ODONTÓLOGOS de hoy

PUBLICACIÓN BIMESTRAL
Volumen 5
Nº 23 JUN/JUL 2016
EDICIÓN MÉXICO

Jaime Nomen
Odontólogo y astrónomo reconocido

José Ignacio Zalba
Especialista en programas preventivos

Marcela Romero

Profesora Asistente en la Universidad de Nueva York

"Necesitamos más odontólogos especializados en Dolor Oro-Facial"

MOZO GRAU®

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...

ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

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

6 Tribuna

10 Actualidad

10 NOTICIAS
II Colegio Europeo de Historia de la Odontología · AMA sitúa su beneficio bruto sobre los 20 millones de euros.

12 REPORTAJE
SEPA Valencia 2016 reúne más de 4.000 profesionales · I Simposio de Implantología en Atrofias Maxilares · La SEOP celebra su XXXVIII edición con un intenso programa · Fundación Hanan · El autismo, un trastorno poco conocido.

26 Entrevista

26 Marcela Romero Reyes.
Profesora Asistente en la Universidad de Nueva York.

32 Jaime Nomen.
Odontólogo y astrónomo reconocido.

36 José Ignacio Zalba Elizari.
Especialista en programas preventivos.

54 Ciencia y salud

40 CASO CLÍNICO
Odontoma Complejo Sinfisiario Mandibular.

46 CASO CLÍNICO
Shock Anafiláctico en Odontología.

54 10 cosas que debes saber sobre CBCT.

58 La Odontología en *El Quijote*.

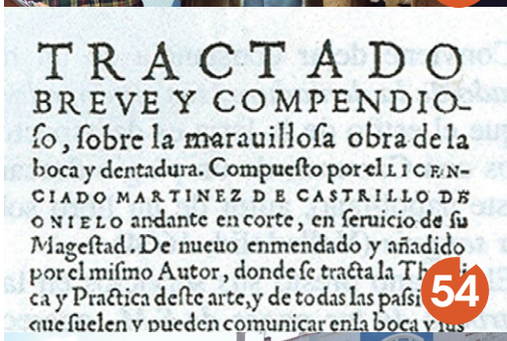
64 Ocio y deporte

64 DESTINOS
Menorca, una isla que vive de "cara al mar".

68 Agenda cultural

70 Empresas

74 Formación



ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:
Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:
María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)
Isabel Moreno Hay. University of Kentucky
correspondent2.usa@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN MÉXICO
Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

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

CORRESPONSAL EN CHILE
Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM BRASIL
Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA
Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA
Helena Galo
Fotolandia

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:
MSH Impresores

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).

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

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

Cristina García Durán. Madrid.

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

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

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

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

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

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

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

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

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

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

Adalberto Mosqueda Taylor. Profesor titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (México).

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

Francisco Javier Sanz Serrulla Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina. U.C.M. Madrid, Académico de Número de la RANM.

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

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis 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.

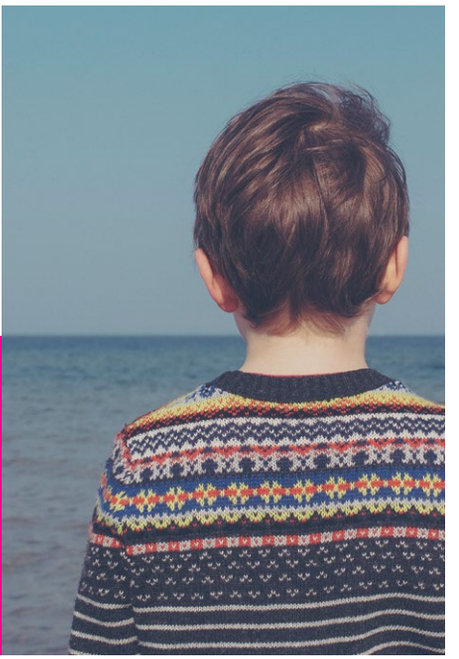
Silvina Beatriz Villalba. Profesora titular. Universidad Católica de Córdoba. Argentina.

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, 5° Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013

ODONTÓLOGOS JUN/JUL 2016



El autismo

Un trastorno poco conocido

22

La SEOP celebró su XXXVIII edición
En Valencia del 26 al 28 de mayo

18

12

50ª Reunión Anual SEPA
Reúne a más de 4.000 profesionales

Fundación Hanan

Sonrisas andalusíes al otro lado del estrecho

20

SUSCRIPCIONES:

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

- **Nombre**
- **Dirección Postal Completa**
- **Correo Electrónico**

La necesidad de los datos

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

Se atribuye a Lord Kelvin (William Thomson, 1824-1906), físico y matemático, la frase: "Suelo decir que cuando puedes medir aquello de lo que estás hablando, y expresarlo en números, es que sabes algo acerca de ello". A Kelvin le debemos, entre otras cosas, la escala con la que medimos la temperatura, algo tan habitual y cotidiano.

La salud comunitaria se alimenta de disciplinas ajenas al campo biomédico como son las ciencias sociales. En el mundo en que vivimos, la medición de los parámetros de la actividad del hombre, en cualquiera de sus facetas, es algo que nace con la actividad misma. Hoy no podemos imaginar nuestra vida sin estadísticas de lo que producimos, de lo que ganamos, de lo que gastamos, de lo que vendemos; también de lo que fracasamos. Estamos familiarizados con las cifras, todo se mide: la actividad económica, la actividad social, la mortalidad, la morbilidad, el índice de acierto en una prueba, el fracaso escolar, la posesión del balón en un partido de fútbol. Miremos hacia donde miremos, todo tiene su expresión en números. Y la salud no podía escapar a esta necesidad. El campo de conocimiento de la salud pública se ocupa, entre otras cosas, de expresar en números todo lo que rodea a la salud de los individuos y las comunidades. Ese conocimiento es imprescindible para delimitar el terreno de juego en el que nos movemos. Las encuestas de salud oral dibujan el mapa nacional de las enfermedades bucodentales en España, pero necesitamos que sean las comunidades autónomas las que realicen sus propias encuestas en su propio terreno, porque es ahí donde se toman las decisiones sobre programas y servicios para la población. Y esto es así porque la asistencia sanitaria está transferida a las comunidades autónomas.

> *"Solo el 8% de los hombres y mujeres que acudieron al dentista en el último año, lo hicieron a una clínica marquista, aunque su presencia en la calle y en los medios ofrece la impresión de que pudiera ser la opción mayoritaria."*

El Libro Blanco de la Salud Oral en España 2015, recientemente publicado y editado por el Consejo General de Colegios de Dentistas de España, desvela cómo nos comportamos los españoles respecto a la salud oral y descubre, por ejemplo, que solo el 8% de los hombres y mujeres que acudieron al dentista en el último año, lo hicieron a una clínica marquista, a alguna de estas franquicias que han mercantilizado una actividad tan importante como es la asistencia sanitaria, y lo que de ello se deriva en términos de salud. Un dato que quizás nos alivia un poco, porque su presencia en la calle y en los medios ofrece la falsa impresión de que pudiera ser la opción mayoritaria. A propósito de los escándalos recientes me permito un inciso: sólo cuando a la Hacienda del estado le han tocado el bolsillo ha abierto los ojos, ¿cuándo lo hará el Ministerio de Sanidad?

Bienvenida sea también la iniciativa del Observatorio de la Sa-

lud Oral en España, siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea. Al parecer nuestro país es el primero en ponerlo en marcha. Este observatorio nos va a permitir conocer, por ejemplo, cómo es la actividad asistencial de las clínicas dentales en España. Otro ejemplo es el documento de la Federación Dental Internacional titulado *El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. 2ª ed.,* que tiene por objetivo, según su propia declaración, "dibujar el mapa del abandono de la salud bucodental".

Todo esto puede parecer pesado y alejado de nosotros. Desde una perspectiva del clínico que asiste a sus pacientes, se puede ver la salud comunitaria, sus cifras y debates, como algo que queda fuera de sus competencias. Pero nada más falso. Los pacientes, como los clínicos, nos movemos en el seno de una comunidad. Atendemos a

> *"España es el primer país donde se pone en marcha el Observatorio de la Salud Oral, y nos permitirá conocer cómo es la actividad en las clínicas dentales."*

individuos que pertenecen a una población y, entre unos y otra, hay evidentes vasos comunicantes. Porque lo que ocurre a nivel poblacional tiene una concreción en los individuos. Una epidemia no son cifras en un informe: son personas enfermas que buscan asistencia; una moda, como la estética dental por ejemplo, no es solo un debate social: son sujetos acudiendo a nuestras consultas solicitando sustituir amalgamas, blanqueamientos o carillas. Una publicidad engañosa, con los tratamientos todo a cien como protagonistas, son pacientes solicitando –y recibiendo– tratamientos que, probablemente, no necesitan. Las cifras de salud, y todo su entorno, sirven para ayudar a planificar los servicios necesarios para atender las necesidades de salud y de tratamiento, y para evaluar la eficacia de nuestras acciones. Así pues, necesitamos datos •

Hay que levantarse y recobrar la dignidad de nuestra profesión

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Hoy me contaron una historia que me hizo reflexionar y quiero compartirla con vosotros:

Érase una vez un gran elefante amarrado con una cuerda a una pequeña estaca clavada en el suelo. La estaca era tan pequeña y frágil que, si el elefante quisiera, la rompería con facilidad, pero el elefante permanecía sentado a pocos metros de la estaca, sin ninguna intención de escapar.

Al elefante lo ataron a esa pequeña estaca pocas horas después de nacer, era débil y un poco torpe puesto que era solo un bebé. Intentó escapar durante un tiempo, hasta que un día se rindió y dejo de intentarlo, sin darse cuenta de que había crecido y se había hecho fuerte, pero había perdido las esperanzas de ser libre...

Esto me ha hecho pensar en los jóvenes odontólogos. Salimos débiles, con miedo a cometer errores, con miedo a no tener suficiente experiencia, y eso hace a muchos caer en manos de comerciales que les explotan y les mangonean, algunos aceptan trabajar gratis, otros aceptan trabajar más horas de las que deberían, y llega un día en que crecen pero, al igual que el elefante, ya parece que es demasiado tarde para escapar.

Reflexionemos... ¿Necesitamos trabajar para franquicias, seguros y cadenas? ¿O son ellas las que necesitan a los dentistas para existir?

Creo que en España estamos dando un mensaje muy equivocado a los jóvenes, les estamos diciendo básicamente que tienen que tragarse sus derechos y aguantar, para tener un futuro mejor algún día, cuando lo que sucederá será todo lo contrario.

> *"En España le estamos diciendo a los jóvenes que tienen que tragarse sus derechos y aguantar para tener un futuro mejor algún día, cuando lo que sucederá será todo lo contrario."*

Soy consciente de la dura crisis que tenemos en el país, sé que vivimos con el miedo a no tener trabajo, a fracasar, a nunca crecer como profesionales... Son miedos que nos atormentan a todos, incluso a los dentistas veteranos.

Ellos tienen miedo a dejar de trabajar para las aseguradoras, aún sabiendo que lo que han hecho ha sido darles pacientes durante años para acabar montando sus propias clínicas y prescindir del profesional de toda la vida. Los hemos alimentado, y ellos han ido bajando los honorarios a los profesionales, hasta niveles en los cuales ya no merece la pena el riesgo que supone el tratamiento. Pero, como el elefante, los dentistas veteranos también tienen miedo a perder pacientes.

La situación que vive la profesión tiene solución, no digo que sea fácil, pero implica ser valientes.

Supone una unión fuerte entre profesionales, y el empezar a decir en bloque "no" a todos los abusos.

"No a trabajar gratis para aprender", "no a trabajar con seguros", "no a ser presionados por empresarios para facturar más", "no a la mercantilización de la profesión".

Sé que es una visión muy idealista, pero estoy convencida de que es la única manera que tenemos de recobrar la dignidad de nuestra profesión.

A los jóvenes hay que decirles la verdad, si cedes ahora te convertirás en ese elefantito que nunca pudo escapar, porque si tú cedes, el día que crezcas, si quieres cambiar

las cosas, te despedirán y atarán a otro joven odontólogo, tú te quedarás sin trabajo por no haber sido valiente en su día, por alimentar ese sistema, porque alguien tiene que ser el primero en decir “no, por aquí no paso” y dar ejemplo al resto.

A los veteranos hay que decirles que en su momento no sabían los planes de los seguros pero que a día de hoy ya todos sabemos que fue pan para hoy y hambre para mañana.

Los seguros han traicionado a los profesionales para montar ahora sus propias clínicas en las que contratan jóvenes odontólogos más manejables. Ahora es el momento de cortarles el grifo y que nadie trabaje con ellos.

> *“Lo más difícil es luchar contra las ideas que nos han instaurado poco a poco durante años y cambiar de actitud, porque no necesitamos a los seguros, son ellos los que nos necesitan a nosotros.”*

Porque lo más difícil es luchar contra las ideas que nos han instaurado poco a poco durante años y cambiar de actitud, porque no necesitamos a los seguros, son ellos los que nos necesitan a nosotros para existir, son puros intermediarios y nos tienen que tratar bien, porque sino dejaremos de trabajar con ellos. Ese es el mensaje que se nos tiene que grabar a fuego.

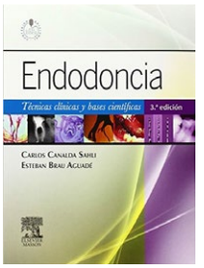
Igual que las franquicias necesitan a los odontólogos jóvenes para que su sistema de odontología low cost sea viable.

Podemos cambiar las cosas, solo hace falta recapacitar sobre el rumbo que llevamos, porque si continuamos así desapareceremos como profesión sanitaria liberal, y los primeros que van a sufrir son nuestros pacientes, a los que les hemos dedicado tanto cariño y esfuerzo.

Es el momento de levantarse y romper la cuerda que nos une a esa pequeña estaca, porque juntos somos mucho más fuertes, porque nosotros somos los imprescindibles •

Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat

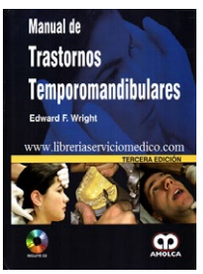
Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



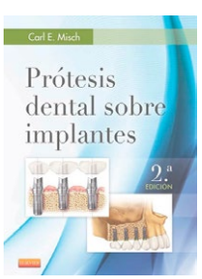
Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
Canalda

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

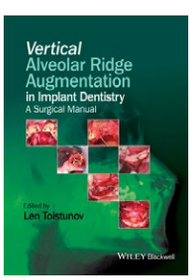
Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau



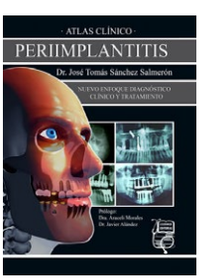
Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



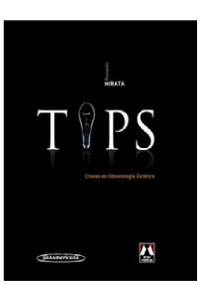
Prótesis dental sobre implantes
Misch



Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov

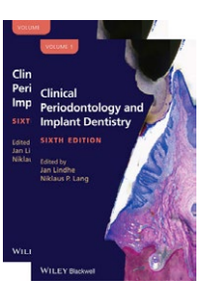


Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón

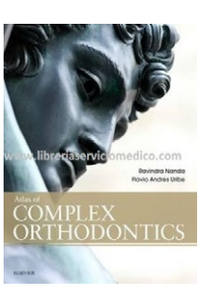


Tips Claves en odontología estética
Hirata

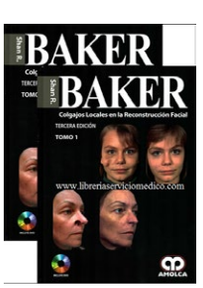
Ortodoncia: Conceptos fundamentales
Wichelhaus



Clinical Periodontology and Implant Dentistry
Lindhe



Atlas of complex orthodontics
Nanda



BAKER Colgajos locales en la reconstrucción facial
Shah

Morfología Dental
Miller

Librería Servicio Médico (Odontología & Medicina)
C/Juan de Garay nº18 Bajo Izq · 46017 Valencia · Tlf +0034 963 573 026
www.libreriaserviciomedico.com · @ info@libreriaserviciomedico.com

EN MADRID, LOS DÍAS 15 Y 16 DE ABRIL

II Congreso Europeo de Historia de la Odontología

Presidido por el Prof. Javier Sanz, a su vez presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO), y junto a las sociedades homónimas Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD) y Societá Italiana di Storia della OdontoStomatologia (SISOS), presididas respectivamente por los profesores Pierre Baron y Paolo Zampetti, se celebró en Madrid, en el salón de actos de la Real Academia Nacional de Medicina, el II Congreso Europeo de Historia de la Odontología, durante los días 15 y 16 de abril. Asistieron representantes de varios países europeos: Portugal, España, Italia, Francia, Bélgica y Turquía, y también historiadores de otros países como Argentina, Guatemala o la República del Congo.

Con la ponencia "La importancia de las Humanidades en los profesionales de ciencias de la salud", abrió el congreso el Prof. Antonio López Vega, de la Facultad de Geografía e Historia de la UCM y ex presidente de la Fundación Ortega-Marañón, remontándose quinientos años para revisar la evolución del humanismo y dejar patente la necesidad de que se incluyan las humanidades en el currículo de los profesionales sanitarios. La Profª. María José Solera, coordinadora del "Proyecto Epónimos Odontológicos" de la SEHO, fue la segunda conferenciante, exponiendo las líneas de dicho proyecto, presentándose varias comunicaciones sobre el mismo, entre las 43 comunicaciones libres, que fueron dictadas por los cerca de 80 historiadores que acudieron a la cita.

La idea de un congreso que agrupara a los historiadores europeos, surgió en Turín en el año 2010 y fue promovida por el Dr. Javier Sanz, el cual, como presidente de SEHO, animó a sus homólogos Baron y Zampetti a celebrar estos encuentros, teniendo lugar el primero de ellos en Lyon en el año 2013, correspondiendo el turno siguiente en Italia.

> *"La idea de un congreso que agrupara a los historiadores europeos surgió en Turín en 2010 y fue promovida por el Dr. Javier Sanz, que animó a sus homólogos Baron y Zampetti a celebrarlos."*

Estas sociedades no cesan su actividad de dar razón sobre el recuerdo histórico de la odontología para poder entender mejor el presente y proyectarse en el futuro, trabajando en diversas líneas de investigación que surgen de sus miembros. Asimismo es parte importante la celebración de congresos nacionales e internacionales.

SEHO celebró el año pasado su XIV Congreso Nacional y IX Internacional. Ahora, felizmente, ha organizado y dirigido este congreso europeo de alto nivel científico en el que se hermanan y hacen puesta en común los historiadores del viejo continente •

POR CUARTO AÑO CONSECUTIVO

AMA sitúa su beneficio bruto por encima de los 20 millones de euros

La Mutua de los Profesionales Sanitarios, AMA, ha aprobado sus cuentas del pasado ejercicio en su Asamblea. Diego Murillo, Presidente de la entidad, destacó que la compañía obtuvo unos fondos propios de 196,8 millones de euros al cierre del año pasado, lo que representa un superávit de más de cien millones de euros.

> *"La Mutua es la única compañía nacional especializada en ofrecer todo tipo de seguros para los profesionales sanitarios y sus familiares."*

AMA obtuvo 20,6 millones de euros de beneficio antes de impuestos en 2015, con un volumen de primas de 161 millones de euros en el ejercicio.

La compañía incrementó un 1,3% sus pólizas y casi un 2% su número de asegurados el ejercicio pasado, hasta un total de 556.290. La Mutua también elevó un 4% su volumen de negocio sobre los cerca de novecientos mil productos contratados activos al cierre de 2015.

La Mutua es la única compañía nacional especializada en ofrecer todo tipo de seguros para los profesionales sanitarios y sus familiares. Lleva 51 años fiel a esa especialización en España, y en ese tiempo, con unos 600.000 asegurados, se ha consolidado entre las grandes mutuas de seguros nacionales.

Primer Aniversario en Ecuador

El Doctor Murillo informó también de que A.M.A. ha cumplido su primer aniversario en Ecuador, donde ya ha suscrito acuerdos de colaboración con varias entidades de referencia, como la Federación Odontológica Ecuatoriana, el Hospital Vozandes o la Universidad Católica de Ecuador.

Por segmentos, la compañía elevó un 9% su cartera de pólizas de Responsabilidad Civil profesional, hasta casi 58.000 pólizas y más de 300.000 profesionales sanitarios asegurados. En automóvil redujo sus productos contratados un 1,65%, si bien siguen significando un 54% de las pólizas contratadas totales y el 65,6% de las primas emitidas por la Mutua.

Murillo matizó que la Mutua de Profesionales Sanitarios ha sabido resistir frente a la política "temeraria" de descuentos seguida por otras compañías en el ramo de automóvil, y que empieza a diluirse ante las mayores indemnizaciones reconocidas en el nuevo baremo por daños en accidentes de tráfico. En un entorno económico más favorable, que está permitiendo la recuperación de precios, considera que AMA está en condiciones de recuperar cuota de mercado, y recordó que los seguros de automóvil de la Mutua se sitúan entre los tres mejores de España y los segundos mejores por precio según el Informe Stiga 2015, principal estudio independiente nacional sobre percepción de productos de gran consumo •

FIRMA DE LA DECLARACIÓN DE VALENCIA

SEPA reúne más de 4.000 profesionales

La 50ª Reunión Anual SEPA y la 6ª Reunión de Higiene Bucodental se celebró del 12 al 14 del pasado mes de mayo en Valencia. Durante el transcurso del evento, en el que se dieron cita más de 4.000 profesionales de la salud bucodental, se presentaron unas 250 comunicaciones científicas, participaron más de 100 ponentes nacionales e internacionales, y contó con la presencia de 80 empresas que expusieron sus productos y novedades en ExpoPerio.

En el marco de este encuentro profesional se presentó la denominada "Declaración de Valencia", un manifiesto que ya cuenta con la adhesión de autoridades sanitarias, sociedades de odontología, sociedades médicas, universidades y colegios profesionales de odontólogos y de higienistas dentales, entre otros muchos, y que espera ir recabando nuevas incorporaciones próximamente.

Esta alianza, que pretende impulsar la promoción de la salud

> *"La Declaración de Valencia es un manifiesto que cuenta con el apoyo de autoridades sanitarias y sociedades médicas, universidades y colegios profesionales."*

periodontal y general, está promovida por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), en colaboración con la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y la Sociedad Española de Diabetes (SED).

Es una iniciativa abierta y de cooperación entre profesionales sanitarios, entidades científicas e instituciones públicas que tienen la salud y el bienestar de las personas en el centro de su actividad.

SEPA VALENCIA 2016

REUNIÓN ANUAL
NÚMERO 50

El objetivo de este acuerdo es avanzar en tres ámbitos esenciales: la información, la integración multidisciplinar y la investigación, poniendo el acento en la importancia que puede desempeñar la consulta dental como centro colaborador en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El acto de firma y presentación de la “Declaración de Valencia”, se realizó el 12 de mayo y se acompañó de distintos actos divulgativos y formativos en varios países europeos •

NSK

CREATE IT.

NSK Dental Spain SA ***www.nsk-spain.es***

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

CELEBRADO EN VALENCIA

Ier Simposio de Implantología en Atrofias Maxilares

El pasado 29 de abril, se celebró el Ier Simposio de implantología en atrofias maxilares en Valencia, bajo la organización del Servicio de Odontoestomatología del Hospital Universitario Doctor Peset y de BEGO.

El evento, al que acudieron un centenar de profesionales, estuvo presidido por el Dr. Francisco Javier Silvestre Donat y fue inaugurado por el Gerente del Departamento de Salud de Valencia – Doctor Peset, el Dr. Francisco M. Dolz Sinisterra y la Directora Territorial de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Publica, la Sra. Maria Teresa Cardona.

> *"El evento estuvo presidido por el Dr. Franciso Javier Silvestre Donat y fue inaugurado por el Gerente del Departamento de Salud de Valencia."*

El Dr. Isidoro Cortell inició la Jornada con su presentación titulada "Elevación de seno maxilar. Puesta al día". Realizó una puesta al día de las diferentes técnicas asociadas a este procedimiento, indicando las directrices a seguir para elegir la técnica más apropiada en cada caso.

