por algunos casos que deberían cortarse de raíz"

ODH: *¿Qué opinión tiene del nivel de la Odontología?*

FI: Creo que España tiene un excelente nivel de calidad en la odontología, que se está viendo empañado por algunos casos que deberían cortarse de raíz. Las manzanas podridas no pueden estropear el cesto. ●

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL**
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIK'S**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

Caso clínico Granuloma Periférico de Células Gigantes en la premaxila

AUTORES

RUIZ DE CARLOS C.

Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología.
Hospital Virgen de La Paloma. Madrid

ANDRÉS VEIGA M., FERNÁNDEZ-CÁLIZ F. Y MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MJS.

Profesores del Máster de Cirugía Bucal e Implantología.
Hospital Virgen de La Paloma. Madrid

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ JM.

Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM.

RESUMEN

El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es una lesión exofítica poco frecuente de la cavidad oral, también denominada épulis de células gigantes, osteoclastoma, granuloma reparativo de células gigantes o hiperplasia de células gigantes. Se sitúa en la zona gingival y en el hueso alveolar, y es de carácter benigno y de etiología no bien definida.

Se presenta un caso clínico en un paciente varón de 67 años de edad, que presenta una tumoración de base pediculada, localizada en premaxila de 2,5x2 cm, de consistencia blanda, que cubría en su tercio coronal a los dientes 22, 21 y 11, presentaba coloración ligeramente congestiva en su parte superior y algo desplazable.

El tratamiento que se llevó a cabo fue la extirpación completa de la lesión, siendo remitida la pieza para su estudio histopatológico, tras el cual se obtuvo el diagnóstico definitivo de granuloma periférico de células gigantes.

PALABRAS CLAVE

Granuloma periférico de células gigantes; Épulis de células gigantes; Tejidos blandos.



Figura 1. Tumoración en la premaxila que provoca desplazamiento labial.

ABSTRACT

Giant cell peripheral granuloma (GCPG) is a rare exophytic lesion of the oral cavity, also called giant cell epulis, osteoclastoma, giant cell reparative granuloma or giant cell hyperplasia. It is located in the gingival area and in the alveolar bone, and is benign and of not well defined etiology.

A clinical case is presented in a 67 year old male patient, who presents a pedunculated base tumor, located in premaxilla, it is 2.5x2 cm size and have soft consistency, which covered in his third coronal teeth 22, 21 and 11, it presented slightly congestive coloration in its upper part and something displaceable.

The treatment that was carried out was the complete extirpation of the lesion, the piece being remitted for histopathological study, after which the definitive diagnosis of peripheral giant cell granuloma was obtained.

KEY WORDS

Peripheral giant cell granuloma; Giant cell epulis; Soft tissue.



Figura 2. Tumoración de base pediculada que cubre en su tercio coronal a los dientes 22, 21 y 11.

INTRODUCCIÓN

El Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG), es una tumoración benigna, de carácter inflamatorio crónico que asienta a nivel gingival, pudiendo presentar implicación de los tejidos óseo y periodontal. Se trata de una lesión de partes blandas que rara vez afecta al hueso subyacente, aunque puede llegar a erosionarlo¹⁻².

También ha sido denominado tumor periférico de células gigantes, épolis de células gigantes, osteoclastoma, granuloma reparativo de células gigantes e hiperplasia de células gigantes de la mucosa bucal³.

El GPCG rara vez afecta a la cavidad oral, sin embargo se trata de la lesión de células gigantes que con más frecuencia aparece en los maxilares. Se origina a partir del tejido conjuntivo del periostio o de la membrana periodontal, como respuesta a una irritación local o un traumatismo crónico. Puede aparecer a cualquier edad, con una mayor incidencia entre la quinta y sexta décadas de la vida, con una ligera predilección por el sexo femenino. Tiene mayor preferencia por la mandíbula que por el maxilar y generalmente está localizada en la zona anterior⁴⁻⁶.

Clínicamente se presenta como un nódulo firme, suave y brillante o como una masa que puede ser sésil o pediculada, pudiendo variar de color, de un rojo oscuro a púrpura o azul; su superficie en ocasiones puede estar ulcerada. El tamaño de estas lesiones varía desde una pequeña pápula a un agrandamiento masivo aunque generalmente son lesiones menores de 2 cm de diámetro, localizadas en la papila interdientaria, en el reborde alveolar edéntulo o en la encía marginal⁷.

Se trata de una lesión con crecimiento progresivo, en la mayoría de los casos inducido por un traumatismo de repetición, como la oclusión, en cuyo caso puede llegar a ulcerarse. Es generalmente asintomático, aunque en casos de ulceración superficial de la lesión el paciente puede remitir dolor⁷⁻⁸.

El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica de la lesión, con un amplio legrado de su base para evitar la aparición de recidivas⁹.

El objetivo de la presente publicación es la descripción de un caso de GPCG de 2,5x2 cm de diá-



Figura 3. Exéresis de la tumoración.



Figura 4. Reposición del colgajo mediante sutura.

metro localizado en la premaxila, y la revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 67 años es remitido al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid, por presentar una tumoración indolora que provoca desplazamiento labial. (Figura 1)

Como antecedentes médicos el paciente padece Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión e Hipercolesterolemia, para lo que se encontraba en tratamiento con Metformina 850 mg 1c/12h, Enalapril 20mg 1c/día y Atorvastatina 20mg/1c/día. No declaró tener alergias y se trató de un paciente exfumador desde hace 1 año de 2 paquetes diarios.

A la exploración intraoral se observó una tumoración de base pediculada, localizada en premaxila de 2,5x2 cm, de consistencia blanda, que cubría en su tercio coronal a los dientes 22, 21 y 11, presentaba coloración ligeramente congestiva en su parte superior y algo desplazable. El resto de la exploración de la cavidad oral se consideró normal. (Figura 2)

Se informó al paciente sobre el posible diagnóstico de tumoración benigna, solicitando su consentimiento informado para su extirpación y estudio histopatológico. Tras su aprobación, se procedió a la anestesia de la región con una técnica local infiltrativa supraperióstica y perilesional y posterior escisión de la lesión mediante bisturí frío.

Se realizó un colgajo de Newman con despegamiento mucoperióstico de la región de la premaxila y la extirpación total de la lesión tumoral. (Figura 3)

Posteriormente se procedió a la reposición del colgajo mucoperióstico y sutura. (Figura 4)

Se prescribió como pautas postoperatorias Amoxicilina 750 mg v.o./8h así como Diclofenaco sódico 50 mg v.o./8h.



Figura 5. Aspecto tras 15 días de la cirugía.

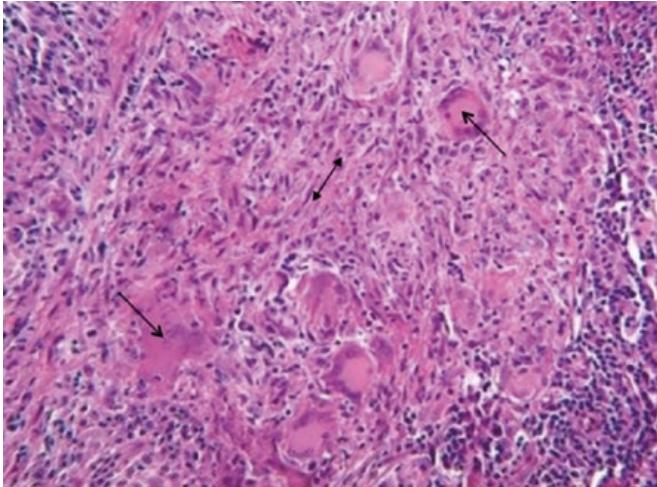


Figura 6. Detalle histológico de la pieza a 40 aumentos, donde se puede observar la presencia de células gigantes con numerosos núcleos y un citoplasma amplio (flechas simples), así como un estroma fibroblástico (flecha doble).

Tras 7 días de la intervención y un postoperatorio sin complicaciones se procedió a la retirada de la sutura. (Figura 5)

El informe histopatológico informó sobre la presencia de células gigantes con numerosos núcleos y un citoplasma amplio. Estas células, no eran de tipo osteoclasto por lo que el diagnóstico histológico fue de granuloma periférico de células gigantes. (Figura 6)

DISCUSIÓN

El GPCG no es una verdadera neoplasia sino una lesión reactiva hiperplásica benigna que supone del 5,1% al 43,6% de las lesiones exofíticas de origen reactivo. Se origina a partir del periostio o de la membrana periodontal tras una irritación o un traumatismo crónico que actúa localmente ⁹.

Aunque la etiología del GPCG es discutida, muchos autores coinciden en que su origen está en una respuesta proliferativa anormal ante una agresión ³⁻⁴. Diversos factores locales se han asociado con este tipo de patología, entre ellos, las exodoncias complicadas, los traumatismos, la presencia de prótesis mal ajustadas, las restauraciones dentarias desbordantes o rugosas, la impactación de alimentos por malposición dentaria y la presencia de placa bacteriana y cálculo, de la misma manera, se han descrito factores sistémicos que

predisponen al aparición de GPCG como en el caso del hiperparatiroidismo ^{1,10}.

En nuestro caso, el paciente presentaba coronas metal-cerámica mal ajustadas en los dientes 22 y 11, así como una higiene bucal deficiente.

La mayoría de los autores consultados coinciden en que se presenta con más frecuencia en mujeres que en hombres; sin embargo, Chaparro-Avedaño y cols ³, observaron una pequeña predilección por el sexo masculino, lo que coincide con el caso descrito anteriormente, en el que el paciente es varón.

Tiene una prevalencia ligeramente mayor en el grupo de edad comprendida entre los 30 y 70 años ¹¹, como en el caso presentado, aunque hay autores que sitúan su máxima incidencia por debajo de los 30 años de edad ⁹. Se han descrito casos de GPCG en niños, donde se trata de lesiones más agresivas, con reabsorción de la cresta alveolar interproximal, desplazamiento de los dientes adyacentes y múltiples recidivas ^{4,6}, como ocurre en los casos descritos por Volpato y cols ⁵, y Nekouei y cols ⁶, que describen casos de GPCG en pacientes de 4 años de edad, o el descrito por Abu Gharbyah y cols ¹², en el que la paciente tenía 23 años.

En cuanto a la localización, la literatura consultada coincide en que es más común encontrarlos en la mandíbula que en el maxilar, variando la proporción de 2,4:1 a 1,6:1 según los distintos autores, y dentro de la mandíbula, la ubicación más común es la región premolar y molar, aunque hay autores que sugieren que es más frecuente encontrarlos en la zona incisiva-canina ^{3,9,13}. En nuestro caso, el paciente presentaba la lesión en la zona anterior del maxilar.

Las lesiones pueden estar relacionadas con los dientes, en zonas edéntulas o junto a implantes dentales. En el estudio realizado por Lester y cols ¹, en 242 pacientes, 203 estaban relacionados con dientes, 34 se encontraban en zonas edéntulas y 5 en relación con implantes.

Haciendo referencia a la clínica del GPCG; las lesiones se presentan como un nódulo firme, sésil o pediculado, con una coloración rojiza, morada, azulada, rosada, blanca, marrón o una combinación de estas, con una consistencia blanda; puede tener la superficie ulcerada, y generalmente es asintomática. En cuanto al tamaño, las lesiones generalmente no sobrepasan los 2 cm de diámetro y en la mayoría de los casos el crecimiento es inducido por traumatismos repetidos ^{1,6-7,10}.

En el caso descrito anteriormente, el aspecto de la lesión coincide con el establecido por la literatura consultada, sin embargo, el tamaño de la lesión supera la media, ya que se trató de una lesión de 2,5x2 cm de diámetro.

La afectación ósea está en relación con el tiempo de evolución; es más extensa a medida que aumenta dicho tiempo, a diferencia del GCCG que, por el contrario, asienta en el hueso desde un primer momento, y puede afectar a los tejidos blandos en el curso de su evolución ^{9,14-15}. Por este motivo, es imprescindible una radiografía para distinguir ambas lesiones ¹³.

Debido a que la apariencia clínica de GPCC es similar a la del GCCG, el fibroma, el fibroma osificante periférico y el granuloma piógeno, se requiere el diagnóstico mediante el estudio histopatológico de la lesión ^{4,16}.

Histológicamente, el GPCC se compone de nódulos de células gigantes multinucleadas en un fondo de células mesenquimáticas ovoides y fusiformes y glóbulos rojos extravasados. Las células gigantes pueden contener solo unos pocos núcleos o hasta varias docenas de ellos. Algunos de ellos son grandes núcleos vesiculares; otros muestran pequeños núcleos picnóticos. El origen de la célula gigante es desconocido. Estudios ultraestructurales e inmunológicos han demostrado que las células gigantes derivan de los osteoclastos ^{3,8}, aunque según Sargolzaei y cols ¹⁶., derivan de los histiocitos/macrófagos. Por otro lado, Kumar y cols ¹⁷., sugiere que estos macrófagos pueden regular la angiogénesis en los granulomas de células gigantes (tanto de los periféricos como de los centrales), y dicha angiogénesis tiene un papel importante en el comportamiento clínico de la lesión.

El tratamiento del GPCC consiste en la exéresis quirúrgica eliminando toda la base de la lesión para evitar recidivas, así como la supresión de los factores etiológicos una vez identificados. La mayor parte de las lesiones responden satisfactoriamente al legrado quirúrgico minucioso. Cuando está afectada la membrana periodontal puede ser necesaria la extracción de los dientes adyacentes para conseguir una extirpación completa, aunque inicialmente esté contraindicada la exodoncia ^{3,5-9}.

Existe otra opción de tratamiento que consiste en la inyección de Oleato de Etanolamina (OE), que está indicada para los casos de GPCC recurrentes tras la extirpación quirúrgica que exigen un legrado más agresivo o la extracción de los dientes afectados. Este tratamiento ofrece una alternativa a los tratamientos convencionales como la cirugía, el curetaje, la electrodesecación y la cirugía láser, mediante un procedimiento sencillo, seguro, de bajo coste y generalmente bien tolerado por el paciente, con una alta tasa de éxito y una baja probabilidad de recurrencia ¹⁸.

En cuanto a la recidiva del GPCC podemos decir que es rara, presentándose entre un 1,39% a un 11% según diferentes autores ^{3,7,13}. Un punto que cabe destacar es la alta tasa de recurrencia que existe en las lesiones adyacentes a implantes dentales y además parece tener una naturaleza más agresiva ¹⁹⁻²⁰. En el estudio de Lester y cols ¹., ² de los 5 casos de GPCC sobre implantes (40%) tuvieron recurrencias múltiples, mientras que 6 de 237 casos de GPCC no relacionados con implantes (2,5%) tuvieron dichas recurrencias.

En el caso que presentamos no se apreció recidiva tras 4 años.

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano y preciso de GPCC permite un manejo conservador con un menor riesgo de comprometer los dientes y el hueso adyacente, y para ello es imprescindible su estudio histopatológico. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Lester SR, Cordell KG, Rosebush MS, Palaiologou AA, Maney P. Peripheral giant cell granulomas: a series of 279 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;118(4):475-82.
- Brown AL, Camargo de Moraes P, Sperandio M, Borges Soares A, Araújo VC, Passador-Santos F. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant: a case report and review of the literature. *Case Rep Dent*. 2015; 697673.
- Chaparro-Avenida AV, Berini-Aytés L, Gay Escoda C. Granuloma periférico de células gigantes. A propósito de 5 casos y revisión de la literatura. *Med Oral Patol Oral Car Bucal* 2005;10:48-57.
- DaSilva FC, Piazzetta CM, Torres-Pereira CC, Schussel JL, Amenábar JM. Gingival proliferative lesions in children and adolescents in Brazil: A 15-year-period cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol*. 2016;20(1):63-6.
- Volpato LE, Leite CA, Anhesini BH, Aguilera JM, Borges ÁH. Peripheral Giant Cell Granuloma in a Child Associated with Ectopic Eruption and Traumatic Habit with Control of Four Years. *Case Rep Dent* 2016; 6725913.
- Nekouei A, Eshghi A, Jafarnejadi P, Enshaei Z. A Review and Report of Peripheral Giant Cell Granuloma in a 4-Year-Old Child. *Case Rep Dent*. 2016; 7536304.
- Rodrigues SV, Mitra DK, Pawar SD, Vijayakar HN. Peripheral giant cell granuloma: This enormity is a rarity. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(4):466-9.
- Tandon PN, Gupta SK, Gupta DS, Jurel SK, Saraswat A. Granuloma periférico de células gigantes. *Contemp Clin Dent*. 2012; 3(1): S118-S121.
- Vázquez Piñeiro MT, González Bereijo JM, Niembro de Rasche E. Granuloma periférico de células gigantes: caso clínico y revisión de la literatura. *RCOE* 2002;7(2): 201-6.
- Choi C, Terzian E, Schneider R, Trochesset DA. Peripheral giant cell granuloma associated with hyperparathyroidism secondary to end-stage renal disease: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(5):1063-6.
- S Falaschini, Ciavarella D, Mazzanti R, Di Cosola M, Turco M, Escudero N et al. Granuloma periférico de células gigantes: análisis inmunohistoquímico de la población celular en tres casos clínicos. *Av Odontoestomatol* 2007;23(4): 181-8.
- Abu Gharbyah AZ, Assaf M. Management of a Peripheral Giant Cell Granuloma in the esthetic area of upper jaw: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(11):779-82.
- Shadman N, Ebrahimi SF, Jafari S, Eslami M. Peripheral Giant Cell Granuloma: A Review of 123 Cases. *Dent Res J*. 2009;6(1):47-50.
- Duque Serna FL, Franco Lina M, Ardila Medina CM. Granuloma central de células gigantes: presentación de diez casos. *AMC* 2012;16(5): 628-36.
- Zargaran M, Moghimbeigi A, Afsharmoghadam N, Nasr Isfahani M, Hashemi A. A Comparative Study of Cathepsin D Expression in Peripheral and Central Giant Cell Granuloma of the Jaws by Immunohistochemistry Technique. *J Dent (Shiraz)*. 2016;17(2):98-104.
- Sargolzaei S, Taghavi N, Poursafar F. Are CD68 and Factor VIII-RA Expression Different in Central and Peripheral Giant Cell Granuloma of Jaw: An Immunohistochemical Comparative Study. *Turk Patoloji Derg* 2017;1(1):1-8.
- Kumar VV, Krishanappa SJ, Prakash SG, Channabasaviah GH, Murgod S, Pujari R et al. Quantification and Correlation of Angiogenesis with Macrophages by Histomorphometric Method in Central and Peripheral Giant Cell Granuloma: An Immunohistochemical Analysis. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(3):ZC01-5.
- Said Ahmed W. Efficacy of Ethanalamine Oleate Sclerotherapy in Treatment of Peripheral Giant Cell Granuloma. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016;74(11):2200-6.
- Jané-Salas E, Albuquerque R, Font-Muñoz A, González-Navarro B, Estrugo Devesa A, López-López J. Pyogenic Granuloma/Peripheral Giant-Cell Granuloma Associated with Implants. *Int J Dent*. 2015; 839032.
- Pacifici A, Carbone D, Marini R, Sfasciotti GL, Pacifici L. Clinical Management of a Peri-Implant Giant Cell Granuloma. *Case Rep Dent*. 2015; 976756.

Patología oral en imágenes

Tumor parótida-carcinoma epitelial-mioepitelial

AUTORES:

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

DR. JORGE CANO. Odontólogo. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. jcano@ucm.es

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO. Médico. Especialista en Anatomía Patológica. jmontans@anatomia.e.telefonica.net

Varón de 65 años que acude a hospital regional en Etiopía presentando en la exploración una tumefacción indolora en la zona parotídea derecha de varios meses de evolución, de aproximadamente 5 x 4 cm (**Figuras 1 y 2**). Acude con resultado de un PAAF (punción aspiración con

aguja fina) de “carcinoma adenoideo quístico de parótida”. Ante la imposibilidad de realizar una confirmación histopatológica definitiva por ausencia de medios disponibles, y debido al crecimiento “agresivo” de la lesión se decide realizar el tratamiento quirúrgico de la misma.



Figuras 1 y 2. Tumefacción indolora en lado derecho de la parótida de gran tamaño y de aspecto nodular, de consistencia firme a la palpación.



Figura 3. Cirugía realizada con localización del tronco principal del nervio facial en su salida extracraneal.

Se realizó una parotidectomía superficial para eliminar la lesión y preservar el nervio facial mediante la localización del tronco principal en su salida extracraneal (**Figura 3**). La resección del tumor incluía el lóbulo superficial de la parótida. La rama temporofacial del nervio facial se encontraba infiltrada por la masa tumoral sin posibilidad de la disección del nervio (**Figura 6**), por lo que se incluyó en la pieza reseçada.

El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica reveló una masa nodular y firme de 4,5 x 3,5 cm x 2,5 cm, circunscrita aparentemente bien delimitada (**Figura 4**).

El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló una masa con crecimiento multinodular con septos y frecuente esclerosis. Muestra un patrón clásico de crecimiento tubular con células externas mioepiteliales claras y poligonales y pequeñas estructuras ductales

luminales y eosinofílicas. Todos estos datos son compatibles con un carcinoma epitelial-mioepitelial de glándula parótida (**Figuras 4-6**). Se realizó también estudio inmunohistoquímico para descartar otras neoplasias malignas como el carcinoma de células acinares (**Figura 7**).

El paciente evolucionó postoperatoriamente mostrando una parálisis de la rama temporofacial del nervio facial. La rama cervicofacial no se encontraba infiltrada y fue disecada del tejido parotídeo sin eventos significativos. Su funcionalidad se mantuvo íntegra en el postoperatorio inmediato.

El carcinoma epitelial-mioepitelial (CEM) es un tumor maligno infrecuente (<4% de todas las neoplasias de glándulas salivales) que está compuesto por células ductales internas y células claras mioepiteliales exter-

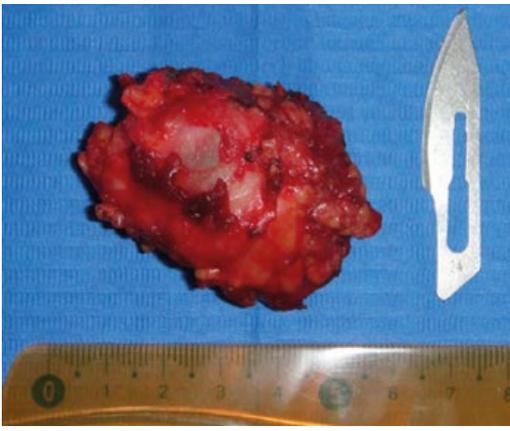


Figura 4. Pieza quirúrgica resultado de la exéresis de la lesión (4,5 x 3,5 cm).