A continuación, el Dr. Artur Díaz Carandell pronunció la conferencia "Injertos óseos en el maxilar atrófico", en la que se abordaron las diferentes opciones reconstructivas frente al problema del maxilar atrófico, con una presentación de casos clínicos muy interesantes.

HOSPITAL UNIVERSITARI DOCTOR PESET

Después de un animado coffee break, siguieron las presentaciones con la ponencia del Dr. Pablo Galindo Moreno titulada "Claves en el desarrollo y progresión de la periimplantitis". El ponente realizó una magnífica revisión de los factores de riesgo en este tipo de infecciones y su relación con un nuevo concepto de microbióta y con la inflamación, describiendo los mecanismos que actualmente se consideran en el avance de la enfermedad, y los criterios más actuales para detener su progresión. Además, también mencionó los factores clínicos que pueden evitar estas situaciones en la actualidad. La última ponencia fue presentada por el Dr. Miguel Peñarrocha Diago, que dictó sobre "Implantes palatinizados". Describió las posibilidades para colocar implantes en pacientes con grandes atrofias óseas, explicando la base científica de estos tratamientos y sus resultados a largo plazo.

La jornada finalizó con una mesa redonda en la que participaron todos los ponentes, con la respuesta de un público entusiasta que participó activamente con sus preguntas y dudas sobre todo lo expuesto durante la interesante e intensa jornada •

> *"La jornada finalizó con una mesa redonda en la que participaron todos los ponentes, con la respuesta de un público entusiasta."*

IMPORTANTE REVISIÓN DE TEMAS DE GRAN ACTUALIDAD

La SEOP celebra su XXXVIII edición con un intenso programa

La XXXVIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría se celebró del pasado 26 al 28 de mayo, en el Palacio de Exposiciones y Congresos de La Coruña, una céntrica ubicación en el corazón de la ciudad.

El completo programa de este encuentro profesional se centró en diversas sub-especialidades del mundo de la odontología, lo que representó una ocasión única para la puesta al día en diversos aspectos de la profesión. Entre otros temas tratados destacamos las presentaciones sobre la utilidad de los programas de desensibilización en pacientes con TEA, las manifestaciones orales de las enfermedades sistémicas en niños y el manejo de los problemas periodontales en niños y adolescentes, entre otras. La conferencia magistral, **"La revolución genómica y su impacto en odontopediatría"**, congregó a un numeroso público.

El nivel científico de los casos expuestos y los ponentes participantes fue excelente, así como la asistencia de destacadísimos profe-

> *"El completo programa de este encuentro representó una ocasión única para la puesta al día en diversos aspectos de la profesión."*

sionales del mundo de la periodoncia, ortodoncia, endodoncia, de los pacientes especiales, de operatoria dental o de las patologías de la mucosa oral, logopedas y rehabilitadores médicos.

La reunión supuso, igualmente, una gran oportunidad para disfrutar de la ciudad gallega, y el emplazamiento del Congreso permitió a los asistentes disfrutar del placer de perderse por las callejuelas de la ciudad vieja y caminar junto al mar •

FUNDACIÓN HANAN
Sonrisas andalusíes al otro lado del estrecho

Hablar de Tetuán evoca a cualquier madrileño la imagen de uno de sus distritos más señeros. Los lectores de María Dueñas la ubicarán en su imprescindible texto "Un tiempo entre costuras". Un sevillano pensará en una de sus calles más céntricas y vitales. Los amantes de la historia retrocederán en el tiempo y recordarán la Guerra de África y la capitalidad del Protectorado Español en la primera mitad del siglo XX. Para los miembros de la Fundación Odontología Social decir Tetuán es sonrisas, afecto de niños con especial encanto y uno de los lugares donde nos convencimos que la odontología puede hacer más felices a los que más lo necesitan.

> *"La Fundación Hanan ha atendido durante los últimos 40 años a miles de niños con limitaciones físicas y/o psíquicas del norte de Marruecos."*

La Fundación Hanan ha atendido durante los últimos cuarenta años a miles de niños con limitaciones físicas y/o psíquicas del norte de Marruecos. Con el Dr. Abdeslam Bakouri al frente como Presidente de la Fundación movilizan a la sociedad tetuaní para formar y capacitar a esta población infantil con necesidades

diferentes. Buscan su autonomía, luchan por su integración laboral y social, intentan que sean más libres, más independientes y por ende, más felices. Para ello cuentan con profesores, fisioterapeutas, monitores deportivos, tutores ocupacionales, pediatras, foniatras, logopedas, etc. En definitiva se trata de una Fundación modélica que constituye un referente solidario en el norte de Marruecos. De hecho, el Rey Mohamed VI visita sus instalaciones periódicamente y la Casa Real ayuda a su mantenimiento.

La Fundación Hanan cubría y cubre distintas necesidades del colectivo infantil pero hasta el año 2010 no llevó a cabo ningún tipo de programa de salud oral. Esto provocaba visitas a dentistas externos para atender de urgencia procesos infecciosos, odontalgias, fracturas, etc. En definitiva dolor, ansiedad y noches de insomnio. En aquel año la Fundación Hanan y la Fundación Odontología Social deciden crear la primera clínica dental solidaria del norte de Marruecos. Y la primera clínica para población infantil discapacitada del norte de África. La Fundación Odontología Social dotó íntegramente las instalaciones: unidad dental Kavo, dos unidades móviles, material quirúrgico, autoclave, fungible. Ya se podía atender odontológicamente en la clínica dental de la Fundación Hanan.

> *"En 2010 la Fundación Hanan y la Fundación Odontología Social decidieron crear la primera clínica dental solidaria del norte de Marruecos."*

Desde febrero de 2010 han sido centenares de niños/as los atendidos por nosotros. Se han realizado programas de formación de monitores, talleres de higiene oral, multitud de terapias. Cualquier acción desarrollada en estos años venía a paliar la inacción existente previamente. Actualmente, asistimos a una encrucijada en la que debemos ser imaginativos para superar los obstáculos que encuentra el proyecto para su continuidad y consolidación. Fuimos pioneros, atendimos y educamos. Dimos lo mejor de nosotros. Todo lo aportado es mínimo en relación a las sensaciones que recibimos de esos agradecidos niños. Ellos se lo merecen todo. Ojalá la clínica dental solidaria de Hanan-Tetuán continúe regalando sonrisas •

Prof. Antonio Castaño Seiquer.
Presidente Fundación Odontología Social.

El autismo,

UN TRASTORNO POCO CONOCIDO

Hace unas semanas nos llegó la noticia de que el Servicio de Odonto-Estomatología del Hospital Gregorio Marañón había recibido un premio de la Federación de Autismo de Madrid por su contribución a la mejora de la atención bucodental a personas con Trastorno del Espectro Autista. Esta información nos animó a reservar un espacio en nuestra publicación para hablar del autismo, un trastorno poco conocido, difícil de definir, con una sintomatología que, en ocasiones, puede confundir su diagnóstico.

Para poder profundizar en el tema nos hemos puesto en contacto con la **Federación de Autismo de Madrid** que, a través de la psicóloga **Laura Hijosa**, nos ha contado detalles sobre estos trastornos, las terapias y tratamientos, y lo que representan esas entidades y asociaciones que prestan ayuda a estos pacientes y sus familias.

¿Qué es el autismo?

Los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) son un grupo de alteraciones de origen neurobiológico, aún desconocido, que afectan al desarrollo de la persona y que van a estar presentes a lo largo de su vida, produciendo unos cambios cualitativos y cuantitativos en su proceso cognitivo, modificando su manera de estar y de relacionarse con su entorno.

Hablamos de espectro porque los TEA comprenden un grupo de manifestaciones clínicas que, aunque comparten un núcleo común, muestran una gran variabilidad de conductas y expresiones.

La idea de tomar el autismo como un continuo, más que como una categoría única, nos ayuda a entender que, cuando hablamos de autismo estamos hablando de personas muy diferentes entre sí.

Dentro de las características comunes encontramos alteraciones en las siguientes áreas:

- **Relación social:** hay personas con TEA que no muestran interés en relacionarse y hay otras que se relacionan mostrando alguna dificultad en sus habilidades sociales.
- **Comunicación**: que puede darse a nivel expresivo y/o a nivel comprensivo. Encontramos personas con TEA que no llegan a alcanzar destrezas comunicativas, otras que se comunican mediante el uso de sistemas aumentativos o alternativos de comunicación, y otras que tienen habilidades lingüísticas fluidas, pero que tienen dificultades para utilizarlas de manera funcional.
- **Comportamiento**: suelen presentar intereses y conductas repetitivas e inflexibles, dificultad para afrontar cambios, también a diferentes niveles.
- **Imaginación.**

Aunque estas alteraciones no tienen cura, pues el autismo no es una enfermedad, sí son susceptibles de mejora con los apoyos, recursos, servicios y tratamientos adecuados.

¿Cuáles son las terapias y tratamientos para el autismo?

El objetivo de todo tratamiento, intervención o terapia debe ser siempre el desarrollar las máximas capacidades de la persona con TEA, de modo que en su vida logre ser lo más autónoma y lo más feliz posible, a la vez que alcance la máxima integración en la sociedad.

Además, toda intervención terapéutica debe siempre adaptarse a las características particulares de cada persona con TEA y a su entorno familiar y social. Debe presentar una programación de objetivos individualizada y mantener una continuidad tanto del personal como de los lugares y los tiempos, de modo que se aseguren los aprendizajes.

En caso de que intervengan varios profesionales en un tratamiento, o de que se apliquen varios tratamientos complementarios, la coordinación entre todos los profesionales y la familia es fundamental.

El tratamiento a utilizar debe también estar contrastado científicamente, de modo que sus beneficios estén comprobados, no dejándose estafar por terapias que prometen la cura del autismo o que ofrecen tratamientos sospechosos y no fundamentados.

Por otro lado, es importante destacar que el grado de incidencia de los TEA ha aumentado a lo largo de los últimos años. Actualmente las cifras que se manejan en los estudios epidemiológicos realizados en Europa, apuntan a una prevalencia de aproximadamente 1 caso de TEA por cada 100 nacimientos (Autism Europe 2015); Además, el autismo se presenta cuatro veces más en hombres que en mujeres.

Teniendo en cuenta toda esta realidad se hace imprescindible que la sociedad en general conozca qué son los TEA, se eliminen mitos y malas informaciones sobre ellos, de cara a favorecer una verdadera inclusión de este colectivo, inclusión que debe darse en todos los ámbitos de la vida: sanidad, educación, empleo, ocio, etc.

Si bien es cierto que, a lo largo de los últimos años, se han logrado avances en todos los sentidos, llegando a estar posicionada España como uno de los países más punteros en el campo de los TEA, es fundamental seguir alcanzado mejoras que son urgentes.

Desde la Federación Autismo de Madrid y sus entidades federadas, se trabaja para que estas necesidades y estos derechos se cubran, ofreciendo información, formación, asesoramiento, campañas de sensibilización social, labor institucional, comisiones de trabajo, defensa de derechos y un largo etcétera.

A las familias de las personas con TEA siempre les recomendamos que se informen y que se asesoren. Desde Autismo Madrid siempre estamos a su disposición y pueden contactar con nosotros cuando consideren, igual recomendación hacemos a los profesionales que estén interesados en este ámbito.

Asociaciones y entidades de apoyo a pacientes con autismo

Existen diversas asociaciones y entidades que proporcionan toda la información y apoyo necesario para poder ayudar a mejorar la calidad de estas personas y sus familias.

En la Comunidad de Madrid la Federación de Autismo está compuesta por varias asociaciones:

Antares, Cepri, Araya, Afanya TGD, ProTGD, Nuevo Horizonte, Sumate+A, IPP Quintero Lumbreras, AUCAVI.

Todas estas organizaciones tienen como punto común su vocación de movilización de la sociedad hacia estados de mayor tolerancia, aceptación de la diversidad, y afianzamiento de las ideas de la solidaridad, al cuidado de los más débiles y la justicia social.

Atención Bucodental en Araya

La atención bucodental de este tipo de pacientes no es tarea sencilla, requiere una sensibilidad y dedicación especial. Araya, un colegio de educación especial concertado que escolariza a personas con trastornos del espectro autista, cuenta con un servicio de atención odontológica que presta servicio una vez por semana en sus instalaciones. **Inmaculada Izquierdo**, Directora del Colegio, nos ha contado los detalles de esta interesante iniciativa que se lleva a cabo gracias a la colaboración de la Coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, **Paola Beltri**, y sus alumnos, que participan como voluntarios en esta actividad.

Inmaculada Izquierdo nos comenta que "hace bastante años empezamos un plan de mejora de la salud, a nivel general, para poder hacer una desensibilización a todos los aspectos médicos. En una primera fase hacemos una desensibilización dentro del cole, montamos una consulta médica, con todo el instrumental que podemos reunir, semanalmente, y en cada aula se hace simulación de una consulta. Se tumba al niño en un sofá, abre la boca, se le ausculta, etc..., en un segundo paso, vamos a la consulta real de pediatría y de enfermería al ambulatorio que tenemos aquí al lado". En estas actividades de simulación de consultas se trata de "mostrarles de una forma didáctica todo este procedimiento, e ir informándoles, para que estén tranquilos. Tenemos unos pictogramas que les vamos mostrando, para que estén informados de todas las acciones que se van a hacer y no se asusten".

Consulta de Odontología

"Con la consulta de odontología llevamos dos años, cuando una profesora del cole conoció a Paola, la Coordinadora del máster de Odontopediatría de la Universidad Europea. Ella y su equipo vienen una vez a la semana, y se ocupan de atender a

los niños, les hacen exploraciones bucales, limpiezas de boca, les dan flúor. Previamente, al igual que he comentado antes, se sientan con el paciente, que está acompañado por su monitor, y van explicándoles con pictogramas, y paso a paso, todas las acciones que van a realizar. Con ello generan un clima de tranquilidad y confianza en el paciente".

El equipo y el material empleado en esta "consulta" ha sido cedido por la Universidad Europea, que apoya esta iniciativa, aunque es una actividad extracurricular del Máster, voluntaria.

Inmaculada Izquierdo también nos comenta cómo llevan a cabo la "formación" del equipo de odontólogos para tratar a estos pacientes. "Al iniciar esta actividad en el Colegio Araya, Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, y su equipo de voluntarias, recibieron una serie de pautas por parte de los profesores del colegio para poder tratar a estos pacientes. Ellas están acompañadas por su tutor en todo momento., ya que si tienen un día malo, ellos advierten a las odontólogas cómo tratarlos".

Tanto Inmaculada Izquierdo como Paola Beltri comentan que "si hubiera mucha más prevención no habría problemas para desarrollar estos tratamientos. No obstante, nos hemos sorprendido al ver cómo tienen la boca muchos de los niños de este colegio porque, en general, la tienen bastante bien. Se nota que sus familias se han tomado muy en serio el tema de la prevención, de la limpieza bucal, las tienen muy bien cuidadas".

Añaden que, "aquí en Araya les hacemos mucho hincapié en el lavado de dientes tras comer, ya que, en muchos casos, la medicación que toman tiene mucho azúcar y por eso tienen que extremar esas medidas de limpieza".

Araya es un colegio financiado por la Comunidad Autónoma de Madrid. Según las responsables de esta actividad "sería necesario más apoyo económico, para que la gente no tenga que trabajar siempre como voluntaria. Este programa no forma parte de un procedimiento de la comunidad, es a título particular de este centro y con apoyo de voluntarios. Necesitaríamos ayuda, que nos financiaran gastos de quirófanos, gastos médicos para poder llevar a cabo operaciones, extracciones, y todo tipo de acciones. Si nos cubrieran los gastos hospitalarios nosotras podríamos ir a prestar servicio a los hospitales de forma voluntaria, pero eso no sucede".

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría, comenta por su parte que "se podría hacer mucho más sobre este tipo de pacientes. Nosotras estamos realizando esta actividad gracias al apoyo de la Universidad Europea de Madrid. No obstante, necesitaríamos ayuda para poder financiar más tratamientos."

Pero, según Beltri, ésta "es una experiencia súper gratificante, todas las voluntarias creen que hemos conseguido muchas cosas y están encantadas de poder participar en esta iniciativa. La intención es continuar el año que viene con este programa. Personal humano no nos falta, y en cuanto a los recursos, tendremos que buscarlos".

Paola Beltri, coordinadora del Máster de Odontopediatría de la Universidad Europea de Madrid, con su equipo de voluntarias en Araya.

Testimonio de Eugenio Amores

"Sabemos que nuestro hijo es feliz en su mundo y eso nos tranquiliza como padres"

La calidad de vida de las personas que padecen estos trastornos es fundamental, y por supuesto, el día a día de sus familiares está absolutamente condicionado por ello. Hemos mantenido un encuentro con Eugenio Amores, padre de un joven que acude a Antares, una de las asociaciones que pertenece a la Federación de Autismo de Madrid que, desde una visión no profesional, sino familiar, nos ha dado testimonio de su experiencia.

En su caso, ellos empezaron a advertir que algo no iba bien cuando Jacobo tenía 6 meses. "Mi mujer me llamó alarmada para decirme que el niño no sujetaba la cabeza, que se le caía y en ese momento, es cuando nos dimos cuenta de que había problemas. Nos pusimos en manos de un neurólogo para que tratara a nuestro hijo".

Uno de los momentos más duros fue la primera crisis epiléptica de Jacobo. No obstante, aunque la situación de su hijo era preocupante "cada vez que íbamos a consulta lo pasábamos francamente mal y, en ocasiones, viendo los casos de niños que allí había dábamos gracias a Dios por lo que nos pasaba a nosotros".

Desde entonces su hijo siempre ha estado en tratamiento neurológico, muy supervisado, y con medicación.

La vida de la familia Amores se ha visto afectada por esta situación que, en el caso de Eugenio Amores, Subdirector General de Bomberos de Madrid, al ocupar un cargo de gran responsabilidad con una intensa agenda, ha recaído en su mujer. "Ella es psicóloga, una profesional muy bien preparada que trabajaba en temas infantiles pero tuvo que abandonar su carrera para consagrar su vida a mi hijo. Gracias a ella, yo he podido desempeñar mi cargo y ocuparme plenamente de todas mis responsabilidades profesionales".

En la actualidad, y ya con 29 años, su hijo empieza a hacer actividades fuera del hogar familiar. "Ahora mismo está a prueba para ver si le acogen en pisos tutelados, donde suelen pasar toda la semana, aunque el fin de semana vendría a casa. Mi mujer ahora empieza a vivir sin tanta atadura, imagínate, está algo desorientada sobre cómo ocupar su vida tras 29 años volcada en mi hijo. Por eso, yo ahora intento quedarme al cuidado de Jacobo cuando ella sale".

A la pregunta de cómo describiría a su hijo, Eugenio nos contesta que "Jacobo es muy arisco, poco cariñoso con nosotros, quizá porque siempre estamos ahí, sobre todo su madre. Sin embargo, es muy entrañable y divertido y tiene una gran memoria, es como una cámara de fotos, recuerda todos los nombres, apellidos, cumpleaños de todos los monitores y compañeros de Antares. Allí se siente feliz, le encanta asistir y participar en las actividades de relajación, nadar, hacer deporte. Además, le gusta llamar por teléfono a sus compañeros, hablar con sus monitores... Con ellos es muy comunicativo pero con nosotros no. En parte, tiene algo de lógica puesto que nosotros no tenemos la paciencia de sus monitores".

Nos comenta, asimismo, que "se nota que ya se va haciendo mayor, ya que no le apetece venir de vacaciones con nosotros, pero sí ir de acampada de fin de semana, ir al cine con sus amigos, y disfrutar en su mundo, que es su cuarto, con sus puzzles, sus juegos, su televisor..."

Eugenio valora muy positivamente la existencia de asociaciones, como es el caso de Antares, ya que "el hecho de que Jacobo pertenezca a Antares nos ha dado la vida, sabemos que nuestro hijo se encuentra allí como en casa, es muy feliz con sus compañeros y monitores. Nuestra vida cambió completamente el día que nuestro hijo empezó a ir a Antares. Siempre nos ha dado respiro el tiempo que él pasa allí y nosotros estamos muy contentos porque sabemos que él está feliz y deseoso de estar con sus compañeros, ya que su vida gira alrededor de lo que hace con ellos".

> *"Eugenio valora muy positivamente la existencia de asociaciones, como es el caso de Antares. El hecho de que Jacobo pertenezca a esta entidad les ha dado la vida, saben que se encuentra como en casa."*

En lo que respecta al cuidado de la salud bucodental de su hijo, Eugenio nos comentó que "siempre hemos estado muy pendientes de la salud bucodental de Jacobo. Vamos a un odontólogo que le trata muy bien, porque es especialista en tratar a niños con estas patologías. Sus higienistas son de gran ayuda, ya que son encantadoras y juegan con él a las películas, que es una actividad que le encanta" •

"Odontólogos de Hoy" agradece a la **Federación de Autismo de Madrid, al Colegio Araya y a Eugenio Amores** su colaboración para la realización de este reportaje.

MARCELA ROMERO REYES

"Necesitamos urgentemente más odontólogos interesados en la rama de Dolor Oro-Facial"

Pese a su juventud, la Doctora Marcela Romero Reyes es poseedora de una importante trayectoria profesional como docente. Profesora Asistente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Nueva York, es la Directora del Programa Avanzado de Medicina Oral y Dolor Oro-Facial de la misma universidad, y una de las grandes especialistas mundiales en la materia. De hecho, asistirá como ponente al IV Simposium Internacional de Cáncer Oral, que se celebrará en San Sebastián los días 21 y 22 del próximo mes de julio.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *¿Qué le motivó a realizar los estudios de odontología?*

Marcela Romero: Desde muy pequeña me interesaron las ciencias de la salud, al igual que la bioquímica, la química y la física. Quizá fue la mística del servicio que conlleva ejercer todas las ramas médicas. La salud bucal es la puerta de entrada a la salud, ya que sin un adecuado proceso masticatorio, todo nuestro organismo sufre. Si no podemos sonreir porque no nos gusta nuestra sonrisa o no podemos hablar o comer porque duele, afecta a nuestro cuerpo, mente y espíritu.

ODH: *¿Durante su pregrado pensó ya en dedicarse a algo tan específico como el dolor oro-facial?*

MR: Durante mis estudios de odontología, siempre tuve más inclinación por el tronco médico y científico que el puramente odontológico. En los primeros años de la carrera mi inclinación fue hacia la cirugía maxilofacial y también la patología bucal. Me intrigaba mucho el dolor neurálgico y saber los porqués del dolor dental, más allá de los conceptos de endodoncia. Además, en México no existía la especialidad en dolor oro-facial como tal. Al terminar el cuarto año de la carrera tuve la fortuna de visitar el

> *"La salud bucal es vital, ya que sin un adecuado proceso masticatorio, si no podemos sonreír o no podemos hablar o comer, afecta a nuestro organismo, cuerpo, mente y espíritu."*

Center of Orofacial Pain en la University of California, San Francisco (UCSF) con el Dr. Charles McNeill, Director del Centro y el Dr. Robert Gear (fallecido). Esta experiencia fue determinante para mí, ya que pude ver casos, no solo de disfunción temporo-mandibular, sino de neuropatías trigeminales y otros tipos de dolores crónicos. Gracias a esta experiencia, tomé la decisión de que quería dedicarme al cuidado de estos pacientes. Sin embargo, mi curiosidad no solo era por entender el proceso de diagnóstico y manejo, iba más allá de eso; yo quería entender la neurobiología de los mecanismos dolorosos, qué pasaba con el proceso inflamatorio, qué es lo que pasa en el sistema nervioso qué hace que el dolor pierda su cualidad adaptativa y protectora.

Entonces, el Dr. Robert Gear, que en aquel momento era el co-director del centro, además de atender pacientes en el servicio clínico con el Dr. McNeill, hacía investigación de ciencia básica en su laboratorio con otros investigadores. Él sabía que yo tenía este interés, y me dijo que yo tenía todas las aptitudes para hacer un doctorado y tener éxito en ello, así que decidí también llevar a cabo estudios de doctorado en ciencias.

ODH: *Antes de convertirse en profesora en la New York University College of Dentistry. ¿Cuáles fueron los estudios que cursó en su país?*

MR: En México terminé la carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología de la UNAM. También en el quinto año, tuve la fortuna de hacer mi servicio social y tesis (*Exploracion Clínica y Fisiológica de los Desordenes Temporomandibulares*) en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, bajo la dirección del Dr. Fernando Ángeles Medina, que es ahora Jefe de Investigación de la misma. Actualmente hacemos proyectos colaborativos.