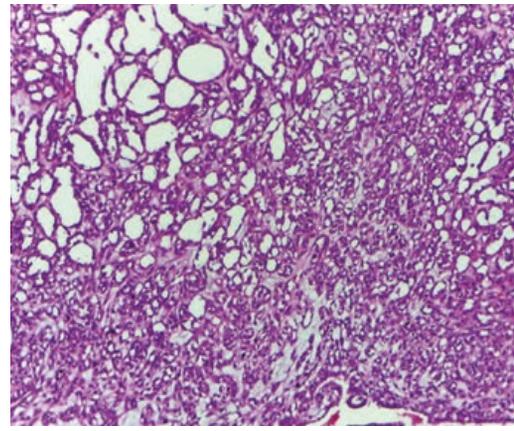


Figura 4. Microfotografía 40x H/E. CEM. Lesión tumoral con área central celular en forma de estructuras tubulares rodeada de estroma hialinizado.

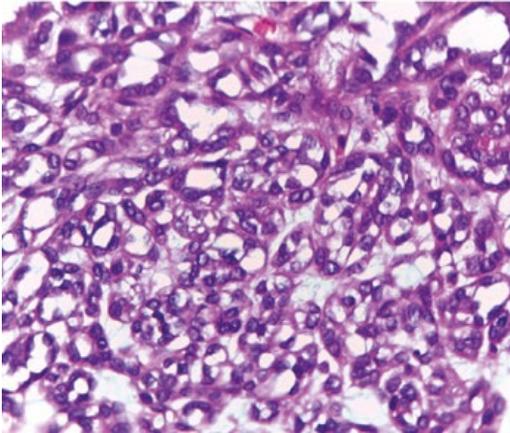


Figura 5. Microfotografía 400x H/E. CEM donde se pueden observar a mayor aumento células de citoplasma claro con núcleos vesiculares y excéntricos (células mioepiteliales); así como células más cuboidales en zonas ductales infiltrando el estroma fibroso circundante.

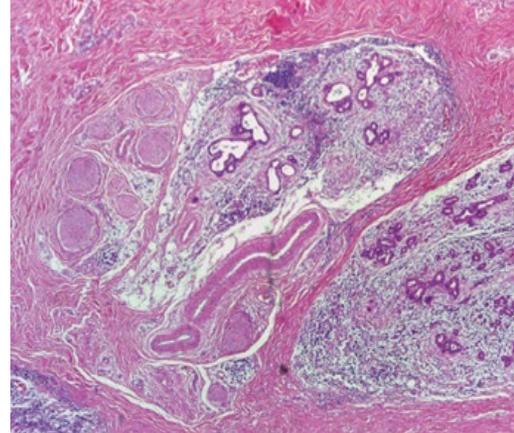


Figura 6. Microfotografía 40x H/E. CEM. Invasión perineural.

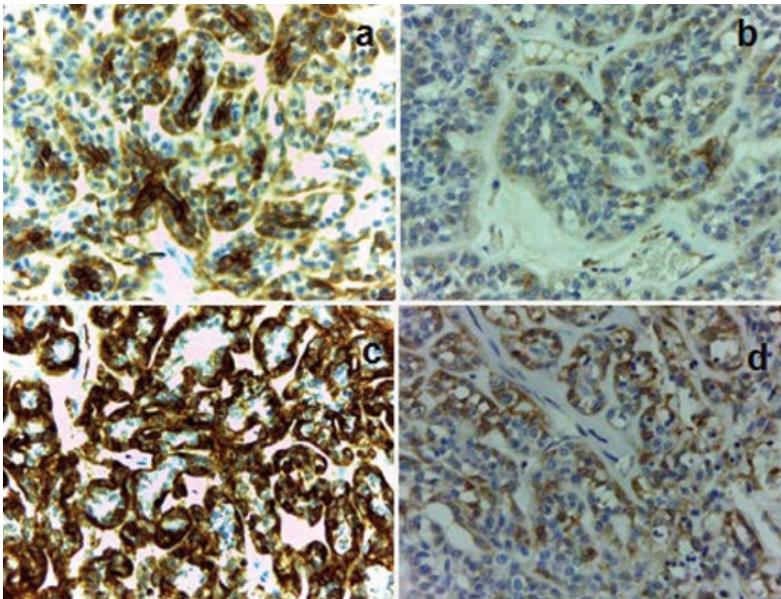


Figura 7. Tinción IHQ con marcadores celulares para células epiteliales y mioepiteliales. 7a). Citoqueratinas 5 y 6: ++++ en células ductales; + en células mioepiteliales; 7b) HHF35: marcador células mioepiteliales +++; 7c). Actina musculo liso (SMA)+++ células mioepiteliales; 7d) Calponina: ++ mioepiteliales.

nas. Predomina en la parótida (60-80% de los casos) y en adultos mayores (6-7 década), con una ligera predilección femenina (2:1). Tiene un crecimiento multinodular lento y normalmente aparece como una masa firme o gomosa. Histológicamente muestra estructuras pseudoductales con una capa interna de células cuboidales (epiteliales) con citoplasma eosinofílico denso y una externa de células claras poligonales (mioepiteliales), con citoplasma claro y núcleos vesiculares. Frecuentemente se puede observar invasión perineural, como sucede en este caso que presentamos. Las citoqueratinas de bajo peso molecular son muy positivas en el componente ductal y menos intensas en el componente mioepitelial. Otros marcadores mioepiteliales como SMA; HHF35, p63 y calponina resaltan el componente externo mioepitelial. El marcador S-100 tiñe

ambos componentes epitelial y mioepitelial en diferentes grados.

El diagnóstico diferencial debe incluir tumores malignos de glándulas salivales como el carcinoma de células acinares y el carcinoma adenoideo quístico, debido a que el PAAF realizado en este caso así lo sugería. El pronóstico es bueno con un nivel bajo de metástasis y una tasa de recurrencias del 40% (siendo más frecuentes en lesiones de >3 cm). Entre otros factores pronósticos significativos, aparte del tamaño del tumor, se encuentran el estado de los márgenes, anaplasia mio-epitelial, necrosis e invasión angiolinfática. En este caso tanto el tamaño mayor de 3 cm así como el patrón infiltrativo recomiendan un seguimiento exhaustivo del paciente para detectar una posible recidiva de la lesión lo antes posible, si esta se produjera. ●

Protocolo de toma de biopsias en Odontología

AUTOR:

DR. JOSÉ MONTANS ARAÚJO.

Médico. Especialista en Anatomía Patológica.

jmontans@anatomia.e.telefonica.net



El diagnóstico de algunas lesiones de la cavidad oral y región maxilofacial puede realizarse con base en una historia clínica y un examen clínico exhaustivo. Dada la variada naturaleza de las lesiones orales, de los maxilares y de los tejidos anejos y a las características clínicas que muchas de ellas comparten, cuando no se puede llegar a un diagnóstico por medio de la historia clínica y/o con pruebas de imágenes, se hace necesaria la toma de una muestra de tejido con el objetivo de realizar el estudio histológico, inmunohistoquímico o molecular. Gracias a ellos se pueden establecer diagnósticos definitivos que permitan formular los planes de tratamiento más adecuados en cada caso. El odontólogo en muchas ocasiones es el primer profesional en tener contacto con estos pacientes y, por lo tanto, debe ser el que realice este procedimiento con el fin de poder llegar a un diagnóstico precoz de dichas patologías, propias de sus competencias profesionales, con la finalidad de detectar precozmente estas lesiones potencialmente malignizables y/o malignas. Este diagnóstico precoz, disminuiría el retraso diagnóstico y redundaría en una mejor supervivencia de los pacientes.

Biopsia:

Procedimiento quirúrgico encaminado a obtener un fragmento de tejido de un organismo vivo para su estudio microscópico con el objetivo de establecer un diagnóstico definitivo y ayudar a establecer el plan de tratamiento más adecuado. Además este procedimiento constituye un documento con evidente valor médico-legal.

Es importante desarrollar un abordaje sistemático en la evaluación de un paciente con una lesión en la región oral y/o maxilofacial, estos pasos incluyen:

1. Historia clínica detallada.
2. Historia de la lesión específica.
3. Examen clínico.
4. Exámenes complementarios.
 - Examen radiográfico.
 - Exámenes de laboratorio.
7. Especímenes quirúrgicos para evaluación histopatológica.

En base a toda esta información clínica diagnóstica y a resultados de exámenes complementarios, se puede establecer un diagnóstico de presunción, que en ocasiones deberá requerir de la toma de una biopsia.

Esta biopsia puede ser:

- a) Biopsia incisional: En caso de lesiones de gran tamaño (mayores de 1 cm). También en los casos de lesiones de apariencia maligna y/o de lesiones de difícil acceso.
- b) Biopsia excisional: En aquellos casos de lesiones de apariencia benigna, lesiones menores a 1 cm. (aproximadamente) y en lesiones pigmentadas o vasculares menores.
- c) Biopsia por aspiración: En aquellas lesiones de contenido líquido o en planos profundos (por ej: lesiones en glándulas salivales). Se denomina PAAF (punción aspiración con aguja fina).

Instrumental necesario:

- Jeringa de anestesia aguja larga o corta según localización.
- Bisturí (mango) y hoja de bisturí 15.
- Tijeras de tejidos; pinzas; separador; cánula de aspiración.
- Pinzas hemostáticas, Porta-agujas, Tijeras, Sutura.
- Frasco para la muestra.
- Líquido fijador: formaldehído al 10%. (Se puede conseguir en cualquier farmacia o facilitado por el laboratorio de anatomía patológica con el que decidamos colaborar).
- Formulario para envío a laboratorio.

ASPECTOS GENERALES DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA:

1. Son preferibles técnicas de bloqueo troncular sobre las técnicas infiltrativas;
2. Son preferibles incisiones paralelas a los nervios y los vasos, generalmente se utilizan incisiones elípticas que facilitan la sutura;
3. En lesiones precancerosas de pequeño tamaño (<1cm.), estarían indicadas biopsias escisionales. Lesiones mayores propiciarían biopsias inci-

Figura 1. Formulario Biopsias del Centro Anatomopatológico.

sionales que incluyan tejido lesional representativo, tejido transicional y márgenes sanos.

4. En las lesiones malignas o con alta sospecha clínica de malignidad puede optarse entre referir al paciente a un centro especializado o efectuar una o varias biopsias incisionales. En cualquier caso es prioritario el evitar el retraso en el diagnóstico.
5. Los especímenes deben ser orientados mediante un hilo de sutura e introducidos en un frasco con una solución fijadora adecuada (formol al 10%).

PROTOCOLO DE PROCESAMIENTO EN CENTRO ANATOMOPATOLÓGICO (MADRID):

1. Recepción de la muestra en un recipiente conteniendo formol al 10%, debidamente identificado con los datos del paciente. Debe estar acompañado de solicitud de examen anatomopatológico (Figura 1).
Para más información sobre cómo realizar envío llamar al 91 430 18 42 o por correo electrónico a administracion@anatomia.e.telefonica.net.
2. El Centro Anatomopatológico realizará el estudio macroscópico de la lesión, así como el procesamiento necesario para obtener el bloque de parafina y el cristal teñido con Hematoxilina-Eosina o con las técnicas histoquímicas que se precisen.
3. El patólogo realizará el diagnóstico microscópico y/o pruebas histoquímicas e inmunohistoquímicas complementarias necesarias.
4. Envío de informe histopatológico definitivo por correo electrónico en archivo pdf.
5. Todo este proceso se realizará en unos 4-8 días, desde recepción del tejido biopsiado (Figuras 2-3).