En Estados Unidos, hice el programa de Dolor Orofacial bajo la tutoría del Dr. Robert Merrill, y el Doctorado en Biología Oral con enfoque en inmunología bajo la tutoría de la Dra. Anahid Jewett, en la escuela de Odontología de la Universidad de California, Los Angeles (UCLA). Mis estudios de postdoctorado los hice sobre cefaleas primarias en el UCLA Headache Research and Treatment Program, ahora conocido como "UCLA Goldberg Migraine Program", bajo la tutoría del Dr. Andrew Charles, en el Departamento de Neurología de la David Geffen School of Medicine, de UCLA.

> *Los mecanismos dolorosos evolucionaron en el reino animal como un proceso de alerta de protección de un daño inminente. Es procesado en el sistema nervioso.*

ODH: *¿Tiene alguna frase para definir el dolor? ¿Cree que el ser humano cuenta con dispositivos que le ayudan a controlar el dolor?*

MR: La International Association for the Study of Pain (IASP Press, 1994), define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real, potencial o descrita en términos de dicho daño.

Los mecanismos dolorosos evolucionaron en el reino animal como un proceso de alerta de protección de un daño inminente. En una manera simplista, el dolor es esencialmente procesado en el sistema nervioso, por lo que si no hay cerebro, no hay dolor. Aunque las vías fisiológicas dolorosas son cruciales para el procesamiento de señales dolorosas, centros cerebrales que procesan esta información también están enlazados con vías involucradas con procesamientos de emociones, como el miedo y motivaciones como el hambre y la sed. La combinación de estos estados nociceptivos y emocionales es lo que genera como resultado la experiencia dolorosa en humanos. Ésta puede ser considerada como la suma de *inputs* (entradas) que vienen de la médula espinal hacia el cerebro, así como la información que es mandada de regreso desde el cerebro a la médula espinal de lo que él (cerebro) quiere percibir como doloroso/nocivo, basado en estos estados emocionales y motivacionales. Este sistema de modulación o control

> *Si no hay cerebro, no hay dolor.*

Con dos estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral

descendente (*descending modulation*) que involucra regiones en el tallo cerebral, como la rostral ventromedial medulla y la substancia periacueductal gris en el sistema nervioso central, nos indica claramente que no todas las señales nocivas/*noxious* son procesadas como dolorosas y que el cerebro actúa como una compuerta (*gate*) donde puede decidir/filtrar qué estímulos nociceptivos serán procesados. Esto se basa en la teoría de la compuerta del dolor propuesta por Melzack y Wall en 1965, y aunque nuestro entendimiento de los mecanismos dolorosos ha avanzado enormemente desde esta teoría, no estaríamos donde estamos ahora sin sus ideas de control de procesamiento. De hecho, ahora se sabe que varios analgésicos, como la morfina, actúan en este sistema de control central para aliviar el dolor alterando la señal dolorosa que es procesada dentro de la corteza cerebral, por lo que así el dolor no es percibido.

> *El reconocimiento de dolor orofacial como especialidad es de suma importancia, se necesita un entrenamiento especial que no se da completamente durante la carrera.*

Lo que es muy interesante sobre estos centros involucrados en esta "compuerta" de control doloroso, es que, como mencioné antes, están enlazados con áreas cerebrales involucradas con emociones y motivaciones, por lo que pueden ser afectadas por estos estímulos. Un incremento de éstos, por ejemplo estrés y estados motivacionales (hambre, sed, cansancio y sexo) hacen que el *input* doloroso sea percibido de una manera diferente y, por lo tanto, el cerebro está filtrando (*gating*) cómo nosotros percibimos un *input* dependiendo del ambiente o circunstancias. También, es muy interesante que cuando estos mecanismos homeostáticos son llevados al límite, pueden incrementar la probabilidad de sentir dolor. Por ejemplo, no dormir bien y periodos largos sin comer son considerados como *triggers* en pacientes con migraña. La privación de sueño está asociada con la liberación de mediadores de inflamación que pudieran aumentar la señal dolorosa. Esto sugiere claramente una relación bidireccional de la relación de los procesos homeostáticos y la experiencia dolorosa.

ODH: *Usted se dedica a la docencia, a la clínica y a la investigación, ¿Cuál es su disciplina preferida?*

MR: Soy un académico y seré académico toda mi vida. Es muy difícil separar las tres en la vida académica y tengo la fortuna de que las puedo combinar, pero me considero más clínico-cientifico que docente. Es necesario enseñar a las nuevas generaciones esta ciencia y arte, porque es muy necesaria y podemos ayudar a mucha gente. Durante nuestras sesiones clínicas, les enseño a los alumnos

> *Espero que con nuestro trabajo de ciencia básica podamos entender más de la experiencia dolorosa y descubrir nuevos targets de manejo en dolores oro-faciales, como las neuropatías o dolores de cabeza migrañosos.*

de pregrado y posgrado cuando están con el paciente, de una manera más didáctica y me gusta. Además, como directora del programa internacional he tenido la oportunidad de enseñar, entrenar y ser mentora de varios odontólogos de todo el mundo. El servicio al paciente con dolor ha sido mi cometido y es muy importante para mí saber que en ese instante estoy siendo de ayuda y que puedo ayudarle en su calidad de vida. Con la investigación, la gratificación puede llegar más tarde, pero el trabajo es de vital importancia. Lo que vemos en la clínica tratamos de trasladarlo al laboratorio y del laboratorio a la práctica clínica (*translational research*).

BRÅNEMARK

MEMORIAL SYMPOSIUM

MADRID 2016

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS

11 / 12 NOVIEMBRE

www.memorialbranemark2016.com

¡APUNTA ESTAS FECHAS EN TU AGENDA!

COMITÉ CIENTÍFICO

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

COMITÉ ORGANIZADOR

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

PONENTES

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

SEDE DEL SIMPOSIO

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

INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

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

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

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

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPOPACIFICO
The power of meeting

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

Yo espero que, con nuestro trabajo de ciencia básica, podamos entender más de la experiencia dolorosa en el sistema trigeminal, y poder descubrir nuevos *targets* de manejo doloroso en dolores orofaciales, como las neuropatías, así como en dolores de cabeza migrañosos, y cuando este tipo de cefaleas se encuentra en co-morbididad con disfunción temporomandibular.

ODH: *En España, lograr el reconocimiento de las especialidades en odontología se ha convertido en una aspiración de una buena parte del colectivo profesional. ¿Cree que el área en la que usted trabaja, de dolor temporo-mandibular y orofacial, tiene relevancia para constituirse en especialidad de la odontología?*

MR: Desafortunadamente aquí en Estados Unidos, el Dolor Orofacial no está reconocido todavía dentro de las especialidades odontológicas, y gracias a los esfuerzos de la American Academy of Orofacial Pain actualmente está acreditado como estudio avanzado en odontología general, pero seguimos en la lucha.

El reconocimiento del dolor orofacial como especialidad es de suma importancia. Se necesita un entrenamiento especial que no se da completamente durante el estudio de la carrera odontológica, y realmente no está dentro de la odontología general. Somos como los "neurólogos" o "especialistas de medicina del dolor" en Odontología. Este tipo de dolores no se resuelven con procedimientos odontológicos, por lo que un prostodoncista, endodoncista o cirujano maxilofacial no contará con el entrenamiento y conocimiento necesario. Especialistas en neurología y/o la medicina del dolor pueden tener conocimiento sobre cómo manejar estas dolencias, sin embargo carecen del conocimiento odontológico. Con esto quiero recalcar la gran necesidad de una especialidad en dolor orofacial.

ODH: *El próximo 22 de julio usted estará en la ciudad de San Sebastián presentando una ponencia en el Simposio Internacional de Cáncer Oral que organiza el Departamento del Dr. Aguirre Urizar de la UPV. ¿Nos puede adelantar algo de lo que allí contará?*

MR: Hablaré de Dolor Orofacial y Cáncer. También se me ha invitado a dar una ponencia en el Pre-Symposium sobre Cefaleas como dolores no odontogénicos y su relación con los desórdenes temporomandibulares.

> *"A los jóvenes les recomiendo que nunca olviden que la odontología es una rama de la medicina, y que siempre tengan presente que están tratando a un paciente, no solo a un diente."*

ODH: *En cuanto al cuidado de la salud bucodental, ¿cuál es el nivel de preocupación de los pacientes en Estados Unidos? ¿Existen programas de prevención para evitar el cáncer oral?*

MR: Hay varias campañas de prevención y de *screening* a nivel nacional. El NYU College of Dentistry organiza campañas de screening para prevención. También se organiza una marcha anual "Oral Cancer walk", para crear conciencia sobre el cáncer oral.

ODH: *Usted es Profesora asistente en la Universidad de Odontología de Nueva York. ¿Cómo valora, desde el punto de vista profesional, esta experiencia docente lejos de su país? ¿Tiene intención de regresar a México y ejercer en su país?*

MR: Soy *Assistant Professor*, Directora del Programa de Dolor Orofacial en NYUCD y Directo-

En su laboratorio con dos de sus estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral y con su estudiante de postdoctorado

En la clínica, con un paciente y un estudiante

En la clínica, con estudiantes del Programa Internacional del Dolor Orofacial y Medicina Oral

ra del Programa para Odontólogos Internacionales en Dolor Orofacial y Medicina Oral. Continuamente, además de las colaboraciones científicas que llevo a cabo en Estados Unidos, tengo consultorías, tutorías, proyectos y colaboraciones científicas con la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología de la UNAM. Actualmente estoy trabajando con el Dr. Fernando Ángeles Medina en la segunda edición de nuestro libro de texto titulado "*Dolor Orofacial y Desórdenes de la Articulación Temporomandibular*", de la Editorial Trillas.

ODH: *¿Nos puede trasladar una recomendación para los jóvenes que empiezan ahora su ejercicio profesional?*

MR: Yo les aconsejaría lo mismo que les aconsejo a mis estudiantes de pregrado y posgrado. Que nunca se olviden de que la Odontología es rama de la Medicina y que siempre tengan presente que están tratando a un paciente y no solo a un diente o dientes. La salud bucal es de suma importancia y fundamental para la salud general del paciente y es un privilegio muy hermoso el poder brindar servicio de salud al paciente.

Sobre problemas dolorosos, que nunca se olviden de hacer cuidadosamente una historia clínica detallada para evaluar si es dolor odontogénico o no odontogénico. Si todo indica que el dolor es odontogénico, que se proceda al tratamiento adecuado, ya sea endodoncia, cirugía, etc., y que este tratamiento se realice cuidadosamente. Si el dolor después del tratamiento persiste, antes de realizar otro procedimiento se debe evaluar la posibilidad de dolor no odontogénico SIEMPRE, y recordar que este tipo de dolor no se resuelve con procedimientos dentales que, además de ser irreversibles, los pueden exacerbar. En casos de duda, siempre preguntar. Las segundas opiniones son muy valiosas y es importante que nunca se interponga el ego en estos casos. También es muy importante tener un mentor o mentores durante toda su carrera profesional. Para mí esto fue determinante.

> *"Es una oportunidad increíble poder estudiar la naturaleza humana en salud y enfermedad con los ojos del científico. Es un camino difícil pero lleva muchas satisfacciones."*

Si su cometido es estudiar dolor orofacial como fue el mío, ¡háganlo! Necesitamos urgentemente más odontólogos interesados en esta rama. Hay muchos pacientes que sufren de dolores orofaciales que necesitan una voz, ser oídos y entendidos. Que su objetivo sea dar una mejor calidad de vida a estos pacientes. Si su orientación también es como la mía hacia las ciencias, que realicen una maestría o doctorado. Es una oportunidad increíble poder estudiar la naturaleza humana en salud y enfermedad con los ojos del científico. Es un camino difícil pero lleva muchas satisfacciones y la esperanza de que lo que descubramos quizá un día cercano o lejano resuelva los problemas de la salud humana, en mi caso, entender mejor la neurobiología y patofisiología dolorosa y encontrar *targets* más viables para *drug discovery* y nuevos medicamentos sin tantos efectos secundarios, y que quizá algún día podamos no solo manejar el dolor de una mejor manera, sino curarlo de manera definitiva •

JAIME NOMEN

“La probabilidad de impacto de un gran asteroide es baja, sucede cada millones de años ”

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, licenciado en Odontología por UNIBE (Sto Domingo), post-graduado en materiales dentales por la Universidad de Barcelona, Jaime Nomen es, asimismo, ex profesor asociado de Odontología de la misma entidad.

Nomen se inició en la astronomía a través de la Agrupación Astronómica de Barcelona, integrándose poco después en el Grup d'Estudis Astronómics, dedicado a estudios de Atmósferas Planetarias y estrellas variables, mediante la utilización de las primeras cámaras CCD astronómicas.

Su pasión por la actividad astronómica le ha llevado a ejercer cada vez con menor intensidad su profesión médica y académica. Ha descubierto más de 7000 asteroides del Sistema Solar, de ellos 95 asteroides cercanos con riesgo de impacto.

Actualmente está integrado en la plantilla de Elecnor-Deimos, empresa de ingeniería del sector aeroespacial, de la cual es Director del Proyecto "Deimos Sky Survey".

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted es astrónomo, aunque su formación académica es como licenciado en Medicina y en Odontología. ¿Cómo puede explicar su decisión de ser dentista, y su “reconversión” en astrónomo?*

Jaime Nomen: Debería ser muy sincero a mí mismo y a quienes nos lean aquí, mi vocación me impulsó a estudiar Medicina en primer lugar. Las circunstancias de aquellos momentos, con miles de médicos recién licenciados, en parte debido al “*boom*” provocado por un precursor del Dr. House en las series televisivas, como era el Dr. Gannon, y sin fácil acceso a las pocas plazas de especialidad MIR disponibles, siendo un estudiante bastante normalito, me impidió acceder a una especialidad médica, lo que me movió a buscarme otra salida profesional que pudiese proporcionarme más pronto cierta independencia económica. Quería ir a vivir con mi chica, aunque tampoco pude, por la misma razón, acceder a una plaza de Estomatología en España.

> *“De haber podido estudiar una especialidad clínica, con guardias y horarios establecidos, no hubiera tenido la oportunidad ni el tiempo para desarrollar mi faceta astronómica.”*

Mi afición por las estrellas venía de antes, de veranos en la playa y en el mar entre los 13 y 15 años, mirando el cielo, intentando reconocer planetas, constelaciones y estrellas.

Hay un tema interesante en todo eso. Ahora estoy convencido de que de haber obtenido la posibilidad de estudiar una especialidad clínica, con guardias hospitalarias y horarios establecidos, no me hubiese brindado la oportunidad ni el tiempo disponible para desarrollar paralelamente esa faceta “astronómica” con la intensidad con la que

> *Soy el que ha descubierto o co-descubierto más asteroides fuera de EEUU, donde cuentan con medios excepcionales. Han sido unos 7.000 y 8 cometas del Sistema Solar.*

me he dedicado estos años y que, finalmente, me ha llevado a vivir y disfrutar de ella.

ODH: *Durante sus estudios pasó una etapa en la República Dominicana, ¿qué nos puede contar de aquella experiencia?*

JM: Para mí fue inaudita, no tenía una visión del mundo más allá de unos pocos viajes organizados, el buscarme la vida, comprender otra cultura, a esa edad me "marcó" como "la otra mili". Con sinceridad, fui a buscar la manera de resolver mi falta de especialidad, pero fue una experiencia vital y además aprendí mucho más de lo que inicialmente pensé. En otro orden de cosas más divertidas, estoy convencido de que los españoles que estudiamos en República Dominicana en esa época, fuimos, equiparando a los primeros navegantes al nuevo mundo, los que importamos de manera decisiva en España el merengue y la invasión de cotorras en los parques españoles y, a su vez, influimos en el turismo caribeño y los viajes de novios a Playa Bávaro.

ODH: *¿Cuándo empezó a sentir la "llamada de las estrellas"?*

JM: Fue muy temprana como menciono anteriormente. Debo decir también que la lectura de COSMOS de Carl Sagan, fue para mí como "una biblia" que, por su visión científica, histórica, humanista y de principios éticos al margen de cualquier creencia, de nuevo me dejó "marcado". Otro recuerdo es el de devorar artículos e imágenes de otros mundos de las sondas Viking, Pioneer y Voyager que visitaron Marte y Júpiter en los años 70 bajo los efectos de la "Centramina". Sí, eso suena horrible hoy en día, pero en esa época los estudiantes de Medicina teníamos acceso fácil a farmacias, y muchos empleábamos de manera bastante inconsciente en pequeñas dosis anfetaminas para estudiar mejor...

Lo que ocurría es que, si dejabas los apuntes un momento y centrabas la atención en cualquier otro tema que te apasionaba..., fue así como perdí noches y noches fascinado pensando que mis ojos verían algún día un amanecer en Marte con un cielo rosa en vez de azul.

ODH: *Usted ha descubierto varios asteroides, a los que ha "bautizado" con nombres como "Pedroduque", o "Verdaguer". ¿Con qué medios cuenta para descubrir esas "estrellas"?*

JM: Permitidme que "presuma" un poco en esta respuesta, pero es que soy el que ha descubierto o co-descubierto más asteroides en Europa y en el resto del mundo fuera de EE.UU., ¡donde cuentan con medios excepcionales!

Han sido unos 7.000, aunque debo reconocer en contra que el cinturón principal de asteroides entre Marte y Júpiter está plagado de ellos. También he descubierto 8 cometas del Sistema Solar. Como en todas las cosas, creo que tuvimos los medios adecuados, las ideas acertadas y desarrollé un software extremadamente potente en el momento oportuno y así fuimos tremendamente competitivos. Los medios fueron tres telescopios que no sirven para hacer astrofísica en general, sino que están optimizados para barrer cientos de grados de cielo cada noche, junto a ese software capaz de analizar más de 15.000 imágenes por noche plagadas de estrellas, en tiempo real para detectar, medir e identificar todo lo que "se movía" entre ellas. En principio, esos equipos estuvieron en la Sierra de la Sagra, en Granada, ahora están ubicados en Sierra Morena, y tras una transformación profunda, buscan otro tipo de objetos que se acercan a la Tierra: los artificiales: satélites y basura espacial, con un objetivo mucho más comercial y estratégico, para eso fui contratado por Elecnor-Deimos, la rama tecnológica y aeronáutica del Grupo Elecnor, para dirigir un reto apasionante que me lleva a dejar mi profesión definitivamente este año.

ODH: *¿Cuáles son las tipologías de asteroides, por tamaño, peso, lejanía con respecto a la Tierra?*

JM: Como toda clasificación puede responder a diversos principios, sin considerar composiciones, ni orígenes, sino desde un punto de vista orbital, que es el que más interesa, por el riesgo que se deriva de una posible colisión con nuestro planeta, los hay de Cinturón Principal, que son lejanos e inofensivos y los Near Earth Objects (acrónimo NEO) que, a su vez, se dividen en subtipos. Ésos son los que deben ser vigilados y conocer bien sus órbitas pues pueden eventualmente colisionar. Tenemos descubierto el 90% de los mayores de 1 km y, afortunadamente, de ellos parece que ninguno va a chocar con nosotros en los próximos 100 años, aunque tendremos pasos próximos como Apophis en 2029, pero aparte del revuelo en los medios sensacionalistas, que los habrá con seguridad en su momento, no va chocar contra nosotros.

> *"La clasificación de asteroides desde un punto de vista orbital es la que más interesa, por el riesgo que se deriva de una posible colisión con nuestro planeta."*

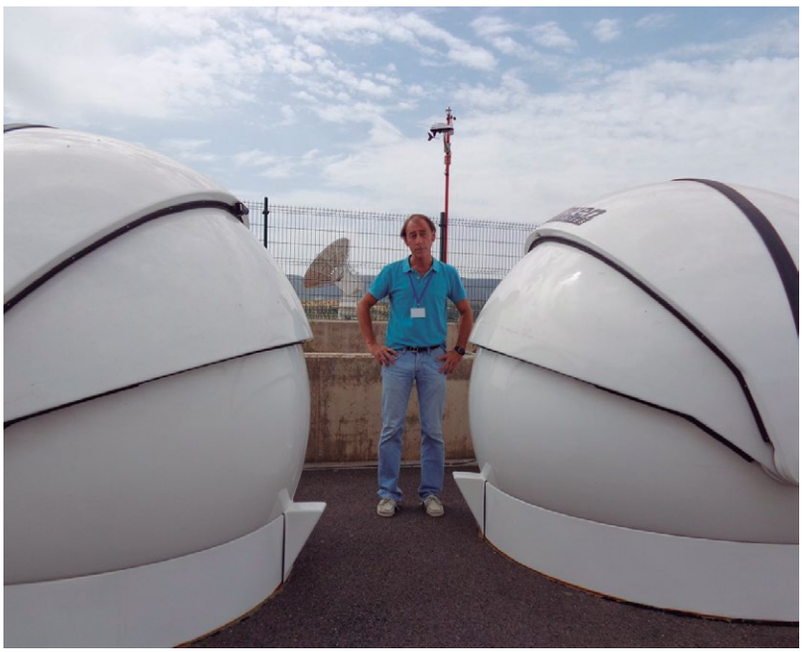
ODH: *¿Cómo detectan las posibilidades de impacto de un asteroide contra la Tierra?*

JM: Todo el procedimiento es una cadena. Los que nos dedicamos a detección, estamos en la primera etapa, rastreando el cielo para detectarlos, evidentemente con medios automáticos y muy sofisticados, ¡nada de mirarlos con el ojo por un telescopio! Si se detectan, se hace un seguimiento selectivo de ellos, y conforme se dispone de un mayor número de observaciones se va computando una órbita cada vez más precisa que permite a equipos, preferentemente de matemáticos, jugar a probabilidades de reencuentros futuros entre el asteroide y nuestro planeta. En la actualidad existen dos centros, uno en Estados Unidos: Sentry; y otro en Europa: NEODYS, ambos tienen que converger en resultados y de existir una alta probabilidad o riesgo está establecido un protocolo de actuación que sería coordinado por el Jet Propulsion Laboratory y Naciones Unidas.

ODH: *En 2012 usted descubrió el asteroide que ha pasado más cerca de de la Tierra en los últimos años, ¿ha existido peligro real de que alguno de los asteroides que pasa cerca de la Tierra produzca importantes daños?*

JM: Fuimos muy afortunados con ese descubrimiento, de hecho el 96% de los asteroides que se aproximaban a la Tierra en estos últimos años eran detectados por los sofisticados equipos de Estados Unidos de la NASA y USAF. Pero nosotros, con nuestro escaso 3% de aportación, dimos por suerte con el más próximo con poder destructor y, sin duda, el más mediático hasta la fecha, aunque solo es cuestión de tiempo que ese record se pulverice. Por Internet anda todavía el *Doodle* internacional de Google de la segunda letra "g" apartándose del paso del asteroide que descubrimos

> *El impacto es uno de los pocos grandes desastres naturales que podrían predecirse con exactitud y evitarse con la tecnología adecuada.*



y todas las entrevistas en cadenas internacionales, CNN, ABC News, etc. y locuras que vivimos esos días, fue como algo totalmente irreal.

Han existido algunas crisis en el pasado, y volverán a ocurrir, el impacto es un tema secular, parece que se llevó a los dinosaurios por delante y ha sido clave en la evolución de la vida en nuestro planeta, pero la probabilidad de un gran impacto que pueda borrar la civilización se da cada muchos millones de años. Además, podríamos intentar poner ya los medios para tratar de evitarlo, aunque impactos menores como el de 2013 en Chelyabinsk, con más de 900 heridos, sí puede llegar a suceder uno cada 30 años o, al ser un tema probabilístico, en cualquier momento.

ODH: *El cine ha tocado en varias ocasiones este tema, siempre con tintes apocalípticos, ¿cree que el análisis y estudio de los asteroides es un asunto que debe ser tomado más en serio por los gobiernos?*

JM: ¡Sin duda!, corre por ahí una divertida viñeta de un congreso de científicos dinosaurios en sus tiempos en la que uno de ellos concluye su estudio en que el impacto de un gran asteroide con la Tierra ocurre de promedio cada 30 millones de años y que, ¡por ello, no tienen por qué preocuparse!

Hoy en día el impacto es uno de los pocos grandes desastres naturales que podrían predecirse con exactitud y evitarse con la tecnología adecuada, además no solo es un tema catastrófico, está la explotación minera de asteroides, parece ser que los hay con altísimas concentraciones de paladio, más que el obtenido en todo nuestro planeta. Diría que ese metal nos es muy familiar a todos en la profesión, ¿verdad?

ODH: *¿Hay afición en España por este tema? ¿Son buenas las condiciones de los observatorios españoles?*

JM: Sí, la observación de asteroides y también basura artificial y satélites se basa en parte en medios ópticos, y los sensores ópticos necesitan de buenos cielos. Somos muy afortunados y las instituciones en España están comprendiendo y luchando esta baza en la Comisión Europea para posicionarnos como base óptica en el próximo despliegue del Sistema Europeo de "Space Surveillance". Recordemos que Europa apenas tuvo que desarrollar medios de detección en el espacio próximo a la Tierra para vigilar tecnología militar enemiga durante la Guerra Fría, basamos parte de nuestro conocimiento en catálogos americanos y rusos.

Europa necesita su plena independencia para acceder al conocimiento, el control y la seguridad del entorno espacial con fines comerciales y estratégicos, cientos de satélites se van a enviar estos próximos años, existe cantidad de basura artificial que necesita de normativa para evitar su producción y que debe controlarse para evitar colisiones con satélites operativos.

> *Somos afortunados y las instituciones en España están comprendiendo y luchando en la Comisión Europea para posicionarnos como base óptica en el próximo despliegue.*

Por otro lado, en la actualidad existe una burbuja mundial en temas espaciales comerciales, lanzadores privados, etc., haciendo una similitud al control de la aviación comercial, va a necesitarse el control y regulación de la utilización del espacio próximo alrededor de la Tierra •

JOSÉ IGNACIO ZALBA ELIZARI

“Hoy nos enfrentamos a enfermedades orales de alta prevalencia, debido a este ambiente modificado culturalmente en que vivimos”

Hablamos con José Ignacio Zalba Elizari. Odontólogo navarro. Con un amplio currículum: Doctor en Odontología por la Universidad Eugenio María de Hostos (R. D.), Especialista Universitario en programas preventivos a nivel individual y comunitario por la U.C.M.. Experto universitario en odontología conservadora y endodoncia por la Universidad de Sevilla, y diversas estancias en Estados Unidos y Reino Unido, entre otras muchas actividades académicas. Defensor de la odontología mínimamente invasiva.
En este número le entrevistamos para hablar del “Origen de la Salud Dental”, tema del que será ponente el próximo día 25 de junio junto a otros destacados profesionales en el Museo de la Evolución Humana (Fundación Atapuerca), en Burgos.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: *¿Son los dientes una fuente de información?*

José Ignacio Zalba: Los dientes son el elemento más duro de nuestro organismo, y se mantiene a lo largo de miles de años. Cuando se forman, no cambian por la acción propia como sucede con el hueso, que se remodela, con lo que van marcándose todas las actividades que desarrollamos con ellos. Así casi toda la información que tenemos de nuestros antecesores, cómo vivían, es a través de ellos y los podemos comparar con los actuales en los que también se va grabando nuestro estilo de vida.

ODH: *¿Existen diferencias entre nuestros dientes y los del hombre de la prehistoria?*

JIZ: El sistema dental homínido es pequeño en relación a los monos y se ha reducido en tamaño, número y estructura con el tiempo evolutivo. La dentadura de nuestros antepasados se redujo coincidiendo con la bipedestación, el desarrollo de herramientas de piedra, el dominio del fuego...

Pero los cambios genéticos evolutivos aparecen de forma muy lenta, en términos de decenas de miles de años, es decir, los *homo sapiens sapiens* tenemos los genes casi idénticos a los que teníamos hace 160.000

> *“En el Paleolítico perder dientes reducía la posibilidad de sobrevivir, por lo que la selección natural no permitía fallos en ese sistema. El Neolítico fue el comienzo de la degeneración genética y del desarrollo de las enfermedades dentales.”*

años. Nuestra anatomía dental, incluyendo nuestra oclusión, es estable y podemos decir que no ha cambiado significativamente.

ODH: *¿Por qué entonces el estudio de los dientes de nuestros antepasados?*

JIZ: El estudio de la salud dental desde una perspectiva evolucionista, está fundamentado no solamente en nuestra historia evolutiva, sino en la revisión de culturas que han alcanzado la salud de la boca general a través de vivir de una manera natural. Este enfoque evolutivo considera que muchas de las enfermedades dentales actuales, incluidas en las llamadas de la civilización, son consecuencia de la incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestro organismo, que se ha ido moldeando a lo largo de millones de años de evolución, y las condiciones ambientales modificadas culturalmente a las que hoy estamos expuestos.

ODH: *¿Cuándo empezó todo el problema?*

JIZ: Sabemos que en el Paleolítico la vida era brutal y corta, perder demasiados dientes reducía las posibilidades de sobrevivir, por ello no se encuentran cráneos desdentados, ya que, la selección natural no permitía fallos en este sistema. Había poca enfermedad dental, apenas caries, poca enfermedad periodontal, y maloclusiones, pero mucho desgaste dental.
En el Neolítico desaparece la presión selectiva sobre la eficacia masticatoria, la cultura nos ha permitido superar muchas de las limitaciones que encontrábamos en el entorno natural. Se desarrolla la agricultura, la ganadería, pero es la transformación de la alimentación humana, con la invención del horno la que permitió la cocción de los alimentos ablandándolos, ello permitió la supervivencia de humanos desdentados. Este fue el comienzo de la degeneración genética y funcional de nuestra dentición, y el desarrollo de las enfermedades dentales como hoy las conocemos.

ODH: *¿Qué más causas produjeron los cambios más importantes en salud oral?*

JIZ: En el Neolítico además se producen cambios demográficos, al desarrollarse la agricultura, los recursos alimentarios eran más abundantes y constantes, la especie humana ha aumentado su número de habitantes con una tasa de crecimiento anual extraordinaria del 0,1% y se alarga la vida. Desde el punto de vista de los patógenos bacterianos, los seres humanos se convirtieron en anfitriones atractivos; se concentraron en poblaciones grandes de áreas limitadas, lo que maximiza la oportunidad para la transmisión entre individuos, originando las primeras lesiones de caries.

> *"La cantidad de azúcar que consumíamos en el pasado a través de frutas o grasas era mínima en comparación con los actuales dulces o refrescos."*

Tras el descubrimiento de América, se expandió por todo el mundo el consumo de la patata y, sobre todo, del alimento de los dioses, el cacao, en principio como bebida medicinal. Algunos decidieron más tarde incorporar otro gran producto de la época como fue el azúcar de caña, si bien ya se conocía desde época musulmana, para hacerlo más agradable. Irremediablemente, la introducción del azúcar de caña en la dieta de la mano de los productores de cacao extendió rápidamente su uso a otros ámbitos de la alimentación.

Pero no es hasta la revolución industrial, en el siglo XVIII, donde surgieron las primeras plantaciones de remolacha azucarera en Inglaterra, desde entonces a casi todos los alimentos se les empieza a añadir azúcar, para llegar a los índices de enfermedad de la actualidad.

ODH: *¿Dónde estamos hoy?*

JIZ: Hoy nos enfrentamos a enfermedades de alta prevalencia: el 99% de la población va a sufrir algún tipo de problema en la boca, con lo que podemos decir que el aceleramiento de los cambios en nuestra forma de vida provoca en

> *La función hace la forma y los usos de los dientes se han limitado, lo que puede estar provocando un cambio incluso en nuestra cara.*

muchos casos una ecuación negativa entre nuestra biología –dientes– y su entorno, que se traduce en una mala respuesta del organismo –enfermedades orales–, lo que nos convierte en algunos aspectos víctimas de nuestro propio desarrollo.

Un ejemplo es que nuestro cuerpo está diseñado para comer mucho azúcar y grasa para así almacenar en épocas de abundancia para las épocas de carencia, esto significaba supervivencia. Además en un medio natural lo dulce significa saludable, ya que, si como una fruta y está ácida significa que está verde; si está amarga, es que está mala; y si está dulce es que está buena. Pero si a esto le sumamos que en el pasado la cantidad de azúcar que consumíamos a través de frutas o de grasas era mínima en comparación con los actuales dulces, refrescos...

ODH: *¿Por qué hace miles de años apenas había caries, enfermedad periodontal y ahora están tan extendidas?*

JIZ: Las características de las especies evolucionan en base a una función y una necesidad adecuada a un medio ambiente, el ser humano desarrolló sus capacidades durante su evolución en el paleolítico en un ambiente muy diferente del actual. El cerebro ha desarrollado una alta capacidad de aprendizaje y razonamiento después de la evolución cultural, pero no de nuestro físico, esto cambiará la forma de vida de los seres humanos. Como hemos dicho los dientes se diseñaron para soportar un desgaste dental fuerte pero no para defenderse de las bacterias como la caries o la enfermedad periodontal. Ahora, casi toda la dieta es blanda, muy nutritiva, y además desde el cereal del desayuno hasta el jamón de la cena, contienen una cantidad extra de azúcar. Las bacterias alojadas en nuestros dientes deben sentirse afortunadas de vivir en el siglo XXI, porque tienen una provisión prácticamente ilimitada de comida gratis.

ODH: *¿Y la maloclusión?*

JIZ: No solo la mal-oclusión sino también la llamada enfermedad de la evolución del aparato masticatorio que provoca el compromiso articular temporo-mandibular (CAT) y la retención de los 3º molares.

Nuestros dientes y estructuras de soporte fueron programados genéticamente para funcionar en un entorno de dieta dura, que por lo general provocaba desgaste interproximal y aplanado en la oclusión. La comida blanda no abrasiva era rara, y la esperanza de vida esencialmente se determinó por la capacidad de masticar suficiente comida adecuadamente para extraer una nutrición suficiente para sobrevivir. La masticación era una actividad importante que se realizaba durante todo el día.

Pero en este nuevo entorno de dieta blanda poco o nada abrasiva y mínimo esfuerzo masticatorio existe poco desgaste dental y poco estímulo funcional de los maxilares, lo que genera una desarmonía entre ese diente que no se desgasta (similar tamaño) y esa base ósea que no se desarrolla adecuadamente (menor tamaño).

ODH: *¿Qué es el compromiso articular temporo-mandibular (CAT)?*

JIZ: Es un desequilibrio oclusal funcional provocado por nuestro estilo de vida moderno descrito por el Dr. José Larena-Avellaneda Mesa, que se manifiesta con una serie de síntomas cráneo-mandibulares, como dolores de cabeza, acúfenos...

ODH: *¿Cuándo empezó a importar la estética de los dientes?*

JIZ: "Nuestra capacidad para apreciar lo bello no depende tanto de los cánones culturales sino de la biología" (Nancy Etcoff, psicóloga del Harvard Medical School).

> *Una sonrisa simétrica es uno de los elementos faciales que usamos para mostrar nuestro nivel de salud y bienestar, eso puede hacer a una persona más atractiva.*

En la naturaleza, el hombre es una criatura social que necesita de su grupo para sobrevivir y perpetuar la especie. A través de la teoría de la evolución se explica nuestra inclinación por la belleza. Las leyes de la Selección Natural escogen los genes más saludables.

La belleza corporal cumple una importante función para las culturas en cuanto medio para identificar la salud que supone una ventaja para la descendencia y el futuro de la especie.

En la sociedad occidental contemporánea, los dientes no son determinantes para nuestra supervivencia. Una sonrisa simétrica es uno de los elementos faciales que más utilizamos para mostrar nuestro nivel de salud y bienestar, por ello las personas con bocas más bonitas se consideran más atractivas, y hasta más inteligentes, esto los convierte en un objeto de deseo. En algunos casos la falta de sentido común puede llevar a un sobre-tratamiento por motivos estéticos que llega a ser perjudicial para la salud.

ODH: *¿Estamos condenados a tener enfermedades de la boca?*

JIZ: No, aunque es verdad que la cultura nos defiende de la naturaleza, también nos aleja de ella. Hoy la prevención moderna nos ayuda comprender nuestra biología –la resistencia de nuestros dientes– y el estilo de vida –cargas y protecciones– para encontrar puentes de unión y convivencia, y así ajustar, lo más que podamos, nuestro diseño evolutivo a nuestra forma de vida actual con el fin de prolongar el periodo de vida sana de las personas.

ODH: *¿Cómo crees que podría ser la dentadura del hombre del futuro?*

JIZ: En nuestra propia boca podemos observar una reducción de tamaño que va del molar 1º, mayor, al molar 3º, menor, incluso en muchas personas nos encontramos que no tienen éste, lo que se considera un signo de evolución. Podemos decir que la función hace la forma, no solo de los dientes sino también de la cara, las dietas cada vez son más blandas y los usos se han limitado, ello puede estar provocando un cambio incluso en nuestra cara, con perfiles cada vez más planos, alargados y dientes que se irán reduciendo •

Caso clínico:

Odontoma complejo sinfisiario mandibular

AUTORES:

FERNÁNDEZ CÁLIZ, FERNANDO.
PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, LUCÍA.
PROFESORA MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA. MADRIDVALME (SEVILLA).

RUBIO ALONSO, LUIS.
PROFESOR COLABORADOR HONORÍFICO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

BARONA DORADO, CRISTINA.
PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. SUBDIRECTORA MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

LECO BERROCAL, ISABEL.
PROFESOR ASOCIADO CIRUGÍA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. PROFESOR MÁSTER DE CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA.
PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL. UCM.

RESUMEN

Los odontomas son tumores benignos de origen odontogénico, siendo los tumores benignos más frecuentes de los maxilares. Existen dos tipos: compuestos y complejos. Su etiología es desconocida y suelen ser asintomáticos. Radiológicamente estas tumoraciones son radiodensas y aparecen rodeadas por un halo radiotrasparente bien definido; en los odontomas complejos los elementos radiodensos aparecen como masas irregulares y desorganizadas, mientras que en los compuestos se aprecian muchas formaciones foliculares donde los dentículos se distinguen perfectamente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 32 años remitido por su ortodoncista, para valorar una lesión ósea radiodensa en región sinfisaria mandibular izquierda, observada de forma casual tras estudio radiográfico. En la exploración clínica intraoral, la coloración de la mucosa era normal, no existía abombamiento de las corticales y no había ninguna ausencia dentaria. A la palpación no se apreciaba ningún signo anormal. Radiográficamente, en el TAC, se observó una imagen radiodensa con bordes radiotransparentes irregulares y bien definidos; localizada a nivel del sector anterior mandibular izquierdo bajo los ápices de incisivos, canino y premolares. Se realizó la exéresis de la lesión y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de presunción de odontoma mandibular complejo. En los controles posteriores se apreció una adecuada regeneración ósea, sin signos de recidiva.

CONCLUSIONES

Los odontomas son los tumores de naturaleza odontogénica más frecuentes, que suelen diagnosticarse de forma casual. Tras un tratamiento adecuado no suelen aparecer recidivas.

PALABRAS CLAVE

odontoma complejo, mandíbula, tratamiento.

ABSTRACT

Odontomas are the most prevalent of all odontogenic tumors. These tumors are made up of epithelial and mesenchimal tissue. The latest (2005) WHO classification acknoeledges two types of odontomas: compound odontomas, which are masses of well-organized tooth-like structures, and complex odontomas, which are malformations compound of a disorganized combination of enamel, dentin and a variable amount cementum. Both types of tumors are surrounded by a thin connective tissue capsule, similar to the follicle arround a normal tooth.

CASE REPORT

This case documents a male 30-year-old patient who was referred to our surgery department by his orthodontist to analyze a bone lesion incidentally detected in his left mandible through an orthopantomography (OPG) carried out prior to orthodontic treatment. The patient did not report any known drug allergies or medical-surgical history of interest. On intra-oral examination, the mucous membrane was found to have normal color and no expansion of any of the cortices was seen. All the teeth were in the mouth. The OPG showed a radiopaque mass at the level of the bicuspids of the third quadrant. The radiological study was completed with a CT of the mandible, where the size and extent of the tumor were identified. The neoplasm involved virtually the entire thickness of the mandible in a buccolingual direction. With a presumed diagnosis of complex odontoma of the mandible, a decision was made to operate. The procedure began as soon as the patient signed the informed consent form. First of all, the patient was anesthetized. A partial Neumann incision was performed, with releasing incision at the level of the distal central incisor . After a careful mocoperiostial detachment osteotomy was carried out with a tungsten carbide bur, using profuse irrigation to access the lesion. Also with the help of the bur, a space was created between the tumor and the surrounding bone so as to permit introduction of a root elevator to complete the luxation and full resection of

> *Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan entre un 22% y un 6% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares.*

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son tumores benignos de origen odontogénico de carácter mixto, formados por células de naturaleza dentaria epiteliales y mesenquimales, y que se caracterizan por su crecimiento lento e indoloro [1]. Fueron descritos por primera vez en 1867 por Paul Broca. Histológicamente se componen de diferentes tejidos dentales, como el esmalte, la dentina, el cemento, y en ocasiones, el tejido pulpar, pudiendo presentar estos tejidos una relación normal o anormal entre sí. Estos tejidos y células se encuentran en el área del cuerpo donde se presenta su crecimiento, razón por la cual se les considera como hamartomas y no como neoplasias.

La última clasificación de la OMS del año 2005 reconoce dos tipos de odontomas: los compuestos, en los que los tejidos dentarios aparecen con un patrón bastante ordenado de manera que forman piezas múltiples en forma de dientes pequeños denominados dentículos; y los complejos: donde los tejidos dentarios aparecen igual que en los compuestos, pero con un patrón amorfo y desordenado, de manera que se observan tumoraciones amorfas con contornos irregulares. Ambos tipos de tumores poseen una cápsula de tejido conectivo a su alrededor, que es similar a la de un folículo que rodea a un diente normal.

Los odontomas son los tumores más frecuentes de los maxilares y representan, según diversas fuentes, entre un 22% y un 6% de todos los tumores odontogénicos de los maxilares. En general, los odontomas compuestos son más frecuentes que los complejos [1-4]. No tienen predilección por ningún sexo, y suelen aparecer entre la segunda y la tercera década de la vida. Respecto a la localización, es más frecuente la zona de premolares y molares mandibulares para los complejos, mientras que los compuestos se presentan con mayor frecuencia en la zona de incisivos y caninos del maxilar.

Su etiología es desconocida, aunque existen diferentes autores que apoyan teorías como déficit nutricionales, traumatismos o factores genéticos que pueden favorecer la aparición de este tipo de patología.

Suelen ser lesiones clínicamente asintomáticas, ya que son indoloras y su crecimiento es muy lento, siendo por tanto su hallazgo generalmente casual en revisiones radiográficas rutinarias [3-6]. En ocasiones, pueden provocar retraso en la erupción, persistencia de los dientes temporales, o presencia de una tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o malposiciones dentarias [1,3,5]. En casos severos pueden aparecer infección y adenopatías regionales.

Radiológicamente, los odontomas compuestos aparecen como lesiones bien delimitadas con un halo radiotransparente y con zonas radiodensas. Se ven muchas formaciones foliculares, separadas por un septo fibroso, y los dentículos se distinguen perfectamente [2,7]. En los odontomas

the bone tumor. Subsequently, the residual cavity was curetted in order to remove any remaining tumor cells. The sutures were applied and the resected lesion was sent to pathology for testing. The immediate post-op period was uneventful. Anti-inflammatory and analgesic treatment was prescribed. The patient was requested to report to the clinic every 48 hours for follow-up. The sutures were removed at one week. Histopathological examination of the excised mass showed irregularly arranged dental hard tissues with areas of cell rich pulpal tissue. Clear spaces and clefts representing the mature enamel that is lost in the process of decalcification are often seen confirming the diagnosis of a complex odontoma. Few islands of odontogenic ephitelium along with thin fibrous capsule surronding the lesion are evident. A follow-up OPG was carried out at 6 months, which showed signs of significant.

CONCLUSIONS

Odontomas are the most frequent odontogenic tumors in clinical practice. Symptoms are either scarce or inexistent although on some occasions they may erupt into the oral cavity, causing pain, inflammation and infection. Odontomas are usually discovered incidentally during routine radiographic examination. Treatment of choice is surgical resection of the neoplasm. If an included tooth is associated with the odontoma, the tooth may be extracted during the same procedure. With an appropriate treatment, odontomas have a favorable prognosis with a very low recurrence rate.

KEY WORDS

complex odontoma, mandible, treatment.

complejos, los elementos radiodensos aparecen como masas irregulares y desorganizadas que no tienen similitud con estructuras dentarias. La imagen típica es en haz de rayos solares [1,3]. En ambas situaciones, la tumoraciones se encuentran rodeadas por un halo radiotransparente, bien definido, y están rodeados por hueso sin afectar.

El diagnóstico diferencial se debe de establecer principalmente con el fibroma ameloblástico, fibroodontoma amelobástico y odontoameloblastoma.

El tratamiento es la enucleación quirúrgica, que constituye una herramienta tanto terapéutica como diagnóstica, ya que el diagnóstico de confirmación se realiza mediante el estudio histopatológico de la lesión extirpada. Con el tratamiento quirúrgico adecuado correcto las recidivas son poco frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 32 años, que fue remitido a nuestro Servicio de Cirugía Bucal por su ortodoncista, para valorar una lesión ósea radiodensa en región mandibular izquierda. Se trataba de un hallazgo casual en una ortopantomografía realizada para el estudio ortodóntico.

Los antecedentes médico-quirúrgicos personales no fueron relevantes; el paciente no recibía tratamiento médico de ningún tipo ni refería alergias medicamentosas conocidas.

En la exploración clínica intraoral, la coloración de la mucosa era normal, no existía abombamiento de las corticales y no había ninguna ausencia dentaria. A la palpación no se apreciaba ningún signo anormal (Figura 1).

Radiográficamente en la ortopantomografía se observó una imagen radiodensa con bordes radiotransparentes irregulares y bien definidos; localizada a nivel del sector anterior mandibular izquierdo bajo los ápices de incisivos, canino y premolares (Figura 2). El estudio radiológico se completó con un TAC mandibular, en el que se comprobó el tamaño y la extensión de la tumoración, que afectaba a la práctica totalidad del espesor mandibular en sentido vestíbulo–lingual, parte de la lesión se situaba a nivel lingual por detrás de los ápices de incisivos y del canino (Figura 3).