Figura 2. Zona de tallado y procesado de las muestras.



Figura 3. Zona de preparación y tinción muestras.

BIBLIOGRAFÍA:

- Cawson RA. Odell EW. *Fundamentos de Medicina y Patología Oral*. Ed. Elsevier. Barcelona, España. 2009.
- *La Biopsia Oral*. Consejo General Dentistas de España. 2010.

Sobre los epónimos (II)

Estudio previo para un repertorio de epónimos odontológicos

AUTORES:

M^a José Solera Piña.
Javier Sanz Serrulla.
Andrea Santamaría Laorden.
Manuela Escorial García.

LOS EPÓNIMOS EN MEDICINA

El uso de los epónimos en Medicina merece una mención aparte. La bibliografía médica eponímica es la más prolífica ¹ de entre las distintas ramas científicas por una razón simple: la controversia suscitada. Si bien hay un sector que defiende su utilización, no son pocos los que justifican y anhelan su desaparición de la terminología médica. Por ello es posible encontrar algunos artículos que debaten la cuestión.

A continuación trataremos de exponer cuáles son las ventajas y los inconvenientes encontrados por sus defensores y detractores, con el fin de obtener una visión panorámica y objetiva sobre el asunto.

Argumentos en contra

Traducción

Una de las publicaciones sobre epónimos médicos más exhaustivas fue la llevada a cabo por Van Hoof en 1986 ² con un trabajo que puso en evidencia las dificultades para la traducción de los mismos. Realizó un análisis comparativo entre epónimos ingleses y franceses, demostrando cómo en demasiadas ocasiones no era posible mantener el epónimo de manera idéntica de una lengua a otra. En algunos casos las diferencias eran leves, afectando a ciertas precisiones que tampoco parecen resultar excesivamente perturbadoras: *Langerhans'cells/ cellules épidermiques de Langerhans* (células de Langerhans/células epidérmicas de Langerhans) o *Hunter's glossitis/ Langue de Hunter* (glositis de Hunter/Lengua de Hunter). Pero también se encontraron multitud de ejemplos en los que el epónimo inglés poco o nada tiene que ver con el francés: *Auspitz's dermatosis/ Maladie d'Alibert-Bazin* (dermatosis de Auspitz/ enfermedad de Alibert-Bazin), *Kussmaul's aphasia/ Syndrome de Worster-Draught-Allen* (Afasia de Kussmaul/ Síndrome de Worster-Draught-Allen), *Retzius 'fibres/ Filaments de cellules de Deiters* (Fibras de Retzius/ células filamentosas de

1 Conviene destacar las recientes aportaciones dirigidas por Díaz-Rubio, M: *Epónimos en aparato digestivo*. Madrid, You & Us, 2010. *Epónimos en aparato respiratorio*. Madrid, You & Us, 2011. *Epónimos en cardiología*. Madrid, CTO, 2016.

2 Van Hoof, H. *Les eponymes médicaux: essai de classification*. Journal de traducteurs, Vol. 31, n° 1, 1986, pp. 59-84.

Deiters), o casos en los que el epónimo existe en una lengua pero no en la otra: *Harries' syndrome/ Hypoglycémie spontanée* (Síndrome de Harries/ Hipoglucemia espontánea), *Miller's disease/ Ostéomalacie* (Enfermedad de Miller/ Osteomalacia) o *Mortimer's disease/ Lupus vulgaire non ulcéré* (Enfermedad de Mortimer/ Lupus vulgar no ulcerado), *Nasopalatine canal / Canal de Stenson/* (Canal nasopalatino / Canal de Stenson/), *Trigeminal impression/ Fossette du ganglion de Gasser* (Huella del trigémino/ fosilla del ganglio de Gasser).

Su artículo demostró la confusión reinante en el terreno de los epónimos médicos y resaltó las dificultades que podía esperarse en su traducción. Concluyó que su uso debería mantenerse sólo para los “inextirpables”, pero para el resto, los epónimos deberían desaparecer. Lo que permanece son los síntomas y las enfermedades.

Lucha de poder: ley de Stigler y efecto Mateo ³

Otro de los inconvenientes asociados al uso de los epónimos en Medicina es que en algunas ocasiones, no reflejan la verdadera realidad histórica. Un epónimo generado a través del nombre propio del descubridor de una técnica, un instrumento o signo, trata de rendir homenaje al personaje que hay detrás. En ocasiones es la comunidad científica quien decide homenajear al investigador proponiendo su nombre y más habitualmente, es el mismo individuo quien utiliza su propio nombre con la clara intención de demostrar su autoría y su deseo de ser recordado. En este caso, el autotribramiento se inscribe directamente en el marco de la lucha por el poder científico.

Un ejemplo de epónimo otorgado por la comunidad científica para reconocer los méritos de un personaje particular (reconocimiento entre pares), es el caso de Röntgen. Su autoría en el descubrimiento de los rayos X no estuvo exenta de celos y envidias y fueron varios los que trataron de reivindicar el descubrimiento. Una de las reivindicaciones más virulenta fue la del científico Philipp Lenard, quien comparó a Röntgen con una matrona (si bien ella es la que muestra por primera vez al recién nacido, en ningún caso de la puede considerar como la madre). En este caso, los catorce términos eponímicos que fueron creados en honor a Röntgen no dejan lugar a dudas sobre quién ganó la batalla en la paternidad de los rayos X.

En el segundo caso, el del autoreconocimiento, la motivación dominante es la lucha por el poder científico. Rivalidades, intereses políticos, económicos, influencias, etc., han sido responsables de la aparición de epónimos que pueden cambiar de un país a otro, de un continente a otro e incluso de una región a otra. La precisión exigida al lenguaje científico, se ve seriamente comprometida ante este tipo de variantes y desacuerdos.

Tanto es así, que incluso se ha llegado a postular una ley acerca de la fiabilidad histórica de los epónimos, la *ley de Stigler*. Según ella, ningún descubrimiento científico recibe el nombre de quien lo describió en primer lugar. Esta ley fue formulada por Stephen Stigler, un profesor de estadística que reconoció que fue el sociólogo Merton el que llegó a esta conclusión antes que él. La *ley de Stigler* es en sí misma un ejemplo de la *ley de Stigler*. Merton se apoyó en el llamado “Efecto Mateo” para llegar a esta conclusión.

El efecto Mateo tiene su origen en un pasaje bíblico del apóstol San Mateo en el que se lee: *Porque al que tiene se le dará y tendrá en abundancia; pero al que no tiene, incluso lo que tiene se le quitará* (Mt, 13, 12). En otras palabras, los ricos tienden a acumular más riqueza y los pobres tienden a acentuar su pobreza. En ciencias se puede decir que un científico reconocido tendrá menos problemas en hacer valer sus investigaciones que un investigador joven de menor reconocimiento. Un ejemplo de este efecto lo encontramos en la denominación de la *Salmonella*, un bacilo gram negativo que recibe su nombre por Daniel Salmon, el patólogo veterinario primer autor de la publicación sobre esta bacteria. Salmon era jefe del laboratorio pero fue uno de sus ayudantes, el médico Theobald Smith, quien primeramente aisló y descubrió la bacteria en cerdos.

En ocasiones la comunidad científica decide homenajear al investigador proponiendo su nombre y más habitualmente, es el individuo quien utiliza su propio nombre para demostrar su autoría y ser recordado

En cualquier caso, no hay que dejar de señalar que el reconocimiento científico individual va en contracorriente de la ciencia moderna (donde priman el trabajo en equipo e interdisciplinar), por lo que el uso del epónimo con la intención de auto reconocimiento, no parece tener mucho sentido en nuestros días.

Polisemia, sinonimia, homonimia ⁴

A pesar de contar con una serie de desventajas nada desdeñables, la inclusión de los epónimos en los diccionarios médicos equivale a una muestra de su aceptación y su consagración dentro de la comunidad médica. El análisis de estos diccionarios permite observar las distintas construcciones utilizadas para la formación de epónimos (variaciones eponímicas semántico-formales) y su comparación entre las diferentes lenguas.

³ Merton, R. *The Mathew effect in sciences*. *Science*, January 5, 1968, pp. 56-63.

⁴ Alcaraz Ariza, M.A. *Los epónimos en Medicina*. Ibérica, 2002, pp. 55-73

Son varios los autores que coinciden en señalar que la polisemia, la sinonimia y la homonimia son los grandes inconvenientes de los epónimos, comprometiendo el nivel de precisión y de univocidad que ha de exigirse al lenguaje científico.

Por polisemia se entiende el significado múltiple de una palabra. Este fenómeno puede ser una fuente de confusión debido a la unión de múltiples conceptos al mismo epónimo. Así, el *signo de Babinski*, designa al menos cinco fenómenos distintos en la exploración neurológica y el conocido *síndrome de Cushing* hace referencia tanto al adenoma basófilo de la hipófisis como a los tumores del ángulo pontocerebeloso. En el caso de la Odontología tenemos el ejemplo de *Black*, apellido que ha servido para designar un instrumento, una clasificación de cavidades y un concepto histológico: *cucharilla de Black*, *cavidades de Black* y *espacio indiferenciado de Black*, respectivamente. Igualmente *Camper* designa tanto a un plano, como a un ángulo, una línea y un instrumento.

Pero la ambigüedad la pueden producir no sólo la polisemia sino también la homonimia. Es la cualidad de dos palabras de distinto origen y significado por evolución histórica que tienen la misma forma, es decir, la misma pronunciación (homofonía) o la misma escritura (homografía). Un ejemplo es el apellido *Douglas*, empleado en varias formaciones eponímicas que no dejan traslucir si su determinante es James Douglas, John C. Douglas o Beverly Douglas: *abceso de Douglas/ injerto de Douglas/ giro de Douglas/ ligamento de Douglas/ fondo de saco de Douglas/ hernia de Douglas/ punción de Douglas*.

Mucho más frecuente en el lenguaje médico es la sinonimia o proceso mediante el cual una misma realidad adquiere varios nombres. Aun siendo contraria a uno de los principales requisitos de todo lenguaje científico -la univocidad-, la terminología médica no ha podido evitar esta repetición ya que quienes forjan términos son también hombres que con sus disputas, sus deseos de destacar o simplemente por su “adanismo” o ignorancia sobre lo que otros hacen, imponen sus propios términos multiplicando innecesariamente el número de voces. Volviendo al citado artículo de Van Hoof, este autor encontró hasta 29 sinónimos eponímicos en inglés y francés. Así pues, es frecuente que una enfermedad, entidad, fórmula, instrumento, proceso o técnica se conozcan de forma distinta, no sólo en un mismo idioma sino también en lenguas diferentes, ya que no siempre existe un consenso acerca del descubridor o inventor. Un buen ejemplo es el *síndrome de Paterson Kelly* también referido como *síndrome de Plummer-Vinson*. En inglés existen hasta cinco variantes eponímicas: *Plummer-Vinson syndrome*, *Vinson's syndrome*, *Patterson-Brown Kelly syndrome*, *Patterson-Kelly syndrome* y *Paterson's syndrome*. Como ejemplos odontológicos podemos citar el *síndrome de Sjögren*, que en Francia se conoce como *síndrome de Gougerot-Sjögren*.