Con el diagnóstico de presunción de odontoma mandibular complejo, se le explicó al paciente que el tratamiento idóneo sería la exéresis de la lesión. Tras la entrega del consentimiento informado al paciente, se procedió a realizar el acto quirúrgico. En primer lugar, llevamos a cabo desinfección extraoral con povidona yodada e intraoral con enjuague de clorhexidina durante un minuto; a continuación, realizamos un bloqueo mandibular (lidocaína al 2% con epinefrina 1:80000) mediante una técnica de anestesia troncular, en el lado contralateral se realizó anestesia infiltrativa supraperiostica a fondo de vestíbulo. El abordaje fue intraoral, y realizamos una incisión de Newman parcial, con incisión intrasulcular desde segundo premolar inferior izquierdo hasta distal de incisivo central inferior derecho, donde se continuó con la línea de descarga. Se realizó despegamiento mucoperióstico, protegiendo las estructuras nerviosas que emergen por el agujero mentoniano (Figura 4). Realizamos una ostectomía con fresa redonda de carburo de tungsteno e irrigación abundante para exponer la lesión tumoral tratando de respetar una cantidad mínima de hueso alrededor de los ápices de los dientes vecinos. Se procedió a la enucleación de la lesión, puesto que la ventana es ligeramente menor que el tamaño de la lesión, ésta se extrae en varios fragmentos ayudándonos ligeramente con un botador recto (Figuras 5 y 6). A continuación se legró la cavidad residual, con objeto de eliminar cualquier resto de tumoración o de cápsula de tejido conectivo y así prevenir posibles recidivas (Figura 7). Por último, se reposicionó el colgajo y suturamos, con sutura no reabsorbible –seda de 3/0– mediante puntos simples interpapilares y puntos sueltos en la línea de descarga. Se prescribió antibiótico (amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante 7 días), antiinflamatorios no esteroideos (diclofenaco 50 mg cada 8 horas durante 5 días) y analgésicos (metamizol 575 mg cada 6-8 horas durante 3-4 días) vía oral, así como instrucciones de cuidados postoperatorios. El postoperatorio inmedia-

Figura 1

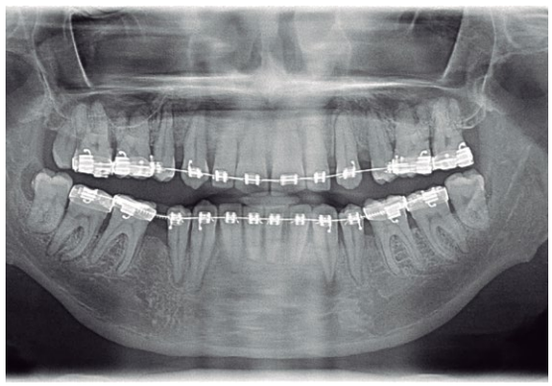


Figura 2

Figura 3

Figura 4

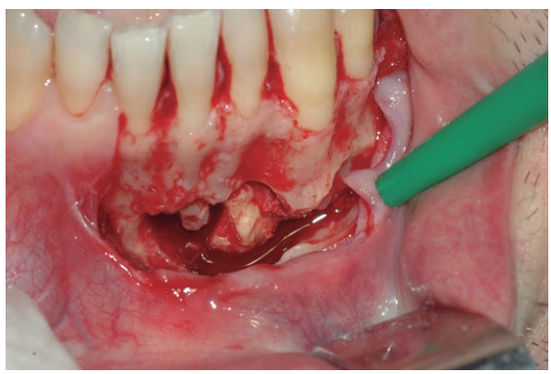


Figura 5

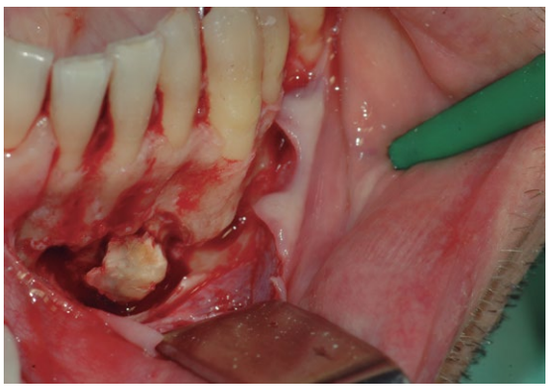


Figura 6

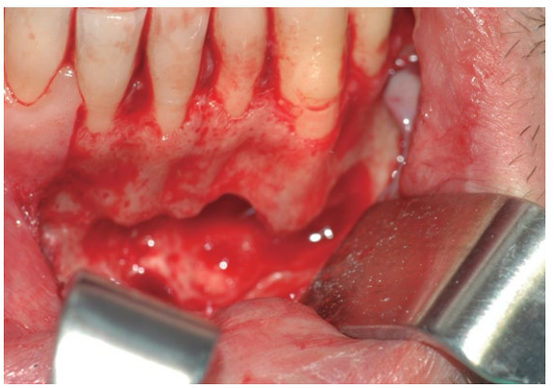


Figura 7

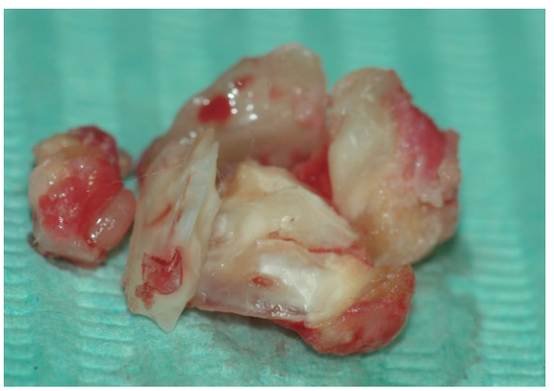


Figura 8

> *La mayoría de los casos se diagnostican antes de los treinta años, y aún no hay consenso sobre cuál de los dos géneros es el más afectado.*

to cursó sin incidencias retirándose la sutura a la semana.

La lesión tumoral fue enviada al anatomopatólogo para su análisis histológico. Macroscópicamente se observaron cuatro fragmentos de consistencia pétrea, amorfos y con aspecto de tejidos dentarios de unos 2 cm de tamaño (Figura 8). Microscópicamente se confirmó el diagnóstico de odontoma complejo.

Realizamos una OPG de control a los 18 meses en la que se aprecia una adecuada regeneración ósea, sin signos de recidiva (Figura 9).

DISCUSIÓN

La etiología de los odontomas complejos es de origen desconocido. Se han propuesto diferentes teorías, incluyendo trauma local, infecciones, antecedentes familiares y mutación genética [2].

Los odontomas son los tumores odontogénicos más frecuentes, siendo el odontoma compuesto el de mayor incidencia.

En relación a su localización, la mayoría de los estudios describen una mayor afectación del maxilar; si bien hay estudios que correlacionan la localización en función del tipo de odontoma, de tal forma que los odontomas compuestos mostrarían una mayor predilección por el sector anterior del maxilar, mientras que los odontomas complejos serían más frecuentes en la zona posterior mandibular.

En lo que al género se refiere, no hay consenso sobre cuál de los dos géneros es el más afectado. Algunos autores hablan de una mayor incidencia en el género femenino [2,8-10], mientras que otros refieren una mayor incidencia en el masculino [11-14]. Otro grupo de autores no encuentran diferencias significativas entre ambos géneros [3,4,15-17]. Existen autores que hablan de la predilección por género en función del odontoma, y refieren que los odontomas compuestos son más frecuentes en hombres, mientras que los complejos son más frecuentes en mujeres [2, 8,9,13,16], lo que difiere de nuestro caso clínico.

Pueden diagnosticarse a cualquier edad, pero la mayoría de los casos (84%) se diagnostican antes de los treinta años, con un pico de incidencia en la segunda década de la vida; solamente un 10% son diagnosticados en pacientes de más de cuarenta años de edad [4,10,11,14,16,17]. Según la mayoría de los autores, los odontomas complejos se diagnostican de manera más tardía que los compuestos [3,4,8,10,17].

A pesar de que suelen ser asintomáticos y se diagnostican en exámenes radiológicos rutinarios [2], existen una serie de indicadores de presencia de odontoma, como son: persistencia de dientes temporales, no erupción de dientes permanentes, expansión de las corticales óseas (principalmente los de tipo complejo) y desplazamiento de dientes. Algunos artículos describen casos de parestesia del labio inferior, dolor de cabeza en el lóbulo frontal y supuración de la zona en la que está localizado el odontoma [1,6]. Es raro encontrar dolor asociado a la presencia de un odontoma [3-6]. Los odontomas complejos llevan asociados dientes no erupcionados entre el 10-44 % de los casos, y dientes con retraso eruptivo de al menos un diente definitivo, generalmente caninos, en el 74% de los casos. En el caso clínico presentado, no existe ningún diente retenido ni retrasado en la erupción.

El aspecto radiológico de los odontomas complejos va a depender del estadio de desarrollo y del grado de mineralización. El estadio inicial se caracteriza por una radiolucidez marcada, debida a la falta de calcificación. En estadios intermedios, se observa una calcificación parcial, mientras que en el tercer estadio la lesión aparece como una masa radiopaca con estructuras dentales amorfas, rodeadas por una capa fina, radiolúcida, que histológicamente se corresponde con tejido conectivo [2]. Son características las imágenes en haz de rayos solares [1,3]. Nuestro caso se encontraba en un estadio tres.

Debemos hacer el diagnóstico diferencial con fibroma ameloblástico, fibroodontoma y odontoameloblastoma [4,6,19].

El manejo terapéutico es quirúrgico siendo el tratamiento de elección la exéresis quirúrgica total de la lesión, con posterior examen histopatológico para confirmar el diagnóstico [1,3]. En ocasiones, si hay un diente no erupcionado asociado al odontoma, siempre y cuando el diagnóstico

se haga de forma temprana, debemos de tener en cuenta que existe un alto porcentaje de casos en los que se produce una erupción espontánea del diente retenido después de la exéresis de la lesión principalmente en aquellos dientes en los que el ápice dentario no está cerrado. Si no tuviese lugar la erupción espontánea, sería necesaria la tracción ortodóncica y, en aquellos casos en los que el diente no terminase de erupcionar, sería necesario realizar una segunda cirugía para su exodoncia [20]. En nuestro caso, esto no fue necesario, ya que no existía ningún diente incluido asociado a la lesión.

CONCLUSIONES

Los odontomas son los tumores de naturaleza odontogénica más frecuentes, que suelen diagnosticarse de forma casual. Tras un tratamiento adecuado no suelen aparecer recidivas •

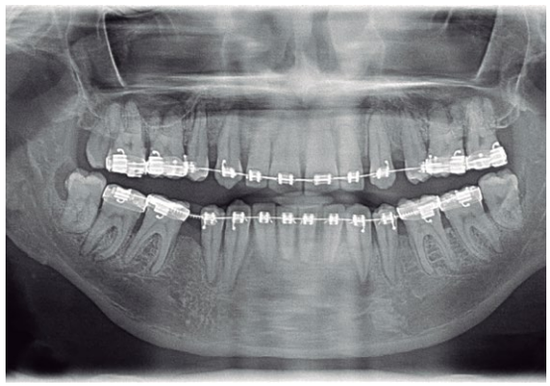


Figura 9

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer Ramírez MJ, Silvestre Donat FJ, Estelles Ferriol E, Grau García Moreno D, López Martínez R. Recurrent infection of a complex odontoma following eruption in the mouth. Med Oral 2001; 6(4): 269-75.

2. Garcia-Consuegra L, Junquera LM, Albertos JM, Rodriguez 0. Odontomas. A clinical-histological and retrospective epidemiological study of 46 cases. Med Oral 2000; 5(5):367-372.

3. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of anerupted complex odontoma. Med Oral 2003; 8(5):366-73.

4. Patiño Illa C, Berini Aytés L, Sánchez Garcés MA, Gay Escoda C. Odontomas complejos y compuestos: análisis de 47 casos. Arch Odonto Estomatol 1995; 11(8):423-30.

5. Fernández López RG, López Buendía MC, Ruiz González E. Plasma rico en factores de crecimiento en cirugía bucal. Presentación de caso clínico. Rev Odont Mex 2005; 9(3):141-6.

5. Mupparapu M, Singer SR, Rinaggio J. Complex odontoma of unusual size involving the maxillary sinus: report of a case and review of CT and histopathologic features. Quintessence Int 2004; 35(8):641-5.

6. Martín-Granizo López R, López-García Asenjo J, De Pedro Marina M, Domínguez Cuadrado L. Odontoameloblastoma: a case report and a review of the literature. Med Oral 2004; 9(4):340-4.

7. Sada García-Lomas JM, López-Quiles Martínez J, Pozuelo Pinilla A, Silva Baginha M. Odontoma compuesto: clasificación actual, diagnóstico y tratamiento. Prof Dent 2000; 3(7):433-6.

8. Ochsenius G, Ortega A, Godoy L, Peñafiel C, Escobar E. Odontogenic tumors in Chile: a study of 362 cases. J Oral Pathol Med 2002; 31(7): 415-20.

9. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 1997; 33(2): 86-99.

10. Hisatomi M, Asaumi JI, Konouchi H, Honda Y, Wakasa T, Kishi K. A case of complex odontoma associated with an impacted lower deciduous second molar and analysis of the 107 odontomas. Oral Dis 2002; 8(2):100-5.

11. Tomizawa M, Otsuka Y, Noda T. Clinical observations of odontomas in Japanese children: 39 cases including one recurrent case. Int J Paediatr Dent 2005; 15(1):37-43.

12. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of central odontogenic tumors: a study of 1088 cases from Northern California and comparison to studies from other parts of the world. J Oral Maxillofac Surg 2006; 64(9):1343-52.

13. Adebayo ET, Ajike SO, Adekeye EO. A review of 318 odontogenic tumors in Kaduna, Nigeria. J Oral Maxillofac Surg 2005; 63(6):811-9.

14. Miki Y, Oda Y, Iwaya N, Hirota M, Yamada N, Aisaki K. Clinicopathological studies of odontoma in 47 patients. J Oral Sci 1999; 41(4):173-6.

15. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Ruíz-Godoy Rivera LM, Meneses-García A. Odontogenic tumors in Mexico: a collaborative retrospective study of 349 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 84(6):672-5.

16. Fernandes AM, Duarte EC, Pimenta FJ, Souza LN, Santos VR, Mesquita RA, et al. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. J Oral Pathol Med 2005; 34(10):583-7.

17. Hidalgo O, Leco I, Martínez-González JM. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; 13(11):E:7230-4.

18. Serrano de Haro Martínez B, Martínez González JM, Baca Pérez- Bryan R, Donado Rodríguez M. Estudio clínico epidemiológico de los odontomas. Av Odontoestomatol 1992; 8:689-98.

19. Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibro-odontoma in a 9-year-old boy. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(5):620-3.

20. Ledesma-Montes C, Perez-Bache A, Garcés- Ortíz M. Gingival compound odontoma. Int J Oral Maxillofac Surg 1996; 25(4):296-7.

SEPES BILBAO 2016

46 Congreso Anual de la
Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

13, 14 y 15 de octubre Palacio Euskalduna

TRAMOS DE TARIFA REDUCIDA:

+ ANTES DEL 30 DE JUNIO

+ ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE

CURSO INTRACONGRESO

FRANK SPEAR

POSIBILIDAD DE INSCRIPCIÓN INDEPENDIENTE

FLUJO DEL TRABAJO DIGITAL

⊕ NUEVOS MATERIALES

⊕ TÉCNICAS ADHESIVAS

⊕ ASPECTOS TÉCNICOS, ESTÉTICOS Y QUIRÚRGICOS DE LAS RESTAURACIONES IMPLANTOSOPORTADAS

⊕ GESTIÓN DE LAS CLÍNICAS DENTALES...

ANTES DEL 30 DE JUNIO:

- ⊕ Inscríbete con tarifa reducida
- ⊕ Envía tu comunicación
- ⊕ Solicita plaza en alguno de los talleres

INSCRÍBETE YA EN: www.sepesbilbao2016.sepes.org

Secretaría Técnica: TISA - Tel.: 94 423 53 36

ORGANIZA TU VIAJE CON LOS DESCUENTOS EN

IBERIA 10% de descuento en IBERIA

renfe -30% DE DESCUENTO APLICABLE SOBRE TARIFA

hazte socio

www.sepes.org

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

Caso Clínico

Shock Anafiláctico en Odontología

BERNARDINO NAVARRO GUILLÉN, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA. ANESTESIÓLOGO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO (ALICANTE)

Se comunica el caso de un paciente varón de 39 años de edad, que acude al gabinete odontológico tras haber presentado dolor de tipo agudo a nivel del segundo molar inferior izquierdo. Entre sus antecedentes destaca alergia al polvo doméstico (ácaros) y al grupo de antibióticos beta-lactámicos. Programado para realizar procedimiento endodóncico, tras infiltración troncular con carpule 1.8 ml de articaína al 4% con epinefrina al 1: 200.000, el paciente presenta un cuadro inicial consistente en nauseas, palidez, urticaria, convulsiones y disminución progresiva de la conciencia. Colocado el paciente en decúbito supino con las piernas en alto con respecto al torso (posición de Trendelemburg), se aprecia agravación progresiva y rápida de su estado clínico, con disnea, bradicardia e hipotensión arterial severas, a la vez que inflamación edematosa de la lengua y los labios.

Si bien los anestésicos locales utilizados actualmente en Odontología presentan un alto grado de seguridad, en ocasiones pueden presentar efectos adversos indeseables que, aunque en la mayor parte de casos son leves y pasajeros, excepcionalmente pueden revestir gravedad extrema. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden solucionar incluso estas situaciones. Pacientes con antecedentes alérgicos (atopias) presentan mayor disposición a padecer cuadros anafilácticos.

Las reacciones adversas tras la infiltración anestésica suelen ser de dos tipos: vasomotoras (vagales y simpaticotónicas), generalmente de origen psicógeno, y otras en relación con las drogas administradas (tóxicas y alérgicas) (Cuadro 1). De estudios tradicionales se deduce que las reacciones tóxicas y alérgicas son excepcionales, mientras las respuestas vagales, así como los pocos casos debidos a hipoglucemia, no llegan al 10% de los pacientes anestesiados. El síncope vasovagal es la causa más frecuente de trastorno de la conciencia y cuadro vegetativo asociados al uso de anestésicos locales. A veces puede deberse a la hiperextensión del cuello en el sillón, ocasionada por hipersensibilidad del seno carotídeo.

Los síntomas y signos clínicos en los cuadros alérgicos son muy variados, y en ocasiones muy poco diferenciales de otras etiologías de reacciones adversas, lo que complica su evaluación, pudiendo inicialmente confundir el diagnóstico y retrasar su tratamiento con las consecuencias derivadas. Entre éstos se pueden observar: conversación inconexa, desorientación y agitación, nauseas y vómitos, sudoración, palidez, convulsiones, temblores, taquicardia o bradicardia, lesiones eritematosas, prurito y urticaria inmediata, alteraciones del ritmo respiratorio, angioedema, pérdida de conocimiento, y, en los casos mas graves, broncoespasmo y shock anafiláctico. En el estudio electrocardiográfico pueden aparecer trastornos de la excitabilidad (arritmias), de la conducción cardiaca e incluso de la repolarización, habiéndose descrito algún caso de lesión isquémica miocárdica. En principio no dispondremos de esta prueba en la clínica odontológica, pero nos ayuda a entender el proceso.

Muchos de estos síntomas y signos pueden encauzarnos el diagnóstico al estar en ocasiones mas relacionados con determinadas causas: hiperventilación, mareo, bradicardia con pulso débil, hipotensión y pérdida de conciencia en cuadros vagales; palpitaciones, taquicardia, hipertensión y cefalea orientan al origen simpaticotónico por los vasoconstrictores; síntomas neurosensoriales (excitabilidad, disforia, parestesias peribucales, temblores, convulsiones e incluso pérdida de conciencia) en los cuadros tóxicos, en los cuales, dependiendo de las concentraciones plasmáticas y de la velocidad de introducción en el torrente circulatorio, puede aparecer afectación del sistema cardiovascular (bradicardia, hipotensión, bloqueo auriculoventricular, incluso parada cardiaca).

En la semiología alérgica tras la administración de anestésicos locales, destacan signos mucocutáneos (rinitis, urticaria, angioedema) los cuales orientan el diagnóstico, insuficiencia respiratoria (por edema de glotis y broncoespasmo) y colapso circulatorio que puede llegar al shock, todos ellos de instauración rápida.

Es importante valorar el miedo, la ansiedad y la sensación dolorosa previos a la infiltración local, que con frecuencia condicionan cuadros vasovagales y pueden ayudar a descartar un cuadro clínico de gravedad.

El shock anafiláctico es la forma más severa de las reacciones alérgicas, incluyendo entre sus manifestaciones más importantes insuficiencia respiratoria y colapso circulatorio, este producido por dilatación de los vasos sanguíneos, que al disminuir sus resistencias provoca un menor flujo de sangre y oxígeno al cerebro y otros órganos vitales. La anafilaxia es una respuesta del sistema inmunológico, en segundos o minutos, a la presencia de un alérgeno, ante el cual el organismo ha estado en contacto previamente la mayor parte de los casos. De ahí que puede presentarse el cuadro clínico sin que el paciente refiera historia previa de alergia a los anestésicos locales. Si bien todos ellos pueden actuar como alérgenos, sin embargo los más utilizados en clínica odontológica suelen ser la lidocaína y la articaína, ambos pertenecientes al grupo amida, el cual es extraordinario conduzca a reacciones alérgicas significativas. El cuadro se establece por liberación de

los mastocitos de mediadores químicos en respuesta a determinadas sustancias extrañas al organismo, desarrollándose consecuencias humorales y celulares, y su repercusión, en los casos graves, en los sistemas circulatorio y respiratorio.

Dos características definen al shock anafiláctico: su extrema gravedad y su reversibilidad con un tratamiento adecuado. La presentación del cuadro requiere atención clínica de urgencia, ya que puede conducir a parada cardiocirculatoria, apoyando con medidas terapéuticas rápidas y evacuando al paciente a un medio hospitalario. Por tal motivo el tratamiento inicial debe comenzarse en el gabinete odontológico, a la vez que se establece el aviso al Servicio de Urgencias para su traslado. En dicho medio o a nivel ambulatorio para casos alérgicos menos graves, se continuará el proceso de estudio de estas reacciones para definir su etiología (Cuadro 2). El odontólogo adjuntará para dicho estudio un informe con la historia clínica del paciente donde se haga constar la sintomatología, el anestésico local y el volumen utilizados, con o sin vasoconstrictores, así como el momento de aparición del cuadro tras la administración de la droga y el tratamiento realizado.

El objetivo del tratamiento es doble. Por un lado, yugular las manifestaciones respiratorias y cardiocirculatorias que ponen en peligro la vida. Por otro, actuar sobre la liberación de mediadores químicos y con ello sus efectos mantenidos sobre los órganos diana. Evidentemente suspender la administración del anestésico local tras comenzar con síntomas. Favorecer el retorno venoso, situando al paciente en posición de Trendelemburg. Mantener permeable la vía aérea, caso de ser necesario.

La base del tratamiento farmacológico está en la utilización de adrenalina, por sus efectos adrenérgicos tanto a nivel alfa (aumento de las resistencias vasculares y restauración de la tensión arterial), como beta 1 (mejorando la actividad cardiaca y como consecuencia el débito) y beta 2 (broncodilatador, además de activar el proceso enzimático intracelular que favorece la síntesis de AMP cíclico). Se intenta abordar una vía venosa, con la finalidad de administración de drogas, perfundiendo con Solución Fisiológica o Ringer Lactato. Entre las diversas pautas del uso de adrenalina en estos casos, aconsejo la dilución, en una jeringuilla de 20 ml, de 1 mg de la droga y hasta 20 ml de solución fisiológica (0.05 mg/ml), administrando vía endovenosa, preferentemente, un volumen inicial de 4 ml, repitiendo cada minuto 2 ml, hasta la resolución del caso. Se puede llegar a una dosis máxima entre 5 y 10 mg. Si hubiera dificultad para el abordaje endovenoso, o bien en las formas menos severas, se pueden utilizar la vía subcutánea, submucosa (debajo de la lengua) e intramuscular. Paralelamente se debe administrar oxígeno por cánula nasal o mascarilla facial, con la finalidad de atenuar la hipoxia tisular. Si el broncoespasmo no mejora, se puede recurrir a broncodilatadores (Salbutamol en aerosol o parenteral). Para administración subcutánea se puede utilizar jeringa precargada con solución inyectable de Adrenalina 1mg/ml, a dosis de 0,3-0,5 ml, pudiendo repetir la dosis a los 15-20 min. No parecen ocupar los corticosteroides una función significativa en la fase aguda del shock anafiláctico. Sin embargo son útiles para prevenir las respuestas tardías. En nuestro medio utilizamos, también vía endovenosa, Metilprednisolona a dosis de 1 gr o Hidrocortisona a dosis de 500 mg. Los antihistamínicos tampoco parecen ser útiles en esta fase, pues no resuelven el problema e incluso pueden potenciar la hipotensión inicial. Ya en el medio hospitalario se recurrirá a otras drogas para tratamiento de arritmias, acidosis metabólica, etc.

Aunque no fue el caso clínico que nos ocupa, quiero hacer mención de los cuadros alérgicos debidos al látex (material componente de los guantes quirúrgicos), que aun siendo sumamente excepcionales, en ocasiones presentan extrema gravedad. Pero esta cuestión será tratada ampliamente en un posterior artículo ●

Cuadro 1: Causas de reacciones adversas tras anestesia local.

A. Técnicas ó mecánicas
- Trauma local
- Psicomotoras y/o vasovagale
- Por estimulación simpática

B. Farmacológicas
- No alérgicas
  a. Tóxicas: generales y locales
  b. Idiosincrásicas (ej. Metahemoglobinemia por prilocaina)
- Alérgicas
  c. Anestésicos locales
  d. Conservantes y antioxidantes
  e. Látex

Cuadro 2: Algoritmo para diagnóstico etiológico de reacciones adversas a los anestésicos locales.

- Historia clínica: antecedentes, anestésicos utilizados y sintomatología.
- Estudio de sensibilidad vagal.
- Estudio de reactividad adrenérgica.
- Investigación de alergias: prick, pruebas intradérmicas o de provocación subcutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mechan JG, Rood JP. *Adverse Effects of Dental Local Anaesthesia*. Den- Uppdate 1997; 24:315-318.

2. Danblander M, Muller R, Lipp MD. *The Incidence of Complications Associated with Local Anesthesia in Dental Surgery*. Clinic Oral of Surgery 1997; 24:278-283.

3. Levy JH. *New concepts in the treatment of anaphylactoid reactions in anesthesia*. Ann Fr Anesth Reanim 1993;12:223.

4. Gall H, Kaufmann R, Kalveram CM. *Adverse reaction to local anesthetics: Analysis of 197 cases*. J Allergy Clin Immunol. 1996; 97:933-937.

5. Escolano F, Aliaga L, Alvarez J et al. *Reacciones alérgicas a los anestésicos Locales*. Rev Esp Anestesiol Reanim. 1990; 37:172-175.

6. Borish L, Joseph BZ. *Inflammation and the allergic response*. Med Clin North Am. 1992; 76:765-87.

7. Herrera AM, Shazo RD. *Current concepts in anaphylaxis. Pathophisiology, diagnosis and treatment*. Immunol Allergic Clin North Am 1992;12:517-34.

8. Holzman RS. Latex Allergy: *An emerging operating room problem*. Anesth Analg 1993;76:635-41.

VI Simposio Internacional / VI International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER

UPV EHU | NAZIOARTEKO BIKAINTASUN CAMPUSA
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

San Sebastián - Donostia
País Vasco - Basque Country

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

SAN SEBASTIAN DONOSTIA 2016

PREMIO MEJOR PÓSTER CLÍNICO

El Comité Científico del Simposio seleccionará entre los pósters clínicos presentados, tres para su presentación oral y de ellos uno recibirá el PREMIO AL MEJOR PÓSTER CLÍNICO 2016.
Los pósters clínicos deberán ser de un caso o de varios casos clínicos de una patología oral/maxilofacial neoplásica maligna o precancerosa. Los tres pósters seleccionados serán publicados en la revista *Odontólogos de hoy*.

PREMIO MEJOR PÓSTER DE INVESTIGACIÓN

El Comité Científico del Simposio seleccionará entre los pósters de investigación presentados, tres para su presentación oral y de ellos uno recibirá el PREMIO AL MEJOR PÓSTER DE INVESTIGACIÓN 2016.
Los pósters de investigación deberán tratar aspectos relativos a la patología neoplásica maligna oral/maxilofacial o precancerosa. Los tres pósters seleccionados serán publicados en la revista *Odontólogos de hoy.*

AWARD FOR THE BEST CLINICAL POSTER

The Scientific Committe of Symposium will select from among the clinical posters, three for its oral presentation and one of them will receive the AWARD FOR THE BEST CLINICAL POSTER 2016.
Clinical posters must present one case or several clinical cases of oral/maxilofacial malignant or pre-malignant pathology. The three selected posters will be published in the magazine *Odontólogos de hoy*.

AWARD FOR BEST RESEARCH POSTER

The Scientific Committe of Symposium will select from among the research posters presented, three for oral presentation and one of them will receive the AWARD FOR THE BEST RESEARCH POSTER 2016.
The research posters should address aspects ot oral/maxilofacial or precancerous malignant neoplastic disease. The three selected posters will be published in the magazine *Odontólogos de hoy*.

Información/Information:
vioralcancersymp@gmail.com

AVANCES EN CANCER ORAL
ADVANCES IN ORAL CANCER
Bilbao. País Vasco
Basque Country
Departamento de Estomatología II
Servicio Clínica Odontológica. UFI 11/25
10-11 Julio. 2014 // July 10th-11th. 2014

MOUTH SELF-EXAMINATION IN A POPULATION AT RISK FOR ORAL CANCER

López-Jornet P (1), Gomez García F(2), Lucero Berdugo M, Parra Pérez F, Aznar Cayuela C

1Departamento de Medicina Bucal . Facultad de Medicina y Odontología .Universidad de Murcia.
2.Departamento Anatomía Patológica . Facultad de Medicina y Odontología .Universidad de Murcia

INTRODUCCION

El cáncer de la cavidad oral es un problema de salud pública. Alrededor del 70% de los pacientes con cáncer oral se diagnostican en las etapas avanzadas. Se indica que la falta de conocimiento entre la población sobre el cáncer oral son las razones principales para la presentación tardía de cáncer. Teniendo en cuenta que el diagnóstico precoz es un paso importante para reducir la mortalidad por cáncer, se recomienda que este debe ser una prioridad para los programas de cribado diseñados para detectarla enfermedad durante sus fases asintomáticas . Las intervenciones educativas en la población, especialmente enfocado en los grupos de riesgo (auto- exploración) y sobre los profesionales (índice de sospecha del médico) deben incluir un buen conocimiento de la presentación de la enfermedad.
.

OBJETIVO

El objetivo es la realización de un programa educativo en autoexploración oral en un grupo de pacientes con riesgo de cáncer oral.

MATERIAL - METODOS

Se realizo un programa educativo de autoexploración oral en pacientes de riesgo y a los 3 meses fueron evaluados . Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 40 años y fumador/o bebedor .y dar su consentimiento y que nunca hubieran participado un progama de educación en autoexploración oral hasta la fecha del estudio. Pacientes con historia previa de cáncer o presencia de cáncer o que no dieran su consentimiento fueron excluidos El instrumento utilizado fue el cuestionario modelo de creencia en salud susceptibilidad (3 item), severidad (8 item) beneficios (4item) barreras (8item), eficacia de la autoexploracion (6 item). Las respuestas fueron puntuadas mediante escala Likert (1 a 5). A los 3 meses de la intervención educativa los pacientes fueron evaluados, se realizo una entrevista telefónica y se le pregunto los pacientes si habían realizado la autoexploración oral en casa. El instrumento para medir utilizado fue el cuestionario modelo de creencia en salud

RESULTADOS

En total se analizaron 86 pacientes edad media 58.60±10.7; de los cuales 37 mujeres (43%) y49 hombres (56,9%).

Health Belief Model oral self-examination items

	Oral self-examination mean±DT Score range: 1-5			
Item	Yes	No	t*	p
Susceptibility				
1 Possibility of suffering oral cancer	4.06±0.71	2.71±0.51	8.18	0.001
2. The chance that I might develop oral cancer in years to come are high.	1.88±0.51	1.76±0.43	-0.90	0.37
3. I could develop cancer at any moment.	1.86±0.43	1.65±0.66	-1.33	0.19
Perceived severity				
4. Oral cancer is a serious health problem.	4.65±0.49	4.58±0.49	0.501	0.618
5. I am afraid of developing oral cancer.	4.82±0.39	4.30±0.49	4.33	0.001
6. Oral cancer can be a cause of death.	4.35±0.49	3.97±0.56	2.54	0.013
7. Oral cancer could disfigure my face.	4.18±0.52	3.74±.0.65	2.54	0.013
8. When I think of oral cancer, my heart beats faster.	4.94±0.24	4.01±0.55	6.69	0.001
9. Oral cancer can last for a long time.	4.76±0.43	4.03±0.87	3.35	0.001
10. It could change my relationship with my family and friends.	4.53±0.51	3.93±0.82	2.85	0.005
11. Oral cancer could change my life for the worse.	4.59±0.51	3.81±0.06	4.34	0.001

Barriers to self-examination				
16. I am afraid of finding something bad.	4.24±0.43	4.22±0.43	-0.44	0.65
17. It takes too much time.	1.17±0.47	1.62±0.57	0.60	0.510
18. Oral self-examination is difficult to do.	1.17±0.43	1.62±0.47	0.60	0.550
19. You need privacy to carry out self-examination.	1.41±0.52	2.07±0.42	-3.60	0.001
20. I see a doctor/dentist, so I do not need to self-examine.	4.71±0.42	4.52±0.60	1.30	0.20
21. It would make me worry needlessly.	2.45±0.66	2.41±0.70	-1.25	0.21
22. It's not convenient for me to self-examine.	2.61±0.47	3.25±0.60	-3.44	0.001
23. Self-examination interferes with my other activities.	1.16±0.43	1.64±0.45	0.59	0.550
Self-efficacy				
24. I know how to carry out self-examination.	4.8±0.43	4.43±0.70	3.57	0.01
25. I can carry out self-examination correctly with just my fingers.	4.06±0.66	3.13±0.39	3.45	0.002
26 I can recognize a white lesion.	3.53±0.47	3.75±0.91	-0.90	0.37
27. I can recognize a red lesion	3.24±0.56	3.24±0.56	0.19	0.98
28. I can recognize an ulcer in my mouth.	3.24±0.66	3.23±0.65	0.94	0.34
29. I can identify a lump in my mouth.	3.35±0.60	3.03±0.66	-2.15	0.34

Sub-scales	Yes (regularly / irregularly)	No (never) (n=)	t	p*
	Mean (SD)	Mean (SD)		
Susceptibility	2.49±0.37	2.14±0.30	3.93	0.001
Seriousness	4.60±0.22	4.04±0.25	8.22	0.001
Self-examination benefits	4.61±0.266	3.55±0.39	10.55	0.001
Barriers	2.74±0.18	2.99±0.38	-2.53	0.014
Self-efficacy	3.71±0.35	3.44±0.40	2.49	0.015

CONCLUSIONES

Los programas de entrenamiento de exploración son necesarios enfatizar el autoexamen y conseguir disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer oral

BIBLIOGRAFÍA

.Sommer L, Sommer DD, Goldstein DP, Irish JC. Patient perception of risk factors in head and neck cancer Head Neck. 2009 ;31:355-60.
Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaiyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population Oral Oncol. 2011 ;47:620-4.
Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. Oral Oncol 2010; 46 : 407-410.

El examen estomatológico

NUESTRO GRAN ALIADO DIAGNÓSTICO

AUTORES
Adalberto Mosqueda Taylor, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.
José Manuel Aguirre Urizar, Departamento de Estomatología II. UFI 11/25. Universidad del País Vasco/EHU.

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

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

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

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

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

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

Integridad: La mucosa de la cavidad bucal tiene varias funciones, entre las que destaca el actuar como una barrera protectora frente a substancias tóxicas y microorganismos, por lo que no debe presentar erosiones o ulceraciones. A menudo, la presencia de estas lesiones se asocia a sintomatología dolorosa, como ocurre en las úlceras de origen traumático (por mordedura, por bordes dentarios irregulares, por prótesis desajustadas, etc.), en las aftas, infecciones virales, reacciones medicamentosas adversas (Figura 7) y en algunas enfermedades inmunológicas, como la enfermedad liquenoide oral, el eritema multiforme y otras menos frecuentes pero más graves, como el pénfigo vulgar y el penfigoide mucoso. Ante el hallazgo de una lesión erosiva o ulcerativa, es necesario complementar el examen estomatológico con información relevante sobre la existencia presente o pasada de lesiones cutáneas (máculas, vesículas, costras, etc.), de sintomatología sistémica (fiebre, linfadenitis, pérdida de peso, etc.), de antecedentes de cuadros clínicos similares o de consumo de fármacos que puedan estar relacionados con su origen. Además, si no realizamos una exploración bucal completa, se nos podría pasar por alto la existencia de zonas erosionadas o ulceraciones pequeñas y relativamente asintomáticas, que pueden ser casos tempranos de carcinoma oral. El carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente de la región bucal, y la forma más común de presentación es como una ulceración persistente. En ocasiones pueden aparecer sobre lesiones precursoras, como la eritroplasia o leucoplasia. Ante la presencia de una ulceración persistente más de 2 semanas, tras haber eliminado las posibles causas, es imperativo realizar una biopsia (Figura 8).

Textura: La mucosa de la cavidad bucal presenta normalmente áreas distintas en su textura de acuerdo a las funciones que realiza, y por ello se clasifica en tres tipos:

1. Mucosa masticatoria (queratinizada, adherida al periostio y que participa en la masticación), localizada en la encía insertada y el paladar duro, y con una textura levemente granular, o como "cáscara de naranja" en la encía sana y rugosa en el paladar duro.
2. Mucosa de revestimiento (no queratinizada, delgada, lisa y recubre las superficies móviles y protegidas de la masticación), ubicada en los labios, carrillos, paladar blando, pilares orofaringeos, cara ventral de lengua y suelo de boca. Al revestir estructuras laxas bien vascularizadas y ricas en glándulas salivales menores, suele ser más húmeda y con un color rosado más intenso que la mucosa masticatoria.
3. Mucosa especializada, representada por la zona papilar del dorso y bordes de la lengua. Existen cuatro tipos de papilas linguales: A) las filiformes, son las más numerosas, estan queratinizadas y carecen de corpúsculos gustativos, por lo que su función principal es abrasiva para desmenuzar los alimentos; B) las fungiformes, que están dispersas entre la filiformes, tienen forma de hongo, son pediculadas, no están queratinizadas (rojizas), se distribuyen principalmente en la punta y zonas laterales del dorso lingual y contienen corpúsculos gustativos, que perciben principalmente los sabores dulce, salado y ácido; C)

FIGURA 1. HIPERPIGMENTACIÓN MELÁNICA DIFUSA EN ENFERMEDAD DE ADDISON.

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

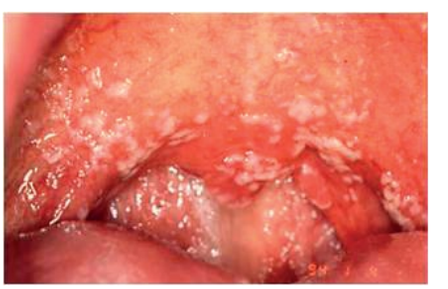


FIGURA 3. CANDIDOSIS PSEUDOMEMBRANOSA.

FIGURA 4. QUERATOSIS ALVEOLAR.

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

FIGURA 6. LEUCOPLASIA VERRUCOSA.

FIGURA 7. ÚLCERAS EXTENSAS ASOCIADAS A METOTREXATE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La edad del paciente y la coloración son aspectos importantes a considerar en la presentación de los aumentos tisulares, ya que en la infancia prevalecen las malformaciones vasculares sanguíneas y linfáticas (hamartomas), de color rojo-violáceo las primeras (Figura 16) y de superficie pseudovesicular las segundas. Ambas, pero especialmente los linfangiomas, constituyen una causa principal de macroglosia en la infancia (Figura 17). En niños y jóvenes la lesión pseudotumoral más frecuente suele ser el granuloma piógeno (rojo, ulcerado, pediculado) que suele crecer relativamente rápido en sus etapas iniciales, para luego madurar y producir fibrosis, lo que reduce su tamaño y lo vuelve menos blando a la palpación y mas rosado. En los adultos, de edad mediana y mayores, son más frecuentes las hiperplasias fibrosas reactivas a una causa traumática (fibromas irritativos e hiperplasias fibrosas por prótesis). No obstante, la ausencia de un factor traumático local y la presencia de factores de riesgo para cáncer (consumo de tabaco y alcohol), deben hacer sospechar esta posibilidad, especialmente si la lesión es infiltrante (indurada), o ulcerada, sin tendencia a curar al cabo de dos semanas. En los adultos mayores es importante tener en cuenta, además de las posibilidades antes mencionadas, la existencia de enfermedades sistémicas que produzcan agrandamientos tisulares, como los depósitos de amiloide (amiloidosis por diversas causas), sialosis (agrandamientos glandulares salivales por diabetes, alcoholismo o desnutrición) y neoplasias malignas primarias o metastásicas.

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

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

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

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

FIGURA 12. GRÁNULOS DE FORDYCE EN MUCOSA YUGAL.

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

FIGURA 14. TORUS PALATINO.

FIGURA 15. AGRANDAMIENTO GINGIVAL GENERALIZADO POR NIFEDIPINO.

FIGURA 16. MALFORMACIÓN VASCULAR SANGUÍNEA DEL DORSO LINGUAL.

FIGURA 17. MACROGLOSIA CAUSADA POR LINFANGIOMA.

FIGURA 18. NEUROFIBROMA EN MUCOSA GINGIVAL INFERIOR.

10 cosas que debes saber sobre: CBCT

Toda exploración con rayos X conlleva la posibilidad de aparición de efectos lesivos sobre el paciente. Los efectos deterministas de las radiaciones pueden ser eliminados si no se superan determinadas dosis, pero los efectos estocásticos como es la inducción de cáncer, son posibles en cualquier exposición incluso con dosis bajas como las utilizadas en radiología dental · **RAMÓN FERNÁNDEZ PUJOL, DR. EN MEDICINA, MÉDICO ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA, PROFESOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA URJC**

1 ¿Qué es la CBCT?

La CBCT es una técnica radiográfica que permite la reconstrucción tridimensional (3D) de un objeto a partir de la captura de sus proyecciones bidimensionales (2D); en la CBCT el amplio campo radiográfico, en comparación con un tomógrafo computarizado, permite formar la imagen con un único giro alrededor del objeto con una trayectoria que cubre entre 180º y 360º, durante la que se capturan varios cientos de imágenes bidimensionales.

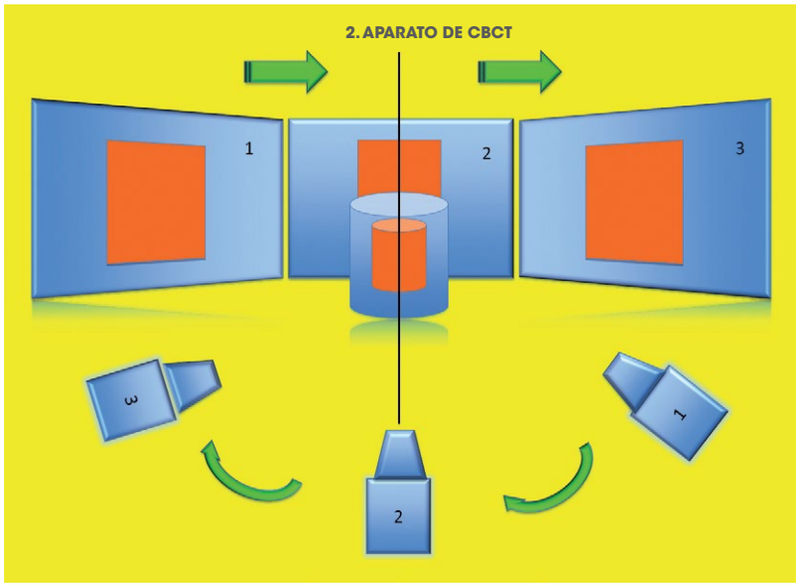
La imagen radiográfica puede ser captada mediante una emisión continua de radiación del tubo de rayos X durante toda la trayectoria o de manera pulsada, sólo se emite radiación durante el tiempo durante el cuál el captador es capaz de capturar la radiación. Esta última opción permite reducir de manera significativa la dosis al paciente sin afectar la calidad de imagen obtenida.

El conjunto de datos captados forma el sinograma de la imagen, en el que se recogen las intensidades del haz de radiación en su trayectoria alrededor del objeto de estudio.

El objetivo es, a partir de las intensidades de la radiación captada reconstruir las densidades que el haz de radiación ha atravesado.

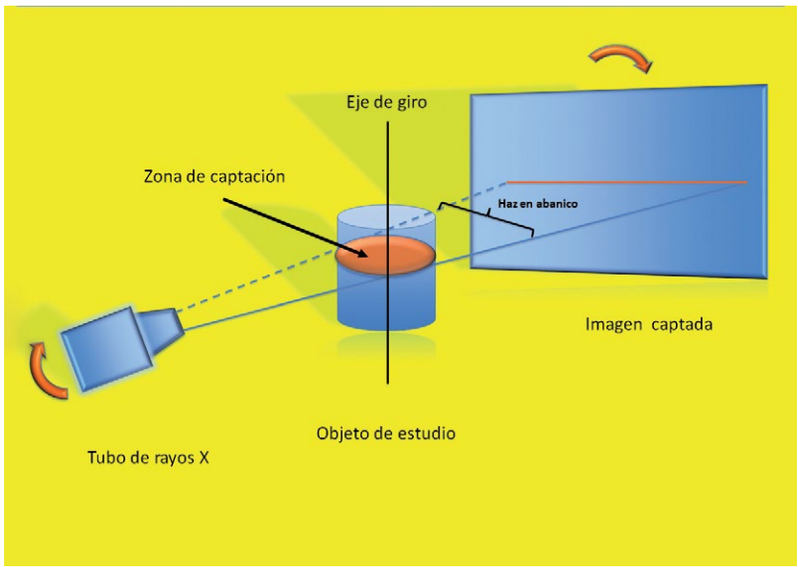
La atenuación de los rayos X al interaccionar con la materia, en un haz monoenergético se describe por la Ley de Beer-Lambert[1] para materiales homogéneos. Los tejidos humanos no son de densidad homogénea lo que obliga a utilizar una forma matemática diferente. El coeficiente de atenuación lineal de un haz de rayos X, depende de la energía del mismo, lo que dificulta la reconstrucción matemática del objeto, pues en los tubos de rayos X utilizados en los tomógrafos computarizados el haz de radiación es polienergético.

El problema de la reconstrucción de un objeto a partir de sus proyecciones fue estudiado matemáticamente por Radon en 1917. La imagen volumétrica se reconstruye por medio de algoritmos matemáticos, el más conocido es el algoritmo de Feldkamp (imagen 1) que es una adaptación a 3D del método de retroproyección filtrada, utilizado para reconstrucción de imágenes obtenidas con haces de radiación en abanico (2D).

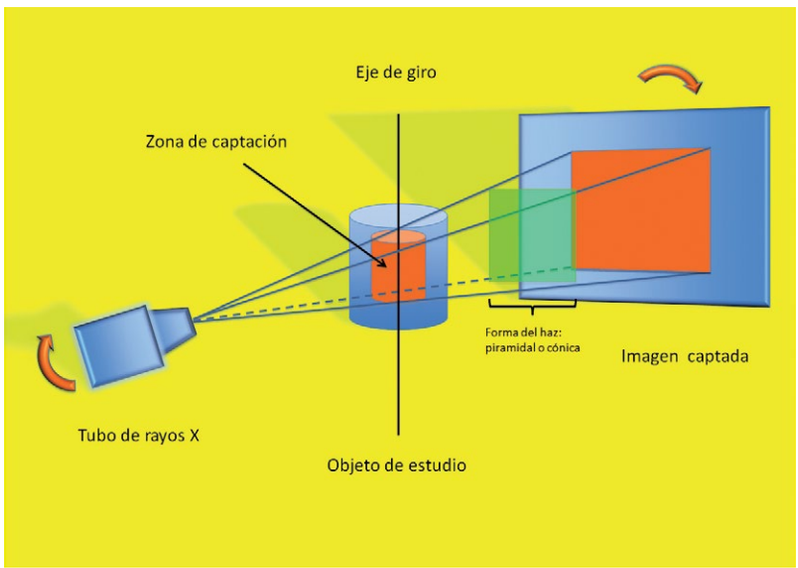


1. SECUENCIA DE CAPTACIÓN EN CBCT

2. APARATO CBCT



3. CAPTACIÓN DE IMAGEN EN TC



4. CAPTACIÓN EN CBCT

2º ¿Qué significa CBCT?

CBCT es el acrónimo formado por las letras iniciales de Cone beam computed tomography, (Tomografía computarizada de haz cónico). Esta técnica es también conocida por otros nombres como cone beam, DVT (digital volumetric technology), Dental CT o Conebeam 3D entre otros (imagen 2).

3º ¿Es el conebeam la única tecnología de captura 3D en odontología?

La primera técnica de captura radiográfica 3D fue la Tomografía computarizada (TC), introducida por Hounsfield en 1972; la tecnología de la TC, evoluciona hacia la consecución de imágenes rápidamente a través de varias generaciones de aparatos. En la primera generación el movimiento del único captador y del emisor combina la translación y la rotación; el haz de radiación es muy colimado, tiene una geometría lineal.

En la segunda generación se aumentan el número de captadores disponiéndolos de forma lineal y el haz de radiación se colima en forma de abanico, la trayectoria sigue siendo una combinación de rotación y traslación.

La tercera generación utiliza captadores múltiples dispuestos de forma circular, al utilizar un haz en abanico se puede realizar la captación con solo movimiento de giro.

En la cuarta generación los detectores fijos se disponen en anillo alrededor del paciente, el tubo de rayos X es móvil realizando una trayectoria circular.