En el *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*, aparece escrito: *síndrome de Kelly-Patterson*. Es

decir, contiene un error gráfico al escribir Paterson con dos “t” y además invierten el orden de los nombres propios. La dificultad en su correcta escritura ortográfica podría señalarse también como un inconveniente más de los epónimos. Además, un problema particular atañe a los epónimos ingleses⁵: no existe consenso en torno a la manera en cómo deben ser escritos, ya que un mismo epónimo como *síndrome de Down* aparece en algunos escritos como *Down's syndrome* (empleando la forma posesiva) y en otros como *Down syndrome* (forma no posesiva). En general, la manera recomendada es ésta última, ya que es la forma en la que se emplean muchos epónimos en buscadores como MeSH o PubMed. Pero esta falta de consenso dificulta la obtención eficiente de resultados en las búsquedas realizadas a través de cualquier base de datos.

Poca fuerza descriptiva

Otro de los inconvenientes de los epónimos es su escasa fuerza descriptiva ya que no poseen la transparencia propia de las formaciones grecolatinas. Por ejemplo, el término de origen griego *gastroenterostomía* hace referencia a una operación quirúrgica que se utiliza para establecer una comunicación entre el estómago y una porción del intestino delgado. Si descomponemos este término podemos fácilmente entender su significado: *gastro* (forma prefija de gáster, gastrós: estómago, vientre) + *enteró* (intestino) + *stóma* (boca) y *tomé* (corte). Un proceso similar de descomposición en busca de significado no se puede aplicar con los epónimos.

En la gran mayoría de los casos, el término alternativo no eponímico resulta mucho más descriptivo y comprensible: *Conducto de Bartholín* / conducto sublingual, *Operación de Caldwell-Luc* / antrostomía maxilar, *Perla de Epstein* / quiste gingival del recién nacido.

El uso de una terminología más descriptiva puede ser una de las razones por la que los epónimos tiendan a desaparecer. Sin embargo, la sustitución de un epónimo por un sinónimo más descriptivo no está exenta de problemas. Puede darse la paradoja de que la forma sustitutoria cree una confusión mayor. En consecuencia, esta sugerencia debería ceñirse a casos individuales tras una cuidadosa observación del nivel de aceptación del epónimo. La primera reunión que formalizó el objetivo de reemplazar los epónimos por términos más descriptivos se realizó en 1895, cuando un grupo de anatomistas se reunieron para crear una nomenclatura anatómica que denominaron *Basle Nomina Anatomica* (BNA) y que pretendía ser el vocabulario de referencia de esta especialidad. El BNA consiguió reducir el número de términos anatómicos pasando de los 50.000 existentes a 5.528 términos aceptados.

Una iniciativa más reciente se dio en el 2011 durante el taller de Vasculitis desarrollado en la Universidad

5 Narayan, J., Sukumar, B, Nalini, A. *Current use of medical eponyms-a need for global uniformity in scientific publications*. BMC Medical Research Methodology, 2009, pp. 9:18.

de Carolina del Norte en Chapel Hill. Allí se decidió que el *síndrome de Churg-Strauss* se cambiaría por *granulomatosis eosinofílica con poliangéitís*, la *púrpura de Henoch-Schönlein* por *Vasculitis por Ig A* y el *síndrome de Goodpasture* por *enfermedad anti-membrana basal glomerular*. Para la *enfermedad de Kawasaki*, sin embargo, se decidió mantener su denominación eponímica por no tener una etiología claramente definida en el momento de la reunión y por su valor histórico.

Problemas éticos

Algunos autores proponen la eliminación de algunos epónimos que a día de hoy no se consideran éticamente aceptables. Un primer ejemplo es el *síndrome de Reiter*. Desde 1977 se lleva insistiendo en que este epónimo desaparezca, primeramente porque Reiter no fue el primero en describir la triada artritis / uretritis / conjuntivitis y en segundo lugar porque Reiter hizo experimentos médicos letales en los campos de concentración durante la II GM. Otro ejemplo en la misma línea es el empleo del término *granulomatosis de Wegener*, al demostrarse que el doctor Friedrich Wegener estuvo implicado en las actividades del partido nacional-socialista alemán. Esta denuncia fue hecha por primera vez por el doctor Woywodt en la revista Lancet en 2006. Como alternativa, se propuso el término *granulomatosis con poliangéitís*.

Argumentos a favor

No todo han de ser inconvenientes. Al menos estos dos argumentos nos mueven en pro de aspectos no ya propiamente lingüísticos sino también humanos:

1. Economía en el lenguaje

En algunas ocasiones y siempre suponiendo que el significado del epónimo se conozca bien y sea comúnmente aceptado, su uso representa claramente una economía en el lenguaje. En caso de no utilizarlos habría que hacer una descripción relativamente extensa de la localización anatómica, signo, técnica, etc. Por ejemplo, resulta mucho más práctico hablar de la *maniobra de Valsalva* que de cualquier intento de exhalar aire con la glotis cerrada o con la boca y la nariz cerradas. En Odontología nos resulta mucho más sencillo referirnos a las *clases de Angle* que a las diferentes posiciones de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior respecto al primer molar inferior.

2. Homenaje

Esta ventaja hace referencia al lado más humanístico de la Medicina o la Odontología. La historia que encierra cada epónimo es, parafraseando a Ortega, un entusiasta *ensayo de resurrección*. Es un acto de gratitud y reconocimiento hacia quienes nos precedieron, dando color al lenguaje científico. ●



ODONTÓLOGOS
de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA



Claves para integrar una correcta política de gestión comercial en clínicas dentales

DAVID CUADRADO
PSICÓLOGO ORGANIZACIONAL Y CONSULTOR COMERCIAL

Hay una frase bien conocida de E. Deming, el padre fundador de lo que hoy es la calidad total: “Yo creo en Dios... los demás traedme datos”.

Siempre me ha parecido que cuando discrepemos sobre nuestras opiniones al respecto de un tema, es necesario recurrir a los datos para centrar el debate.

Pues bien, vayamos a los datos. Con ocasión de una presentación que tuve que hacer en un congreso de implantología organizado por Ticare (Palacio de Congresos, Madrid, febrero de '18), y a pesar de mi experiencia como consultor comercial en diferentes empresas relacionadas con el sector, decidí documentarme al respecto de cómo presentar a los propietarios y gerentes de clínicas al respecto de poder hacer frente a la competencia de clínicas corporativistas.

Lo primero que me llamó la atención fue descubrir que, en mis conversaciones con algunas de estos propietarios, casi nadie utilizaba indicadores referentes a *marketing* y ventas. Indicadores que, por otro lado, son de los más utilizados en esa competencia feroz que proviene de una visión puramente financiera y no médica (y ese es un posicionamiento cuestionable sin duda, pero muy lícito).

Algunos de esos indicadores podrían ser:

- *Attraction index*: índice de atracción o captación, nº de personas potenciales clientes que eres capaz de atraer a tu clínica y que pueden ser susceptibles de requerir un tratamiento.
- *Conversión Rate*: tasa de conversión o nº de personas que realizan finalmente un tratamiento/nº de personas que has sido capaz de atraer.
- Y, finalmente, ATP (*Average Ticket Price*) o precio medio de la factura, que relaciona el total de facturación de una clínica en un periodo de tiempo sobre el número total de tratamientos en ese mismo periodo.

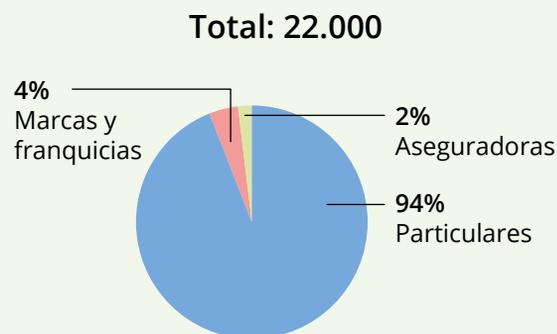
Como pueden observar todos los indicadores están, obviamente, relacionados entre sí.

Alguien podría objetar (y luego volveré sobre ello) que éstos no son el tipo de indicadores que a un doctor deberían importarle bajo criterios médicos. Probablemente. Pero, sin duda, son el tipo de indicadores que a un ges-

tor o gerente de una clínica SÍ que le deberían importar. Y mucho. Por que en ello nos va la rentabilidad y supervivencia de la misma.

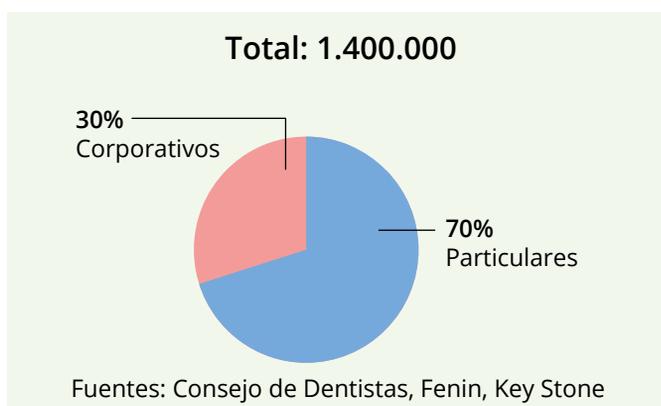
No cabe la menor duda que la presencia (creciente) de clínicas corporativas (incluyendo las marcas globales con sus franquicias y las aseguradoras) son una competencia a tener muy en cuenta en el entorno en el que se desenvuelven las clínicas dentales. Grandes grupos financieros de capital riesgo (Venture Capital) están invirtiendo en este sector porque lo ven un negocio rentable y están infringiendo un serio revés a los resultados de las clínicas “tradicionales” o privadas. ¿Hasta qué punto eso es así y por qué? ¿Son más agresivas comercialmente hablando? ¿Más baratas? ¿Han comoditizado el servicio convirtiéndolo en un producto de factor precio?... ¿Han sacrificado calidad por precio?

Como decía Deming, vayamos a los datos. Según fuentes de Key Stone (aunque otras dan datos diferentes, las proporciones son similares) del total de clínicas dentales que hay en España y que colocan implantes dentales sólo el 6% son corporativas (incluyendo, como hemos dicho, marquistas, franquicias y aseguradoras). Esa desproporción (de casi 20 a 1) hace que los resultados que presentamos a continuación sean enormemente significativos. Porque, si un resultado se aleja mínimamente de la media estadística esperada entra dentro de la normalidad pero, ¿qué pasa cuando los datos nos golpean de forma muy evidente?

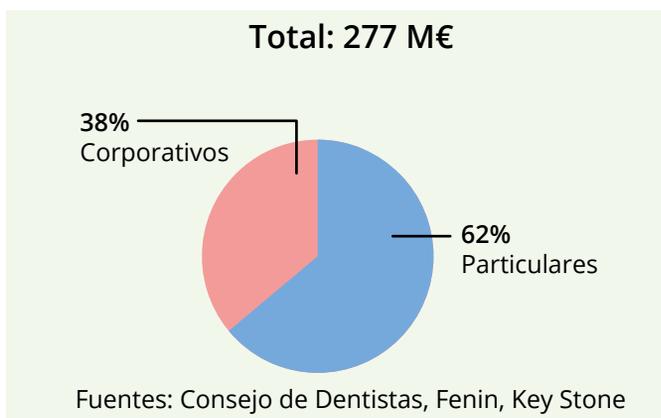


Fuentes: Consejo de Dentistas, Fenin, Key Stone

¿Colocan los dos tipos de negocio (insisto, una clínica TAMBIÉN es un negocio) el número de implantes que les corresponde por volumen? La verdad es que casi todas las corporativas tienen uno o varios implantólogos de forma permanente. No es el caso de las privadas quienes cuentan, en la mayoría de los casos, con personas que trabajan para varios centros utilizando sus propios criterios y material (mochileros en la jerga). Pero también hay corporativas que los utilizan. Bien, parecería lógica una cierta ventaja respecto de las corporativas sobre las privadas, aunque sin romper demasiado la proporción, ¿verdad? Pues no. De nuevo, los datos mandan. Ahora vemos cómo las privadas se quedan con el 70% de los implantes colocados en España (una caída de más de 20 puntos) y las corporativas suben multiplicando x5 (no un poco más, no... x5) lo que les correspondería en términos estadísticos de presencia.



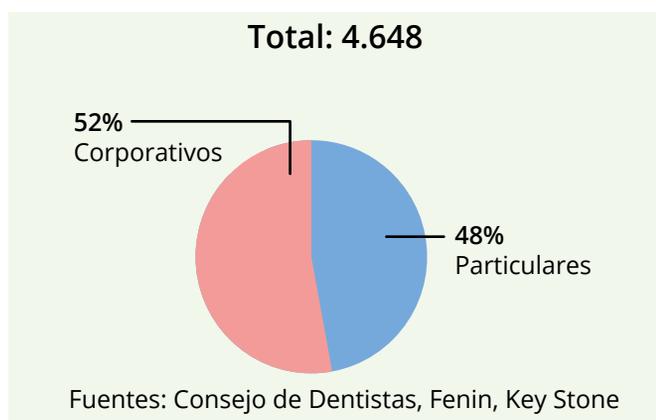
Algunos lectores pensarán: “Claro, es el efecto del *marketing*”, “Es que son más baratas”, “Es que son más agresivas y no contemplan criterios médicos de forma prioritaria y se decantan por los estéticos (o directamente por inducir la venta)”... Contra algunas de estas aseveraciones nada puedo decir (por ejemplo, ésta última) pero con respecto a las otras, nuevamente los datos nos ayudan. Porque, un criterio es el número de implantes colocados (haría referencia al *Conversion Rate*, ¿recuerdan?) pero otro es el impacto de la facturación (ATP o precio medio) ¿Son más baratas entonces?



Miremos de nuevo los datos: sobre el total de la facturación en España relacionado con los implantes, las corporativas facturan el 38%, quedándose las privadas

en el 62%. ¿Qué nos están diciendo los datos? Pues que no sólo colocan más implantes de los que les corresponderían en términos estadísticos sino que, además, cobran más por ello. No son más baratas, para entendernos. Si el concepto de atraer más público tiene que ver con las estrategias de *marketing* y publicidad (y ahí hay que reconocerles que tienen mejores y mayores recursos), el hecho de que estén cobrando un precio medio mayor que las privadas tiene que ver con las ventas. Directamente. Nos guste o no. Su estrategia comercial es mejor, más preparada y si a ese hecho le sumamos que su poder de compra les hace obtener mejores precios que la competencia individual sobre los mismos productos, eso explica en parte su mayor rentabilidad y competitividad del negocio. No hacen más publicidad y *marketing* porque tengan más dinero. Tienen más dinero porque venden más y mejor. PUNTO (por cierto, si yo fuera el propietario de una clínica privada y tuviera cerca de una corporativa que compra un buen producto de una marca conocida de implantes a un precio mucho más competitivo que el mío... tendría muy claro a quien no volver a comprar, no sé si me explico)

Me queda una última gráfica. Y ésta sí que es definitiva. La hace el Colegio Oficial de Dentistas. Me impactó porque hace referencia al número de quejas presentadas y, en su conjunto, es muy bajo. Tremendamente bajo. Supongo que mucha gente que no está satisfecha con el resultado sigue yendo a que le “arreglen” su problema *sine die* antes de poner una reclamación. Y, me consta, que muchos de ellos han acudido a clínicas particulares (a su dentista de toda la vida) cuando no han visto resuelto correctamente un problema importante de periimplantitis. Aún así el resultado es demoledor.



Del total de quejas presentadas, las clínicas corporativas se llevan el 52% de las quejas totales. Fíjense bien... de la proporción de 1/20 pasamos a más del 50% (más de 1/2) Bajo mi mirada ajena a este sector la conclusión aparece clara: son menos, se publicitan muy bien, venden mucho más, más caro... y con peor resultado.

Uffffff. Tremendo. Complicado porque yo le tengo mucho más aprecio a quien hace de su vocación su profesión que a quien toma un negocio ajeno y lo tergiversa sin aportar ningún valor centrándose en las debilidades del mismo. Pero hay que reconocerles el mérito de su apuesta.



¿Podemos hacer algo?

Sí, por supuesto. Pero no es fácil. Requiere de un cambio de mentalidad importante. Entender que, sin modificar ni un ápice nuestros criterios médicos y éticos, un negocio es un negocio. Con sus reglas de juego. Con sus modelos de gestión. Y otorgando tanta importancia a los indicadores de negocio, como los de calidad o los puramente científicos y clínicos. Se me ocurre, si me permiten el atrevimiento, algunos breves consejos:

- Las corporativas han comoditizado el servicio. Lo han convertido en un producto. Los particulares, los clínicos, no pueden hacer lo mismo. Mi dentista no puede vender implantes; vende salud, estética, eliminar problemas, una solución integral, tranquilidad... no podemos luchar con ellos colocando precios de implantes en la web como reclamo porque ahí siempre perderemos.
- Hay que incluir la gestión comercial dentro del negocio. No es un apartado molesto. Se acabó el médico que dictamina: “Necesitas un...” Pensando que el cliente va a decir sí a todo. Tal y como tenemos que hacer una correcta política de gestión, de compras o de calidad de servicio, la hay que hacer comercial.
- No luchemos por la primera visita gratis. Ese es la herramienta de las corporativas. Luchemos por la

fidelización. Tu primera cartera de atracción son tus clientes de años anteriores. Y tus primeros vendedores ellos mismos. Fidelízalos, haz seguimiento y conviértelos en prescriptores.

- Crea un rol comercial. No sirve que le des a la auxiliar, a la higienista o a la administrativa (disculpá el femenino... pero es que es abrumadoramente mayoritario) la responsabilidad de realizar la gestión comercial si no está suficientemente bien formada y preparada. Necesita capacitación, recursos, tiempo, herramientas.
- Busca *partners*, socios. Hay empresas de implantes que sólo se preocupan de meterte producto (*sell-in*, la venta que entra) y no te ayudan a que tu negocio sea más rentable y que vendas más (*sell-out*, la venta que sale) Rodéate de socios que se preocupen de tu negocio como te preocupa a ti y apóyate en ellos.

Nos va en juego mucho, porque un modelo de clínica basado en criterios financieros exclusivamente no es un modelo sostenible ni preocupado por el paciente (*podrás observar que ahora lo llamo así y no cliente aunque, para mí, no hay diferencia*) Y recuerda, el músculo financiero previo quizás no dependa de ti, pero lo que hagas en tu clínica y cómo trates a tus clientes y a tu equipo eso, sin duda, sí que depende de ti. En tus manos está. ●

EN CUALQUIER PARTE...
EN CUALQUIER MOMENTO...



PUEDES PEDIR



Y TENER



COMO TÚ
QUIERAS



¡TODO LO
QUE QUIERAS!



Y CUANDO
TÚ QUIERAS



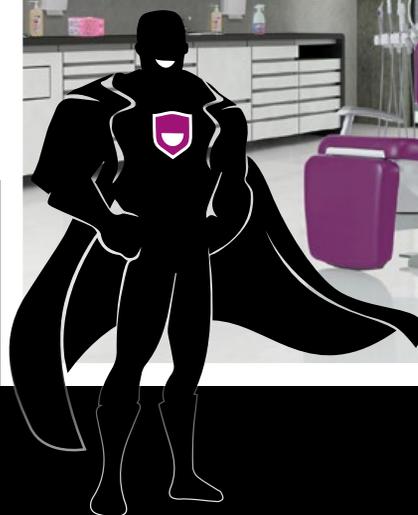
¿QUÉ
MÁS
NECESITAS?



sonría X favor
Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521

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





5 consejos para disminuir los pacientes que no se presentan a su cita

ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA. CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA

La principal razón por la que un paciente no se presenta a su cita contigo sin avisar no es un compromiso inaplazable de última hora o que se le haya olvidado, seguramente, lo que ha ocurrido es que tu paciente no entiende el valor de su cita contigo. Seguramente, ese mismo paciente no falle a su cita con su peluquero, con su entrenador o a ese restaurante.

En otras palabras, el sector dental se está “*commoditizando*” (creo que el término en español más exacto sería que se está transformando en un “genérico”). Gracias al empeño de las grandes empresas del diente, los pacientes tienen la impresión de que si faltó a una cita con un dentista, la clínica de un poco más abajo me hará el mismo trabajo por más o menos el mismo precio, ¿por qué preocuparse entonces? Éste es un tema muy serio que ya tratamos en otro artículo y, por lo tanto, no ahondaremos más ahora.

"Es importante entrenar a tu equipo en cómo comunicar correctamente con los pacientes"

Además de todo esto, y haciendo un poco de autocrítica, quizá nuestra recepcionista no está creando una “conexión” con nuestro paciente (o futuro paciente) en la conversación telefónica. Existen muchas técnicas para conseguir generar esa empatía: modulación de la voz, preguntas clave para generar valor en la mente del paciente, la sonrisa telefónica, etc. Hay mucho margen de mejora ahí. Es importante entrenar a tu equipo en cómo comunicar correctamente con los pacientes, porque se escapa mucho dinero por esas visitas canceladas, cambiadas o simplemente que no se presentan sin avisar.

El objetivo entonces es hacer esa visita tan valiosa para el paciente como cualquier otro de sus compromisos. Esto se consigue invirtiendo unos pocos minutos o segundos extras en esas llamadas para conocer al



paciente, guiarlo y empatizar realmente con sus necesidades, explicar la importancia de esa visita, qué beneficios obtendrá y lo que hay detrás de toda esa visita, y por supuesto, agradecer su llamada para reservar cita. El problema es que esto no es innato ni es de sentido común, hay que invertir tiempo y dinero en entrenar a nuestro equipo para que nuestro equipo llene luego nuestra consulta de pacientes contentos.

El retorno de la inversión de estos segundos o minutos extra está garantizado con tan sólo conseguir mejorar en un 10% la tasa de pacientes no presentados a su cita. ¿Y qué tal si nos proponemos mejorar esa cifra al 70%? Los beneficios económicos serían enormes.

A continuación te damos algunos simples consejos para ayudarte a ti y a tu equipo a construir valor alrededor de esa visita en la mente del paciente:

1. Escucha activa... real: intenta contestar a lo que el paciente te pregunta y no intentes guiarlo a la conversación que más te interesa. Es más difícil de lo que parece. La mayoría de las auxiliares, ante cualquier pregunta del paciente, sepan la respuesta o no, contestan: "Genial, Carmen, el doctor le explicará todo eso aquí, ¿quiere que le dé cita?". De esta manera, se puede acabar de inmediato la conversación y puede volver a otras cosas "más importantes" para ella...

"Parece que no es tan fácil ver lo que le pasa a una clínica dental cuando no te presentas"

2. Aprovéchate de los beneficios de la PNL (Programación NeuroLingüística): antes de hablar, escucha cómo habla tu paciente. Si él habla rápido, háblale rápido; si él habla lento, háblale lento.