En la actualidad los tomógrafos computarizados más utilizados son multidetectores (MDCT) fijos, con capacidad de tener distinto ancho de captación, la trayectoria del haz de radiación es espiral al combinar el movimiento giratorio del haz de radiación con el desplazamiento lineal del paciente.

La tecnología de CT, muy útil en las aplicaciones médicas, tuvo una menor difusión en el área odontológica por ser un equipamiento de coste elevado, difícil manejo y no fácilmente disponible en la consulta dental.

Los primeros desarrollos sobre conebeam se realizaron en la Clínica Mayo en 1982 para uso en angiografía. El primer modelo aceptado por la FDA, (Agencia Federal de Medicamentos Americana) para uso dental fue el Newton en 1981.

El conebeam ha permitido acercar la captación 3D a la práctica diaria odontológica de una forma sencilla y asequible.

4º ¿Que diferencias existen entre el CT y la CBCT?

Las diferencias más importantes aparecen reflejadas en la tabla.

	TC	CBCT
Forma del haz	Lineal o en abanico	Cónico o piramidal
Tipos de voxel	Anisométrico	Isométrico
Nº de giros alrededor del paciente	Múltiples	Único
Tiempo de exploración	Largo	Corto
Resolución espacial	0,5 mm	80 μ
Resolución de contraste	Buena	Sólo tejidos duros
Unidades de medición	Unidades Hounsfield (HU)	Variables según los aparatos
Dosis de radiación	Mayor	Menor
Accesibilidad para el dentista	Difícil	Fácil
Costo	Mayor	Menor
Manejo	Difícil	Fácil

Captación

La rapidez en la captación volumétrica del conebeam, se debe al tamaño del campo radiográfico que permite irradiar toda la zona de interés con un solo giro. El menor tamaño del haz en el TC, obliga a la realización de varios giros consecutivos para cubrir el mismo volumen (imagen 3 y 4); este menor volumen de irradiación permite a la TC producir menos radiación dispersa teniendo como resultado una mejor calidad de imagen. La radiación dispersa es valorada por medio de la relación radiación dispersa-radiación primaria que puede ser de 3 en aparatos de conebeam de campo grande y tan baja como 0,2 en TC multicorte. Los niveles de señal entre los que actúa un detector, conocido como rango dinámico, es distinto en TC y conebeam. Los detectores sólidos de aSi:H (Flat panel) utilizados en los conebeam más modernos tienen un rango dinámico de 104:1, mientras que los detectores cerámicos de los MDCT puede ser de 106:1

Voxel

La imagen 3D está formada por pequeñas unidades de volumen denominadas Voxel. En el caso del conebeam, el voxel tiene la misma longitud en los tres ejes espaciales(isométrico), en el caso del TC, el eje a través del cuál se desplaza el tubo queda elongado formándose voxeles anisométricos, aunque sea posible captación isométrica en algunos aparatos.

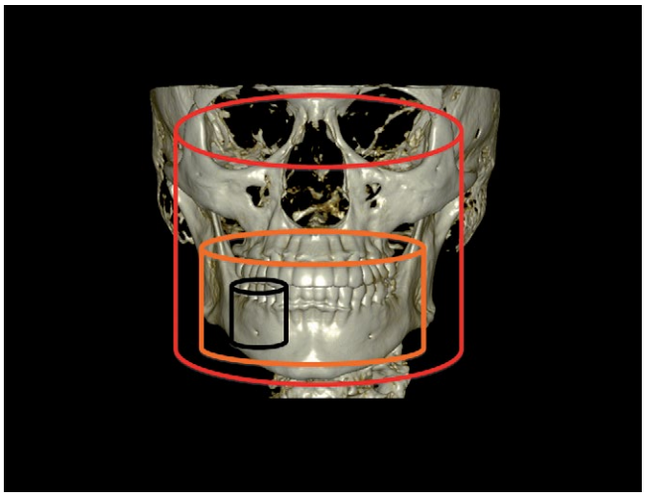
Cada Voxel tiene asignado un valor numérico de intensidad que varía en los aparatos de conebeam entre 12 y 16 bits que equivalen a 212- 216 niveles de gris.

Unidades de medición

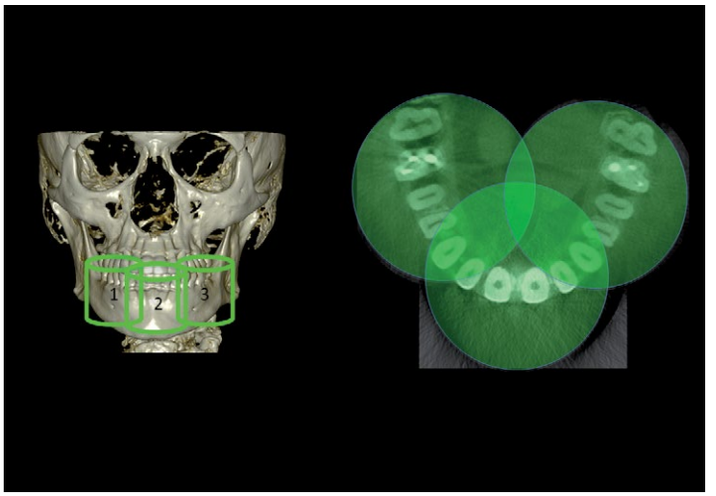
El tubo de rayos X de un TC, emite un haz de radiación con un rango de energías muy limitado casi monoenergético. Un haz monoenergético, implica que el coeficiente de atenuación de un tejido es único, ya que este es variable en función de la energía, permitiendo en el momento de la reconstrucción matemática de la información asignar un valor definido de Unidades Hounsfield (UH) a cada tejido. En el caso de CBCT, el rango energético del haz de radiación es mayor, impidiendo una mejor asignación de unidades de atenuación a cada tejido que en un TC.

El uso de rangos energéticos diferentes en cada aparato y fabricante hace que sea difícil la comparación de los coeficientes de atenuación de los distintos tejidos, en exploraciones realizadas con distintos aparatos de conebeam.

La mayor parte de los aparatos de de este tipo consiguen una discriminación entre 5-10 UH mientras que un TC multicorte es menor, por tanto son capaces de reproducir fielmente los tejidos duros, y no así los tejidos blandos.



5. CAMPOS DE VISIÓN (FOV)



6. STITCHING

Dosis en las exploraciones

Toda exploración con rayos X conlleva la posibilidad de aparición de efectos lesivos sobre el paciente. Los efectos deterministas de las radiaciones pueden ser eliminados si no se superan determinadas dosis, pero los efectos estocásticos como es la inducción de cáncer, son posibles en cualquier exposición incluso con dosis bajas, como las utilizadas en radiología dental. Esta doctrina, respaldada por los principales organismos encargados de la protección radiológica como la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP), nos obliga a la justificación de la exposición y a la optimización del proceso de obtención de la imagen, para utilizar la menor dosis posible sin afectar la calidad de imagen. Este principio se resume en el criterio ALARA (as low as reasonably achievable, tan bajo como sea razonablemente posible).

La evaluación del riesgo biológico de una exploración radiológica se expresa por medio de la dosis efectiva que se mide en Sievert (Sv). La última recomendación de la ICRP, en su publicación 103 ha cambiado la asignación de factores de ponderación tisular (w_t) utilizada en el cálculo de las dosis efectivas. Esto ha supuesto en el campo de la radiología maxilofacial la consideración de las glándulas salivales como un tejido con coeficiente propio, y ha aumentado la dosis efectiva en las exploraciones en nuestro campo de interés, con arreglo a las anteriores recomendaciones ICRP 60.

Las dosis de una exploración con conebeam son superiores a las exploraciones radiográficas dentales convencionales (intraoral < 1,5 µSv, ortopantomografía 2,7- 24,3 µSv, Teleradiografía de cráneo < 6 µSv), pero inferiores a la exploración con CT multicorte (280-1410 µSv). La dosis en CBCT depende del tamaño de la zona explorada; así en un campo dentoalveolar el paciente puede recibir una dosis entre 11-674 µSv y en un campo craneofacial entre 30-1073 µSv según los datos recogidos por el proyecto europeo Sedentexct.

5º ¿ Cuando está indicado solicitar un CBCT?

La tecnología está indicada cuando tras la exploración clínica y/o radiológica convencional no se obtiene la suficiente información diagnóstica. Existen recomendaciones realizadas por distintas sociedades científicas como: AAE (Asociación americana de endodoncia), AAO (Asociación Americana de Ortodoncia), AAOMFR (Asociación Americana de Radiología Oral y Maxilofacial) y en Europa las recomendaciones realizadas por el grupo SEDENXTCT.

En todos los casos el juicio clínico basado en la experiencia y la evidencia científica es la mejor ayuda en la justificación de esta exploración.

6º ¿Qué es el FOV?

El FOV es el *field of view*, campo de visión, zona del objeto que va a ser captada. Los CBCT se diseñan para captar desde campos pequeños que pueden abarcar un número pequeño de dientes a campos grandes que abarcan todo el macizo maxilofacial y zonas anexas (imagen 5).

7º ¿Qué es el stitching?

Es una técnica que nos permite aumentar el campo de visión de los aparatos de CBCT de campo pequeño al agregar la información obtenida con exploraciones sucesivas en zonas contiguas (imagen 6).

BIBLIOGRAFÍA

1.- Miracle AC, Mujkerji SK. *Conebeam CT of the head and neck,Part 1: Physical principles*. Am J Neuroradiol.2009;30:1088-95

2.- Miracle AC, Mujkerji SK. *Conebeam CT of the head and neck,Part 2:Clinical aplications*. Am J Neuroradiol.2009;30:11285-92

3.- Worthington P, Rubenstein J Hatcher DC. *The role of conebeam computed tomography in the plannning and placement of implants*. J Am Dent Assoc. 2010;141:19s-24s

4.- Vanderberghe B, Jacobs R, Bosmans H. *Modern dental imaging: a review of the current technology and clinical applications in dental practice*. Eur Radiol DOI 10.1007/s00330-010-1836-1

8º ¿Cómo se visualiza la información captada?

La información captada por un conebeam podemos visualizarla en la pantalla de nuestro ordenador de diversas formas, según los distintos fabricantes. La presentación más frecuente combina en una pantalla los cortes ortogonales (axial, coronal y sagital) con una reconstrucción volumétrica (*volume rendering*) (imagen 7). También es posible realizar reconstrucciones pseudo panorámicas, secciones trans axiales y oblicuas (imagen 8 y 9). Siendo posible variar el grosor de corte y en el caso de las pseudopanorámicas la trayectoria de corte.

9º ¿Son fiables las mediciones de las imágenes obtenidas con CBCT?

Las mediciones lineales y angulares realizadas con CBCT, se consideran muy fiables dentro del rango de precisión que permite la resolución de cada captador. Esta resolución es superior a la conseguida con TC.

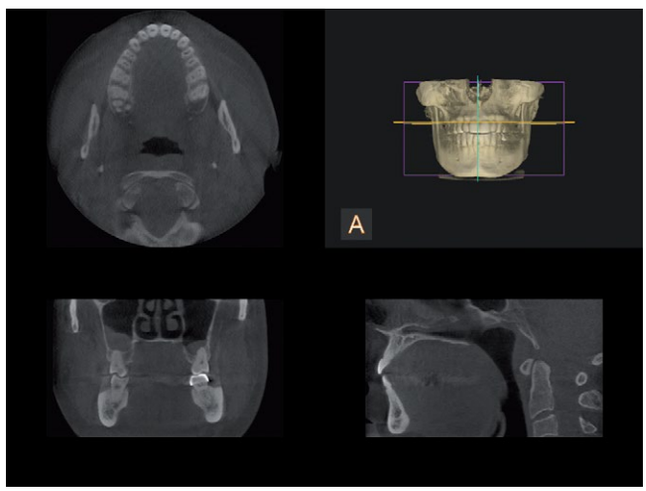
10º ¿Dónde puedo conseguir más información sobre CBCT?

Existen buenos libros sobre esta técnica, pero la forma más accesible es empezar explorando las siguientes páginas de Internet: www.conebeam.com y www.sedentexct.eu .

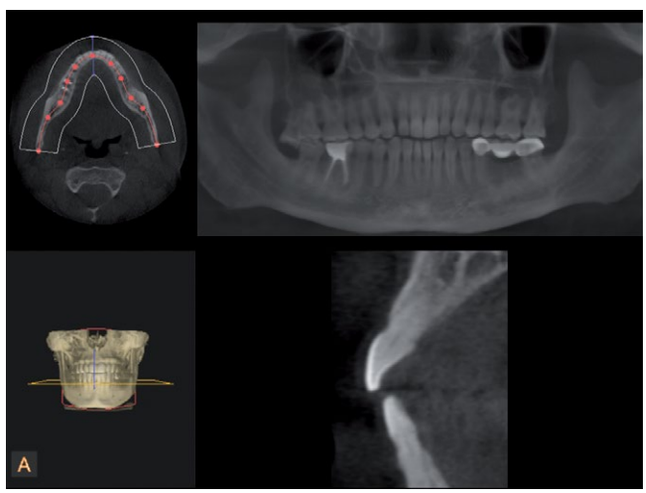
Las Clínicas Odontológicas de Norteamérica tiene un volumen (Vol 52, Oct 2008) donde se trata extensamente los principios y aplicaciones del conebeam.

Para el profesional interesado en introducirse en este campo, pueden ser de utilidad la presente bibliografía ●

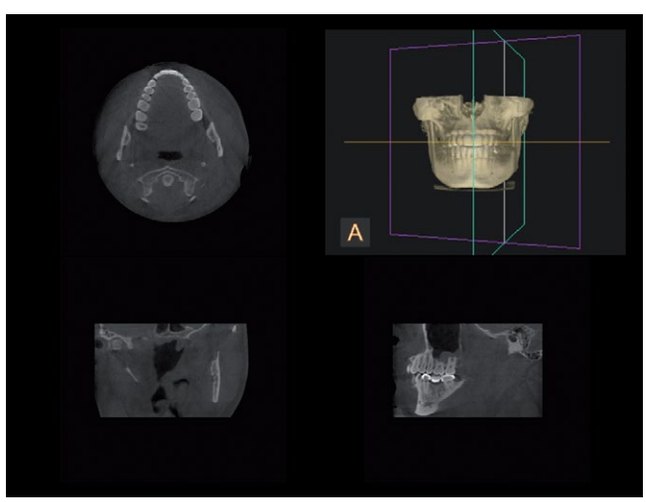
1. *Ley de Beer-Lambert (materiales homogéneos) I= Io e- µx .*
I. Intensidad final del haz; Io intensidad original del haz; µ coeficiente de atenuación lineal; x longitud de la trayectoria.



7. VISTAS ORTOGONALES Y RECONSTRUCCIÓN VOLUMÉTRICA



8. RECONSTRUCCION PANORÁMICA, VOLUMÉTRICA Y TRANSAXIAL



9. CORTES OBLICUOS

Seguro **Multirriesgo de Hogar**

DESCUBRA NUESTRAS
COBERTURAS EXCLUSIVAS
PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

Hasta un
25% dto.*
en su Seguro de Hogar

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

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

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síganos en

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

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

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

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hastael 30 de junio de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

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

La Odontología en El Quijote

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

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

El llamado "arte dental", aunque ni arte era, fue por siglos un oficio de bravos. Así que las Facultades de Medicina de las universidades españolas, mayores y menores, cumplían bien que mal sus programas y surtían al país de médicos de toda ralea, pero algunos tan excelsos como lo atestiguarían las obras que iban dando a la imprenta, no había quien se dedicara con alguna ilustración a este menester. Si los médicos dejaban el asunto en manos de los cirujanos, estos hacían lo propio con los sacamuelas, gentes sin otro oficio que el de su experiencia y con el poco beneficio que dan los empleos que se juegan en el aire. El caso era librarse del dolor infligido de cada día, extracción tras extracción, pues no había con qué calmarlo en regla. El pueblo padecía las enfermedades de la boca y sufría sobre todo de los dientes, de sus dolores, de tal modo que arrancándolos, muerto el perro y se acabó la rabia. Así se revolvía el propio Quevedo:

Quitarnos el dolor, quitando el diente
es quitar el dolor de la cabeza
quitando la cabeza que le siente.

A día primero de abril de 1500 los Reyes Católicos habían promulgado una pragmática que pedía para el ejercicio de la barbería, y en lo sucesivo, algún conocimiento validado ante tribunal de cierto prestigio. Decía así:

Mandamos que los Barberos i Examinadores Mayores de aquí adelante no consientan ni den lugar que ningun Barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para saxar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ***ni sacar dientes ni muelas****, sin ser examinado primeramente por los dichos nuestros Barberos Mayores.*

> *El caso era librarse del dolor infligido de cada día, extracción tras extracción, pues no había con qué calmarlo. Por ello, los Reyes Católicos promulgaron una pragmática que pedía algún conocimiento validado ante tribunal.*

La ley, como tantas, era un aviso a navegantes: ay de aquel que, en lo sucesivo, no mostrara la correspondiente carta de examen, la autorización firmada por los Barberos y Examinadores Mayores, pues pagaría la multa y perdería la tienda, o lo que es igual, el modo y lugar donde ganarse el pan.

En manos de estos barberos quedaban las tareas de la cirugía menor como las que dicta la ley: sajar, sangrar, poner sanguijuelas y ventosas, y también quitar dientes y muelas, como si esto último fuera cosa de cualquiera. Cirujano, acaso menor, entregado a estos menesteres fue el padre de Miguel de Cervantes, don Rodrigo. Y poco avezado hay que ser para darse cuenta de que la pluma del genio corre con alegría del que bien sabe la lección por experiencia: la soltura con la que Cervantes habla del barbero, de su bacía elevada a yelmo de Mambrino, de ungüentos milagrosos como el eficaz bálsamo de Fierabrás y de otras prolijidades de este oficio se corresponde con lo vivido y hablado en casa y pronto. Así leemos:

Señor barbero, o quien sois, sabed que yo también soy de vuestro oficio, y tengo más ha de veinte años carta de examen y conozco muy bien de todos los instrumentos de la barbería, sin que le falte uno.

(I parte, cap. XLV),

En esta luz se recorta la sombra del alcalaíno don Rodrigo de Cervantes.

El aprecio a los dientes está de suyo en el "Ingenioso Hidalgo". El autor que, según investigaciones tan recientes en el convento madrileño de las Trinitarias, debió morir con los menos en su lugar, lo tiene presente tal que en aquella señora vestida de negro que desfila en la aventura de la cueva de Montesinos:

Era cejijunta; y la nariz algo chata; la boca grande, pero colorados los labios; los dientes, que tal vez los descubría, mostraban ser ralos y no bien puestos, aunque eran blancos como unas peladas almendras.

(II parte, cap. XXIII).

Aun apiñados, parecen de mejor ver que los de la pretendida novia del hijo del viudo labrador de Miguel Turra que se entrevista con el gobernador Sancho:

...Con todo esto, parece bien por extremo, porque tiene la boca grande, y a no faltarle diez o doce dientes y muelas, pudiera pasar y echar raya entre las más bien formadas.

(II parte, cap. XLVII).

Con todo, Sancho, en la pelea con el barbero que quería recobrar la bacía que ahora lucía su amo, se las tuvo con aquél en la venta *y con la una mano asió de la albarda y con la otra dio un mojicón al barbero, que le bañó los dientes en sangre* (I parte, cap. XLIV).

A éste, cornudo y apaleado, no le hubiera quedado otra que rezar a Santa Apolonia, patrona de los dentistas, sí, pero antes de los enfermos de los dientes y las muelas. La santa de Alejandría aparece también en el mejor de los libros:

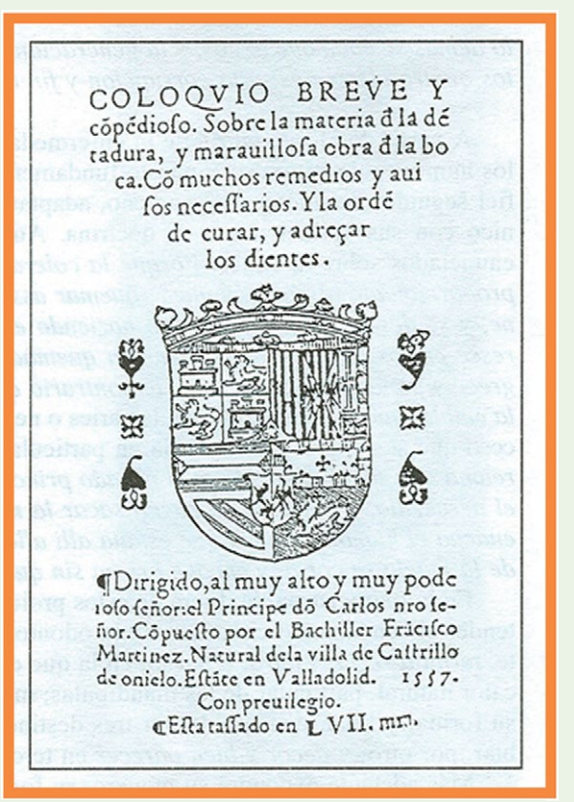
-Pues no tenga pena –respondió el bachiller–, sino váyase enhorabuena a su casa y téngame aderezado de almorzar alguna cosa caliente, y de camino vaya rezando la oración de Santa Apolonia, si es que sabe, que yo iré luego allá y verá maravillas.

-¡Cuitada de mí! –replicó el ama–. ¿La oración de Santa Apolonia dice vuestra merced que rece? Eso fuera si mi amo lo hubiera de las muelas, pero no lo ha sino de los cascos.

(II parte, cap. VII).

"Te hago saber, Sancho, que en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante."

Andaba don Quijote, coaligado en su imaginación con las tropas del valeroso Pentapolín del Arremangado Brazo y metido en lucha contra el enemigo de éste, don Alifanfarón de la Trapobana. O sea, haciendo oídos sordos a su escudero que le advertía de que esos ejércitos contra los que había decidido combatir no eran sino rebaños de


COLOQVIO BREVE Y
cõpẽdioso. Sobre la materia đ la dẽ
tadura, y marauillosa obra đ la bo
ca. Cõ muchos remedios y aui
sos necessarios. Y la ordẽ
de curar, y adreçar
los dientes.

¶Dirigido, al muy alto y muy pode
roso señor el Principe dõ Carlos nro se-
ñor. Cõpuesto por el Bachiller Frãcisco
Martinez. Natural dela villa de Castrillo
de onielo. Estãte en Valladolid. 1557.
Con preuilegio.
¶Esta tassado en L VII. mrs.

Portada del Coloquio breve y compendioso... (Valladolid, 1557).

ovejas y carneros, e importunando a sus pastores que decidieron parar "la batalla" con sus hondas a fin de que el estropicio ya cometido con algunas reses no pasase adelante. A la flamante dentadura del caballero, íntegra aún a su edad, pues ni neguijón (caries) ni reuma (ésa era la creencia de los clásicos en el origen del enfermar de estos huesos) la habían afectado, le quedaba pocos minutos de permanecer en su sitio y por su orden.

Silbábanle al hidalgo las cercanas pedradas pero no le llevaban a cejar en su empeño, hasta que una de ellas frenó en seco su bravura, según narra Cervantes:

Llegó en esto una peladilla de arroyo y, dándole en un lado, le sepultó dos costillas en el cuerpo. Viéndose tan maltrecho creyó, sin duda, que estaba muerto o malferido, y acordándose de su licor, sacó su alcuza y púsosela a la boca, y comenzó a echar licor en el estómago; mas, antes que acabase de envasar lo que a él le parecía que era bastante, llegó otra almendra y diole en la mano y en el alcuza tan de lleno, que se la hizo pedazos, llevándole de camino tres o cuatro dientes y muelas de la boca...

(I parte, cap. XVIII).

Don Quijote, tras el socorro sempiterno de Sancho, intentaba recomponer su estampa y, *puesta la mano izquierda en la boca* (dirá más adelante: "con la mano en la mejilla, a guisa de hombre pensativo"), *porque no se le acabasen de salir los dientes*... Iba a dejar este nuevo campo de fracasada batalla, no sin que antes quisiera ser reconocido por Panza:

...Pero dame acá la mano, y atiéntame con el dedo y mira bien cuántos dientes y muelas me faltan deste lado derecho de la quijada alta, que allí siento el dolor.

Metió Sancho los dedos, y estándole tentando, le dijo:

-¿Cuántas muelas solía vuestra merced tener en esta parte?