3. El lenguaje no es inocente: si utilizas algún medio para confirmar esa cita unos días antes, no uses ese término con el paciente. La cita está "confirmada" en ese momento. Lo que puedes ofrecer es un mensaje o llamada de recordatorio.
4. Fórmula retórica de inicio: contesta siempre al teléfono de la misma manera. Recomendamos: "[Nombre de la clínica], buenos días/tardes, ¿en qué puedo ayudarle?"
5. Fórmula retórica final: Aprovecha esos últimos segundos para remarcar en la cabeza del paciente la importancia de no fallar a esa cita (todo el mundo entiende el fiasco económico que le causas a un restaurante cuando no recoges esa paella encargada para 12 personas, pero parece que no es tan fácil de ver lo que le pasa a una clínica dental cuando no te presentas). Se puede acabar con un: "Perfecto María, el próximo lunes a las 6, el doctor le estará esperando, estaremos encantados de recibirla".

Si te parecen interesante estos temas y quieres profundizar más, podemos ayudarte a formar a tu equipo. Puedes ponerte en contacto con nosotros cuando desees. ●



HIGIENISTAS de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.higienistasdehoy.com



¿Cuál es el modelo ideal para gobernar mi consulta?

FCO. JAVIER RELINQUE
SOCIO DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS

El gobierno ejecutivo de una empresa -y una clínica dental lo es-, pasa por ser una de las actividades que más influyen en la cuenta de resultados.

Si entendemos por “gobierno ejecutivo” aquella actividad que consiste en ejecutar y llevar a cabo eficazmente los acuerdos generales y estratégicos adoptados por la propiedad de la empresa, convendremos en que la fórmula que elijamos para gobernar la clínica resultará decisiva.

A grandes rasgos podemos establecer tres órganos funcionales: (I) la propiedad, que es quien invierte, arriesga y aporta el capital necesario para el desarrollo de la actividad; es el órgano soberano y quien nombra a su (II) administrador, que representa legalmente a la empresa y la gobierna; y (III) el administrador ejecutivo o director-CEO, que, pudiendo coincidir con los anteriores, es quien lleva a cabo la ejecución operativa y controla y supervisa todas las decisiones de la propiedad y del órgano de administración.

Así pues, una vez pasada la fase de iniciación de nuestra consulta en la que el titular se encarga de todo -desde atender a los pacientes/clientes, hasta la publicidad, la licencia de apertura y el programa informático adecuado-, el negocio irá aumentando en volumen y en tareas de gestión, y ahí es donde debemos pensar en el gobierno ejecutivo o administración de la clínica.

Efectivamente, se constituya o no una sociedad mercantil, llegado el momento, alguien deberá llevar la ejecución de las decisiones operativas del propietario de la clínica. Y esta ejecución puede recaer en un administrador, en un apoderado general ejecutivo, o en un director general. Todas estas figuras son válidas para llevar a cabo la ejecución de las decisiones de la propiedad de

la clínica o, más ampliamente, el gobierno ejecutivo de la empresa.

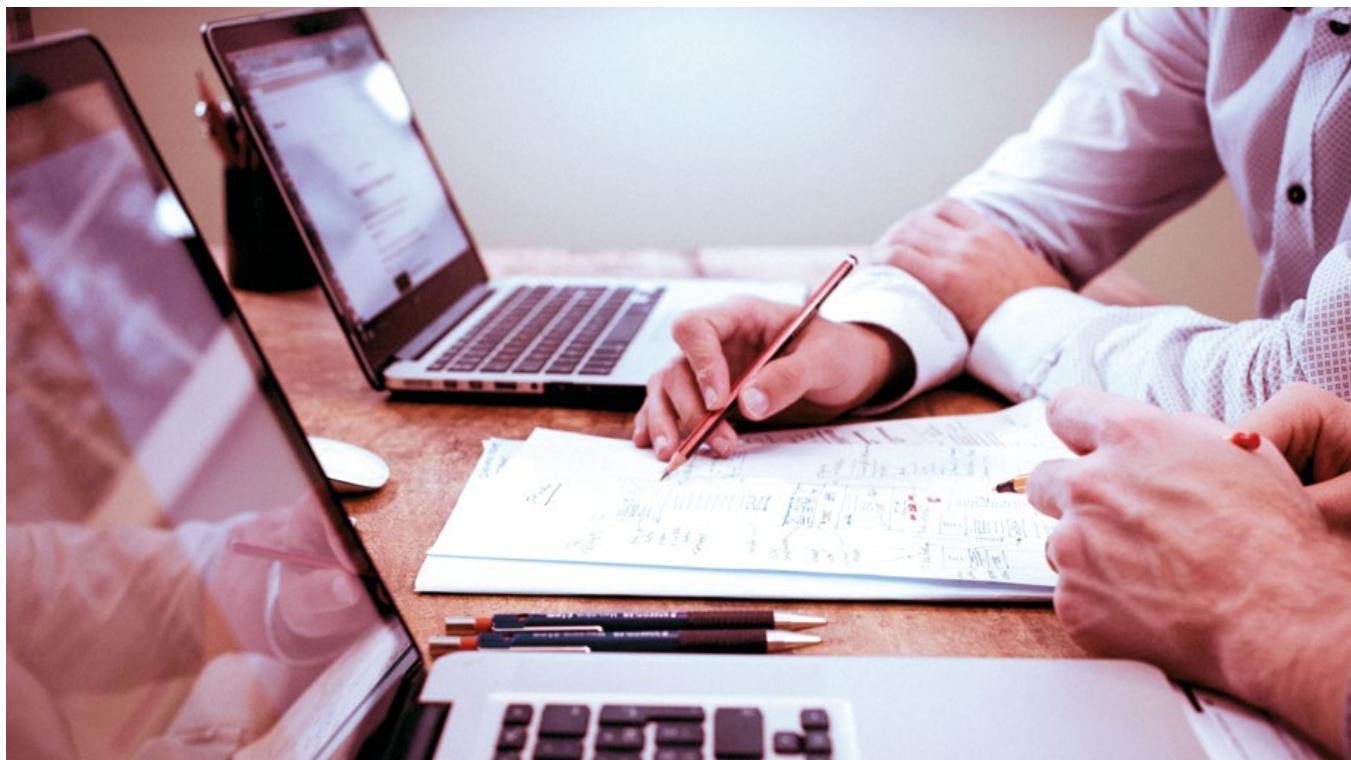
De esta manera el titular de la clínica, como en todas las empresas de actividad profesional, puede dedicarse al ejercicio de la profesión y a la toma de decisiones estratégicas, mientras que la ejecución de esas decisiones o -más ampliamente- la dirección general y gobierno ejecutivo la puede delegar en otra persona.

Cierto es que, por imposición de la Ley de Sociedades Profesionales, la mayoría de los miembros del órgano de administración debe recaer sobre profesionales odontólogos, pero éstos podrán tener las facultades meramente representativas, mientras que el área ejecutiva del día a día podrá ser delegado en otra u otras personas con un poder general o con facultades específicas (acceso a la cuenta corriente de gestión, autorizar pagos, recibir cobros, contratar servicios hasta un importe que determinemos, reclamar a morosos, etc.).

Si estamos ante una sociedad compuesta por uno o varios socios, habrá que elegir un administrador. Pero ¿un administrador único o varios administradores?

Las opciones legales imponen que el órgano de administración puede recaer en (I) un administrador único, (II) en varios administradores solidarios -en la que todos ellos ostentan plenas facultades de manera autónoma-, en (III) varios administradores mancomunados que actúen conjuntamente y que precisen para sus actos las firmas de todos, o, por último, en (IV) un Consejo de Administración, que normalmente tiene su sentido en empresas con múltiples socios y con un volumen de negocio que supere el millón de euros/año.

Si soy el único titular de mi clínica, ¿puedo constituir una sociedad mercantil? Sí. Será una sociedad “unipersonal”, y de esta manera, de las deudas del



negocio sólo responderá la sociedad, no mi patrimonio personal, salvo las deudas ocasionadas por daños por responsabilidad profesional. Pero ojo, la Unipersonalidad debe constar en el Registro Mercantil, pues de no ser así, de todas las deudas responde el administrador personalmente.

Y si estamos ante una sociedad unipersonal, ¿tengo que ser yo obligatoriamente el administrador de la sociedad? En la Sociedad Profesional –como es la clínica dental– Sí, aunque puedo designar a un apoderado general ejecutivo y con cargo inscrito en el Registro Mercantil.

Si somos dos socios al 50%, ¿cuál es la mejor opción?. Mi recomendación –basada en la experiencia– es que sea sólo uno el administrador único y el otro ostente un apoderamiento general, ya que dos administradores implicará dos cuotas de autónomo a la Seguridad Social. Además, si ambos son solidarios (o sea, que cada uno actúa como administrador independiente) puede ocurrir que se produzcan actos paralelos y contradictorios en nombre de la sociedad. Y si son dos administradores mancomunados, cada acto o contrato en nombre de la sociedad precisará de la firma de los dos, lo que puede resultar poco operativo.

En todo caso, siendo varios los socios profesionales, sí es muy recomendable mucha transparencia, comunicación y grandes dosis de lealtad, pues de lo contrario la vida de la empresa estará condenada a la escisión o al fracaso.

Sin perjuicio de todo lo anterior, no olvidemos que sea quien sea la persona o cargo ejecutivo, lo que jamás pueden ni deben delegarse son las responsabilidades. Es decir, el administrador es el máximo responsable del cumplimiento normativo de la clínica,

de manera que si delega la dirección de áreas, o la ejecución de actos y procesos operativos (como presentar liquidaciones tributarias, recursos humanos, prevención de riesgos laborales, prevención de delitos y fraudes, contratación externa, marketing, contabilidad y área financiera, etc.), ya sea en su gestor/ asesor ya sea en un gerente o en un apoderado, jamás debe perder de vista la vigilancia y el control de que se cumplan las normas, se mitiguen los riesgos inherentes a la actividad, y se adopten las medidas necesarias para la buena marcha de la empresa y la evitación de daños a terceros, incluidos pacientes y acreedores.

"Siendo varios los socios profesionales, es recomendable mucha transparencia, comunicación y grandes dosis de lealtad, de lo contrario la vida de la empresa estará condenada al fracaso"

Y es que en no pocas ocasiones, nos encontramos en el juzgado o ante Hacienda con un administrador que pretende sin éxito alegar que él lo tenía delegado todo en su “gestoría” o en su gerente, y que no era consciente de la grave infracción que se estaba cometiendo. Equívoca defensa que le sirve para menos que nada en el adverso resultado.

Delegar es muy recomendable, pero sólo las tareas ejecutivas; nunca las responsabilidades. ●

FORMACIÓN

16 de junio en Donostia

19 Edición Open Day OsteoBiol

Osteógenos llevará a cabo la 19 Edición del Open Day de OsteoBiol el 16 de Junio en Donostia, en la que los Dres. Antonio Murillo, Leticia Sala y Borja Díaz, impartirán diferentes conferencias relacionadas con la preservación alveolar, el aumento de la cresta y el manejo de tejidos blandos.

Las plazas se reservarán por riguroso orden de inscripción.

- LETICIA SALA MARTÍ “Preservación alveolar desde la evidencia científica a una realidad clínica”
- ANTONIO MURILLO RODRÍGUEZ “Bases conceptuales del aumento horizontal y vertical de la cresta”
- BORJA DÍAZ OLIVER “Situaciones ideales para el manejo de tejidos blandos”. •

19 EDICIÓN OPEN DAY OSTEOBIOL
Dra. Leticia Sala - Dr. Antonio Murillo - Dr. Borja Díaz
El 16 de Junio en Donostia - San Sebastián

26/05 2018
AVCiB
ASOCIACIÓN VALENCIANA DE CIRUGÍA BUCAL
IV SIMPOSIO Avcib
REGENERACIÓN ÓSEA
SEDE SANTA ÚRSULA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
SAN VICENTE MÁRTIR
Osteógenos

La Asociación valenciana de cirugía bucal organiza junto a Osteógenos la IV Edición del Simposio sobre regeneración ósea, que tendrá lugar el 26 de mayo en la Universidad Católica de Valencia.

Los Dres. Maribel González, Virginia García, Antonio Armijo y Daniel Robles impartirán conferencias relacionadas con los biomateriales y el manejo de atrofas severas y de tejidos blandos.

26 de mayo en Valencia IV Simposio Avcib

“Avances en la regeneración ósea con biomateriales de última generación”.

Dra. Maribel González

“Manejo de tejidos y diseño en cirugía de regeneración”. Dra. Virginia García

“Abordaje de atrofas severas: lámina cortical como elemento de barrera”.

Dr. Antonio Armijo

“Manejo de atrofas óseas severas: expansión ósea”. Dr. Daniel Robles. •

Antón Suministros Dentales Curso teórico-práctico de Endodoncia

Los días 25 de mayo en Bilbao y 1 de junio en Zaragoza se impartirá un curso sobre endodoncia, con contenido teórico-práctico.

Los ponentes para cada una de estas citas serán el Dr. David Uroz (Bilbao) y el Dr. Marc García Pont (Zaragoza).

Para información sobre el curso y realizar las inscripciones:

garbi.sanz@antonsl.es / 94 453 06 22
o antonio.depaivacarvalho@vdw-dental.com / +351 912 412 889. •

¿Estás listo para simplificar tus Endodoncias, en tu práctica clínica?

Curso Teórico – Práctico

Contenido

- Casos clínicos
- La importancia de un correcto diagnóstico
- Implicación de la anatomía en los tratamientos
- Cómo aumentar la tasa de éxito en la endodoncia
- Sistema Reciprocante (RECIPROC® y RECIPROC® blue)
- R-PILOT™
- Protocolos de irrigación
- Sellado de conductos
- Sesión **Hands-On** con motores de endodoncia



Fechas

25 de mayo en Bilbao
1 de junio en Zaragoza

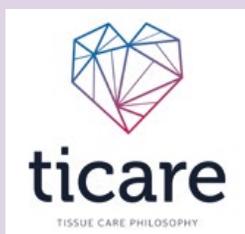
Editado por la editorial Atlantis, con la colaboración de grandes especialistas Técnicas avanzadas en cirugía maxilofacial, odontología y plástica de la cara mínimamente invasivas

En palabras del Doctor Acero destaca este libro por el desarrollo de las diferentes técnicas y procedimientos de los que se ocupa esta obra, un gran avance en el tratamiento de los pacientes afectados de patología del territorio oral y maxilofacial dentro del concepto cada vez más importante en la Sociedad actual del perfeccionamiento de los aspectos estéticos y el confort de nuestros pacientes con la reducción de la “agresividad” de las técnicas de tratamiento. •



Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

25 y 26 de mayo en el Aula de Formación de Ticare Curso de Gestión y Dirección de Clínicas Dentales



Ticare ofrece el curso “Gestión y dirección de clínicas dentales” dentro de su programa de actividades formativas.

Impartido por el Dr. Alberto Manzano y la Sra. Susana Cubas los días 25 y 26 de mayo en el Aula de Formación de Ticare (Valladolid). Durante este día y medio se alternarán las charlas con los talleres

Role-Play donde poner en práctica las habilidades recién aprendidas, y afianzar así dichos conocimientos.

Las inscripciones para este curso están abiertas, y puedes acceder el programa completo en: www.ticareimplants.com/formación. Consulte promociones con nuestros delegados. •

Del 7 al 9 de junio

XVIII Congreso Anual y VII Internacional Seger Soria

Los próximos días 7, 8 y 9 de junio tendrá lugar en la ciudad de Soria el XVIII anual Congreso y VII Internacional de la Sociedad Española de Gerodontología.

Más información e inscripciones en la Web www.seger.es •



Con grandes beneficios para unas encías y dientes sanos

Nuevo parodontax complete protection

Con la nueva pasta de dientes parodontax COMPLETE PROTECTION, sus pacientes pueden actuar para ayudar a prevenir la acumulación de placa que causa inflamación y sangrado de encías. Diseñado con ocho beneficios específicos para unas encías sanas y unos dientes fuertes:

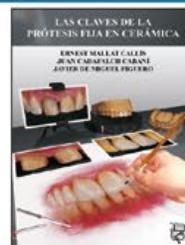
1. Reduce el enrojecimiento y la inflamación de encías.
2. Ayuda a mantener la unión entre el diente y la encía.
3. Limpia profundamente.
4. Blanquea delicadamente.
5. Fortalece el esmalte con un acelerador mineral.
6. Actúa contra el mal aliento.
7. Elimina cuatro veces más placa bacteriana.
8. Ayuda a detener y prevenir el sangrado de encías.



Con el lanzamiento del parodontax COMPLETE PROTECTION, GSK Consumer Healthcare tiene como objetivo ayudar a sus pacientes a alcanzar niveles óptimos de salud dental, con dos cepillados al día. Es una pasta dentrífica de uso diario que contiene bicarbonato sódico refinado que elimina hasta cuatro veces más placa que la pasta de dientes convencional y está clínicamente probado para ayudar a detener y prevenir el sangrado de encías. •



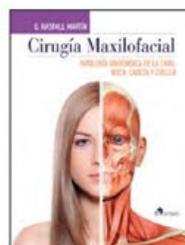
CARILLAS:
Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



Las Claves de la Prótesis Fija Cerámica
E. Mallat



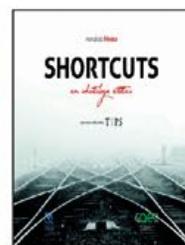
Perio-Implantología Estética
Joly / Mesquita / Carvalho



Cirugía Maxilofacial:
Patología de la cara, boca, cabeza y cuello
G. Raspall



La Dentadura Terminal
L. Biscaro



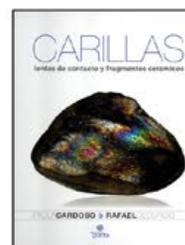
Shortcuts en odontología estética
R. Hirata



Zirconia: El poder de la luz
A. Zilio



Perlas El Collar artístico de la morfología
T. Gomes



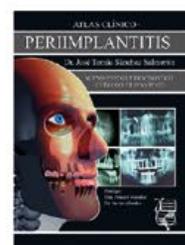
CARILLAS:
Lentes de contacto y fragmentos cerámicos
R. Dercio



Misch Complicaciones en implantología oral
C. Misch



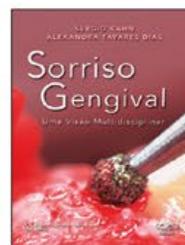
Tratado de Odontopediatría 2Vols
L. Bezerra



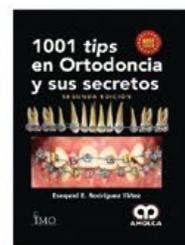
Atlas clínico de Perimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



Pasos para la prótesis sobre implantes
P. Rocha



Sonrisa Gingival
O. Kahn

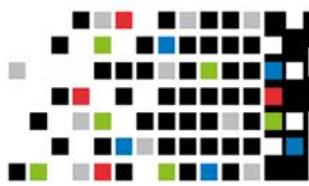


1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos
E. Rodriguez



Librería Servicio Médico
C/Juan de Garay nº18 Bajo Izq · 46017 Valencia · Tlf. 963573026
www.libreriaserviciomedico.com · info@libreriaserviciomedico.com

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS
CONFIGURADOS



FOTOLANDIA

dental



**3 MODOS
DE
DISPARO**

933305162 · 933302969
fotolandia@fotolandia.cat
www.fotografiadental.cat

INTRAORAL
EXTRAORAL
CIRUGÍA

Coincidiendo con su 30º aniversario

DVD Dental presenta una nueva edición de Odontomecum

DVD Dental presenta, coincidiendo con su 30º aniversario, una nueva edición de su manual de consulta Odontomecum.

La mayor innovación de este relanzamiento es el nuevo sistema de actualización que DVD Dental incorpora a su catálogo. Un método que permitirá que Odontomecum se renueve a diario, de manera que DVD Dental se convierte en la única empresa del sector dental que pone a disposición del profesional un catálogo constantemente actualizado.

El nuevo Odontomecum cuenta con todos los productos necesarios en el día a día de la clínica.

Odontomecum es un manual creado por y para especialistas de la medicina dental, con el objetivo de dar respuesta a todas las necesidades que surjan en la práctica diaria de la profesión.

Laura Sanz, responsable del proyecto, comenta: "Nuestro objetivo ha sido siempre ofrecer las soluciones y los productos más innovadores del sector de forma rápida y eficaz.

DVD

Developing Value in Dentistry

Con el lanzamiento de esta nueva edición del catálogo, reafirmamos nuestra evolución en el sector y el valor añadido que aportamos a los profesionales de la odontología." •

Hasta el 31 de mayo

NSK amplía la vigencia de las ofertas especiales de Expodental

Debido al éxito de sus productos en Expodental 2018 y a la gran acogida que han recibido las Ofertas Especiales de Expodental 2018 en aparatología para implantología, autoclaves y turbinas, NSK Dental Spain ha decidido ampliar la vigencia de las ofertas especiales hasta el próximo 31 de mayo de 2018.

Invitamos a todo aquel que esté interesado en conocer las ofertas de cirugía, autoclaves o turbinas que se ponga en contacto con el delegado comercial de su zona. •



Sillón S7 Ancar

Otra manera de trabajar, un nuevo sistema de elevación vertical

Ancar ha lanzado su Serie 7, un equipo nuevo con elevación vertical y tapizado Soft Plus, garantizando el confort y ergonomía máximos para el doctor y el paciente.

El nuevo modelo incorpora un reposapiernas plegable a 90 grados, lo que permite el acceso fácil para personas mayores o personas con movilidad reducida. La S7 es ideal para los tratamientos de ortodoncia o estética y ofrece un gran confort para el paciente y es práctico para los doctores.

La silla tiene 4 puntos de seguridad para evitar cualquier interferencia con el paciente.

El nuevo sistema de elevación vertical de Ancar permite que el paciente se siente, asegurando una vista frontal completa del paciente y su boca.

Distribuido en la Zona Norte por Suministros Dentales Anton S.L. •



NUEVO



8 BENEFICIOS ESPECIALMENTE DISEÑADOS PARA UNAS ENCÍAS SANAS



Y UNOS DIENTES FUERTES

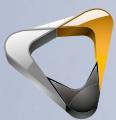


X4 VECES MÁS EFICAZ
eliminando la acumulación de bacterias,
una de las causas del sangrado de encías*

*Comparado con una pasta de dientes convencional, tras una limpieza profesional y con 2 cepillados/día.

Las pastas parodontax son productos sanitarios y cumplen con la legislación vigente en materia de productos sanitarios. CHESP/CHPAD/0047/17a

LAS HERRAMIENTAS PARA UN DIAGNÓSTICO SEGURO



WORKFLOW INTEGRATION | HUMANIZED TECHNOLOGY | DIAGNOSTIC EXCELLENCE

Nuestras innovaciones facilitan un mejor diagnóstico, dinamizan el flujo de trabajo y ayudan a ahorrar tiempo:

- El CS 8100 3D es el sistema 3D más compacto de mercado.
- Los sensores RVG 6200 tienen filtros personalizables para un diagnóstico más preciso.