-Cuatro –respondió don Quijote–, fuera de la cordal, todas enteras y muy sanas.

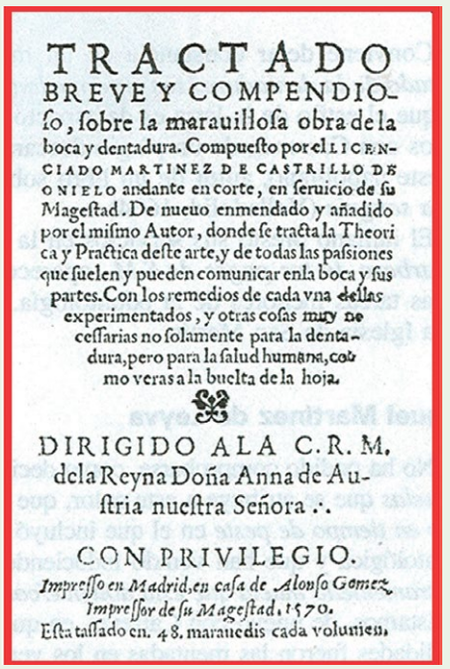
-Mire vuestra merced bien lo que dice, señor –respondió Sancho.

-Digo cuatro, si no eran cinco –respondió don Quijote–, porque en toda mi vida me han sacado diente ni muela de la boca, ni se me ha caído, ni comido de neguijón ni de reuma alguna.

-Pues en esta parte de abajo –dijo Sancho– no tiene vuestra merced más de dos muelas y media; y en la de arriba, ni media ni ninguna; que toda está rasa como la palma de la mano.

-¡Sin ventura yo! –dijo don Quijote oyendo las tristes nuevas que su escudero le daba–; que más quisiera que me hubieran derribado un brazo, como no fuera el de la espada; porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante...

(I parte, cap. XVIII).



TRACTADO
BREVE Y COMPENDIO-
so, sobre la marauillosa obra de la
boca y dentadura. Compuesto por el LICEN-
CIADO MARTINEZ DE CASTRILLO DE
ONIELO andante en corte, en seruicio de su
Mageſtad. De nueuo enmendado y añadido
por el miſmo Autor, donde ſe tracta la Theori
ca y Practica deſte arte, y de todas las paſsiones
que ſuelen y pueden comunicar en la boca y ſus
partes. Con los remedios de cada vna dellas
experimentados, y otras coſas muy ne
ceſſarias no ſolamente para la denta-
dura, pero para la ſalud humana, co-
mo veras a la buelta de la hoja.

DIRIGIDO A LA C. R. M.
de la Reyna Doña Anna de Au-
ſtria nueſtra Señora.

CON PRIVILEGIO.
Impreſſo en Madrid, en caſa de Alonſo Gomez,
Impreſſor de ſu Mageſtad. 1570.
Eſta taſſado en. 48. marauedis cada volumen.

Portada del Tratado breve y compendioso... (Madrid, 1570)

Don Quijote quedará más adelante bautizado como "El Caballero de la Triste Figura" por ingenio de su escudero, apelativo que al señor de La Mancha le pareció de perlas: *y así digo que el sabio ya dicho te habrá puesto en la lengua y en el pensamiento ahora que me llamases el Caballero de la Tristre Figura, como pienso llamarme desde hoy en adelante; y para que mejor me cuadre tal nombre, determino de hacer pintar, cuando haya lugar, en mi escudo una muy triste figura.*" Sancho, a poco discurrir y algo observar, había atinado con el calificativo a la vista de la pobre facha que lucía su señor después de batallas y consecuencias: *y débelo haber causado, o ya el cansancio deste combate, o ya la falta de las muelas y los dientes.*

> *Los barberos del Renacimiento y Barroco apenas tenían un libro donde estudiar, si es que sabían de letras. Pero era un libro magnífico, un* Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca *que daba gusto leer.*

(I parte, cap. XIX).

Ni siquiera había tenido cita el de la triste figura con el barbero para que, con su pobre utillaje, tirara de sus dientes y muelas bailantes, los honderos habían estado finos y certeros haciendo diana en el más inmortal de los caballeros andantes. El que saliera a la hora del alba a administrar justicia a diestro y siniestro había perdido tantos diamantes como número de dientes.

El "Coloquio breve y compendioso", para ilustración de dentistas.

Ahora bien, ¿dónde aprendieron aquellos barberos de los siglos del Renacimiento y del Barroco? Principalmente a pie de obra, en la calle, viendo a otros, empíricos como lo serían ellos. Apenas tenían un libro donde estudiar, si es que sabían las letras. Pero era un libro magnífico. El capellán Francisco Martínez de Castrillo, que a su señor don Felipe II acompañara en sus viajes a Europa había regresado a la Corte y allí, en Valladolid, había dado a la imprenta, año de 1557, un *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca* que daba gusto leer, tanto por el cuánto como por el cómo. En un delicioso lenguaje, cervantino, a modo de teatro entraban y salían los personajes a escena con un repertorio de males dentales para los que Valerio (el propio autor) tenía explicación y remedio, también desengaño, y advertía por vez primera en la historia que la causa del neguijón (la caries dental) no era ningún gusano. Y que si algún dentista viniese con esa copla, tanto mejor dejarle pasar.

El libro iba acompañado de imágenes de los instrumentos necesarios para poder ejercer con algún decoro el arte dental y así con él acudirían futuros dentistas a orfebres y plateros para encargar su utillaje, guarecerlo en una bolsa de cuero y encomendarse a Dios y a Santa Apolonia. Quien tuvo ese libro, en sus manos tuvo un tesoro.

La Corte instalada en Madrid nueve años antes, y en 1570 Martínez de Castrillo, se llega a la imprenta de Alonso Gómez para que tire otra edición de su libro de dientes, pero trocando la primera palabra. Ahora sale como *Tratado breve y compendioso*... y está armado a la manera académica, como cumpliendo los mínimos

> *"El de dentista, mejor el de sacamuelas, se coronaba entre los oficios como el más maldito del mundo en la tintaleche agria de don Francisco de Quevedo y Villegas."*

para sujetarse con dignidad en la biblioteca de los médicos junto a los tratados de medicina y cirugía. Sobre este libro podría crecer con fundamento la poco razonada dentistería de la época, cosa que era tanto de esperar como de desear. Pues no, España dejaba pasar la mano y la pobre literatura dental se iba por los desagües de las cartillas de flebotomía de Alonso Muñoz y Diego Pérez de Bustos. El de dentista, mejor el de sacamuelas, se coronaba entre los oficios como *el más maldito del mundo* en la tintaleche agria de don Francisco de Quevedo y Villegas.

Al menos, quedaba el regusto de que la cuestión dental estaba en el mejor libro de todos los tiempos. A día hoy. Cuatro siglos de por medio ●

Menorca,

una isla que vive de “cara al mar”

Menorca es la isla más oriental y septentrional de las Islas Baleares (España). Es la segunda en extensión y tercera en población del archipiélago mediterráneo. Su nombre proviene del latín Minorica, ya que los romanos la bautizaron así por tener menor tamaño que la isla de Mallorca.

Con una extensión de 701 km², es casi equidistante de tierras argelinas y francesas, así como de la isla de Cerdeña y de la península Ibérica. De hecho, es el territorio español más oriental y el primer lugar donde amanece en España. La isla de Menorca y los islotes que la rodean constituyen un resumen del Mediterráneo Occidental, en el que se pueden encontrar la mayor parte de los ecosistemas característicos de esta región, excepto los fluviales y los de montaña. Menorca tiene numerosas especies endémicas o tirrénicas, es decir, exclusivas de esta isla o bien compartidas solo con otras tierras cercanas como Mallorca, Córcega y Cerdeña. Esta mezcla de generalidades y singularidades hace especialmente atractivo el patrimonio natural de este territorio, que fue declarado Reserva de Biosfera el 8 de octubre de 1993 por la Unesco.

Menorca ha sido, desde la prehistoria hasta tiempos muy recientes, un lugar de paso de distintas culturas gracias a su situación estratégica en el centro del Mediterráneo occidental. Precisamente esa excelente ubicación provocó diversas invasiones, ya que desde los albores de los tiempos diferentes pueblos codiciaron la isla como puerto de escala y refugio. El paso de diferentes pueblos y culturas ha dejado un rico legado histórico en la isla, lo que convierte a Menorca en una tierra con un importante patrimonio de gran atractivo para sus numerosos visitantes.

Menorca tiene una población de 96.000 habitantes, concentrados en los ocho municipios en que se divide: Maó (capital administrativa de la isla), Ciutadella (la antigua capital), Alaior, Ferreries, Es Mercadal, Es Castell, Sant Lluís y Es Migjorn Gran. Existen otros tres núcleos urbanos, Sant Climent, Llucmaçanes y Fornells, los dos primeros en el término municipal de Maó y el último en Es Mercadal. Maó al este y Ciutadella al oeste, son los dos pueblos más habitados de la isla. Con un clima típicamente mediterráneo, las temperaturas medias anuales se sitúan en una media de 16,7 °C.

Un paraíso para el visitante

Con 216 kilómetros de costa, Menorca cuenta con más de 70 playas, de fina arena blanca en el sur y de rojizos tonos en las más agrestes calas del norte. Su variedad geológica la convierte en un paraje de indudable belleza en el que contrastan salvajes acantilados con suaves arenales. Sus puertos siguen mostrando gran tradición marinera, y la vida volcada en el mar sigue siendo el medio de vida para muchos de sus habitantes. Asimismo, su carácter isleño, sus maravillosas calas, sus pueblos blancos y totalmente orientados al mar hacen de la isla un punto de obligada visita para avezados navegantes. Menorca vive de cara al mar.

La isla es uno de los paraísos del Mediterráneo occidental, una perla bañada por un mar apacible y protegida por un clima amable. Una banda cromática infinita permite ver cómo se confunden el azul de su cielo con el turquesa de sus aguas, el verde oscuro de sus bosques, el marrón de sus rocas y el blanco de sus playas.

En Menorca las lenguas oficiales son el castellano y el catalán. Como en el resto de las Islas Baleares.

Existen en la isla gran cantidad de monumentos megalíticos (navetas, talayotes y taulas), pero junto con ellos se encuentran también galerías, salas hipóstilas, recintos cubiertos, cuevas, etc.

En el Monte Toro, en el centro de la isla, se encuentra el Santuario de la Virgen del Monte Toro (patrona de Menorca). En Ciudadela de Menorca destaca la Catedral-Basílica de Santa María de Ciudadela, construida entre 1300 y 1365, que combina estilos góticos y neoclásicos.

La economía menorquina se basa en la industria agrícola y la del calzado, el turismo es igualmente una gran fuente de riqueza pero, históricamente, no ha sido el pilar de su economía, lo que ha beneficiado al estado de conservación de sus playas y paisajes naturales, mucho más cuidados que en las otras Islas Baleares.

El turismo británico, que procede de la influencia heredada del paso de los ingleses por la isla, y el peninsular son los puntos de origen de la mayor parte de sus visitantes, aunque otras nacionalidades europeas como alemanes, holandeses, escandinavos y franceses encuentran en este remanso de paz y descanso su punto favorito para el disfrute vacacional •

Este verano,
refresca la imagen
de tu clínica
You Tube
Tu agencia de diseño y publicidad
www.oklok.es / +34 **91 366 55 24**
Oklok

EN EL MUSEO DEL PRADO

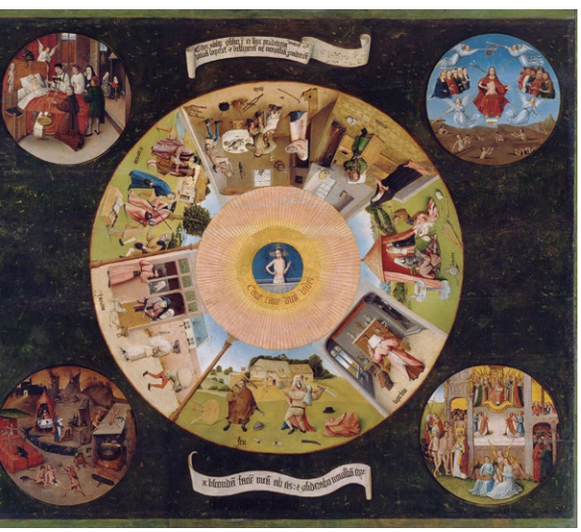
FESTEJO EN EL V CENTENARIO DE LA MUERTE DE "EL BOSCO" CON UNA MUESTRA DE SU OBRA

En el V centenario de su muerte, El Bosco está más vivo que nunca. El Museo del Prado alberga una exposición –del 31 de mayo al 11 de septiembre– única e irrepetible.

Tríptico *El jardín de las delicias*

Cuándo	**Del 31 de mayo al 11 de septiembre**
Lugar	**Museo del Prado**
Web	**https://www.museodelprado.es/**

La muestra está compuesta por el repertorio más completo del Bosco, uno de los artistas más enigmáticos e influyentes del Renacimiento, que invita al público a adentrarse en su personal visión del mundo a través de un montaje expositivo espectacular que presenta exentos sus trípticos más relevantes para que se puedan contemplar tanto el anverso como el reverso. "El Bosco. La exposición del V Centenario" se centra en las obras originales de este artista y se articula en siete secciones. La primera: El Bosco y 's-Hertogenbosch, nos sitúa en la ciudad donde transcurrió su vida. Dado el carácter monográfico de la muestra, y ante la dificultad que plantea fijar su cronología, se ha distribuido su producción en seis secciones temáticas: Infancia y vida pública de Cristo, Los santos, Del Paraíso al Infierno, El jardín de las delicias, El mundo y el hombre: Pecados Capitales y obras profanas, y La Pasión de Cristo.



Mesa de los Pecados Capitales

La exposición incluye, asimismo, obras realizadas en el taller de El Bosco o por seguidores a partir de originales perdidos. Otro grupo de obras, entre las que figuran pinturas, miniaturas, grabados a buril de Alart du Hameel, relieves de Adrien van Wesel y el manuscrito del Comentario de la pintura de Felipe de Guevara, permitirá entender mejor el ambiente en el que se gestaron las pinturas de El Bosco, la personalidad de alguno de sus patronos, como Engelbert II de Nassau, o la valoración que se hacía de la pintura en el siglo XVI.

Nuestro país conserva el mayor conjunto de originales suyos gracias al interés que mostró el monarca Felipe II, apasionado de las pinturas del genio flamenco.

El Prado, heredero de la Colección Real junto con Patrimonio Nacional, custodia seis obras, entre las que destacan los trípticos de *El jardín de las delicias*, *Adoración de los magos* y *Carro de heno*. A ellas se suman *Camino del Calvario de El Escorial* –una obra que, gracias a la generosidad de Patrimonio Nacional, se traslada desde la muestra "El Bosco en El Escorial" para unirse a la magna exposición del Museo del Prado– y *San Juan Bautista*, de la Fundación Lázaro Galdiano, uno de los mejores frutos del afán coleccionista de don José Lázaro.

Junto a estas obras, se podrán contemplar otras obras como los préstamos procedentes de Lisboa, Londres, Berlín, Viena, Venecia, Rotterdam, París, Nueva York, Filadelfia o Washington, entre otras ciudades, que convierten esta muestra en un acontecimiento único para sumergirse en el imaginario de uno de los pintores más fascinantes del arte universal •

SECIB Málaga 2016

17-19 de noviembre

XIV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Bucal

Palacio de congresos de Málaga

PONENTES:
José Manuel Aguirre
Orlando Álvarez
Gustavo Ávila
Tord Berglundh
Rogerio Castilho
Juan Alberto Fernández
William Giannobile
Xavier Gil
Ramón Gómez
Oscar González
Miguel Peñarrocha
José Manuel Somoza
Cristiane Squarize
Marius Steigmann
Agurne Uribarri
Milko Villarroel
Carlos Araujo
Lior Shapira
Frank Schwarz

TALLERES:
Óscar Arias
Gustavo Cabello
José Javier Cabrera
Octavi Camps
José María Delgado
Oscar González
Guillermo Machuca
Norberto Manzanares
Héctor Rodríguez
Sergio Spinato
Marius Steigmann

CURSO PROTÉSICOS
Andrés de la Rosa
Iñaki Olano
Javier Suárez

CURSO HIGIENISTAS:
Ignacio Fernádez
Aida Gutiérrez
Lourdes Gutiérrez

www.seciboline.com

NSK LANZA NUEVOS PRODUCTOS

iClave, serie de autoclaves de NSK

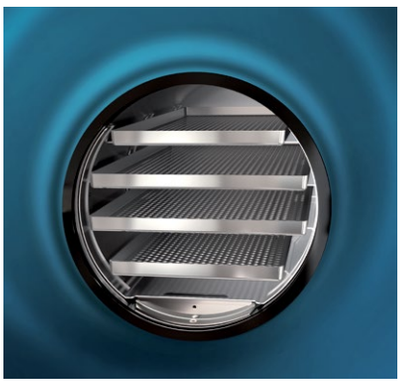
NSK CREATE IT.

NSK lanza al mercado unos autoclaves especialmente concebidos para piezas de mano, para un proceso de esterilización más seguro y eficiente. NSK incluye en su vigente catálogo de ofertas especiales, hasta el 31 de julio de 2016, iClave plus e iClave mini.

iClave plus, autoclave de clase B con tecnología de vanguardia, en el que se reúnen, en un diseño elegante y compacto, prestaciones avanzadas. Su cámara de 18 litros de capacidad cuenta con un volumen útil equivalente a un autoclave de 24 litros. El sistema de bandejas especiales permite introducir un mayor número de piezas. Su cámara de cobre recubierta de níquel realiza un exclusivo sistema de calentamiento de tipo "calor adaptativo" que permite alcanzar una temperatura uniforme en todo el interior de la cámara evitando dañar los instrumentos.

NSK asegura que la cámara de cobre posee una conductividad térmica superior al 25% frente a las cámaras de acero. iClave mini, autoclave portátil –de reducido tamaño y peso–, es rápido y tiene una gran capacidad, además de cumplir con los estándares europeos de esterilización.

Totalmente portátil (altura: 360 mm - peso: 15,5 kg). Con ciclos rápidos muy eficaces (tiempo de esterilización: 14 minutos). Realiza varias fases de vacío para esterilizar correctamente incluso el interior de las piezas de mano. Tiene un diseño cómodo y fácil de manejar. Cuenta con superficies lisas sin soldaduras tanto



en el interior como en el exterior. La nueva tecnología de calentamiento que rodea la cámara de 2,5 litros funciona igual que la combinación de la cámara de cobre y el sistema de "calor adaptativo". iClave mini aumenta la fiabilidad de la esterilización y cabe en cualquier parte •

OSTEÓGENOS

Cánulas flexibles Magic Needle

Osteógenos incorpora a su catálogo las **innovadoras cánulas flexibles Magic Needle.**

Estás cánulas destacan por su **ausencia de efecto memoria**, regresando a su posición inicial después de ser dobladas, y por su **apertura lateral**, permitiendo una colocación homogénea del producto, sin riesgo de granulomas. **La flexibilidad y el largo** de las cánulas, en combinación con el ácido hialurónico Apriline, permiten trabajar con un **perfecto control** del nivel de inyección, evitando penetrar en capas profundas del tejido y haciendo los abordajes con los mínimos puntos de entrada •

PRODUCTOS MOZOGRAU

Nuevas conexiones en los Tornillos Biocam

MOZOGRAU ticare

Los nuevos tornillos prótesis BioCAM de **MozoGrau**, están fabricados de tal manera que los parámetros de diseño favorezcan la robustez del tornillo (zonas de fractura fortalecidas, roscas más ajustadas al implante, más longitud para tener más roscas en contacto, etc).

De esta forma, los conjuntos Prótesis BioCAM + Tornillo BioCAM que MozoGrau fabrica para las principales marcas de implantes del mercado, aseguran un resultado final óptimo, incluso mejor que con el uso de los tornillos originales al conseguir un mayor asentamiento del tornillo en la prótesis BioCAM •

ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

¿Qué es "Tissue Care Philosophy"?

Preservación de los tejidos peri-implantarios

• Ajuste implante-prótesis

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

"...the interface or microgap between the implant and abutment has been suggested to have a detrimentalect on the marginal bone level (Henllann et al. 1997; Broggini et al. 2006)."

• Superficie integradora

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

• Delicadeza en la secuencia de fresado

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

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

• Cuidamos la vida de cada implante

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

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

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

MOZOGRAU®

NUEVO DISEÑO

Postes de impresión doble T

Ticare-MozoGrau lanza al mercado un nuevo diseño de poste de impresión anti-rotatorio para asegurar la perfecta toma de las impresiones.

Su diseño, con una doble "T", permite que con dicho poste se reduzca al mínimo la posibilidad de rotación dentro de la silicona de la toma de impresión, y se garantice de esta manera un resultado óptimo a la hora de confeccionar la corona ●

LA NUEVA IMAGEN DE PERIO·AID

DENTAID en la 50ª Reunión Anual de SEPA

Las enfermedades periodontales, tales como la gingivitis y la periodontitis, son generalmente crónicas y de tipo infeccioso-inflamatorio que se localizan en los tejidos de soporte del diente y que, en el caso de la periodontitis, acaban por destruir esos tejidos y causar la pérdida de los dientes. La causa principal es el acúmulo de biofilm bucal (placa bacteriana) tanto en el exterior como en el interior de las encías. Las propias bacterias y la respuesta inflamatoria que desencadenan son las responsables del daño que se ejerce en los tejidos que rodean los dientes.

Ante una enfermedad periodontal se recomienda el uso de **Clorhexidina** (CHX), el antiséptico gold standard con mayor eficacia en el control químico del biofilm bucal. **La gama Perio·Aid ha presentado su nueva imagen**, fundamentada en la **clarificación de las 2 formulaciones de las que se compone** la marca: **Perio·Aid 0,12 Tratamiento** (formulado con Clorhexidina 0,12% + CPC 0,05%) y **Perio·Aid 0,05 Mantenimiento y Control** (formulado con Clorhexidina 0,05% + CPC 0,05%). Se trata de distintas soluciones, ambas garantizando la máxima eficacia y seguridad.

Conferencias científicas

DENTAID participó en el mencionado evento con conferencias científicas, de la mano del Dr. Jan Derks, destacando la prevalencia de las enfermedades periimplantarias en un amplio segmento de la población sueca, el Dr. Xavier Calvo, centrado en las nuevas herramientas para mejorar la higiene dental y la Dra. Silvia Roldán, focalizada en el diagnóstico de la halitosis. El uso profesional de las redes sociales en odontología también tuvo cabida, de la mano de Marc Costa.

Además del lanzamiento de la nueva imagen de Perio·Aid, DENTAID a través de un stand en la zona expositora transmitió **la importancia de la limpieza interproximal** con productos específicamente diseñados, como **Interprox o sedas y cintas VITIS o Waterpik** ●

SWEDEN & MARTINA

El nuevo implante con conexión cónica patentada

Resultado de la experiencia del equipo de implantología del Departamento de Odontología del Hospital San Raffaele de Milán, en colaboración con el Departamento de Investigación y Desarrollo de Sweden&Martina, el implante CSR-DAT ha sido diseñado a partir de un concepto de sencillez. La idea inicial era de un implante que permitiera hacer frente a cualquier situación clínica, optimizando el tiempo y los resultados, que garantizara una buena estabilidad primaria en cualquier tipo de hueso, y que permitiera una fase quirúrgica con el uso de pocos y específicos instrumentos.

El implante CSR-DAT es propiamente esto: su morfología troncocónica permite obtener una estabilidad óptima también en hueso escasamente mineralizado, su ápice con geometría cónica es favorable también para la inserción en hueso sumamente compacto y permite aprovechar cuando es posible, el anclaje bicortical.

La conexión DAT (Double Action Tight) representa la característica más innovadora del implante CSR: una doble interfaz cónica interior garantiza una excelente impermeabilidad al ataque bacteriano, preservando el hueso de los riesgos de peri-implantitis. El tornillo DAT está caracterizado por un perfil cónico que tiene una angulación diferente respecto a la de la conexión DAT: esta diferencia en la angulación permite una mejor dispersión de las cargas masticatorias, en favor de una excelente resistencia del conjunto implante-tornillo-pilar.

El tratamiento superficial ZirTi, documentado por más de 20 años de éxitos clínicos y la excelencia de los implantes Sweden & Martina, completan las características ganadoras del implante CSR-DAT•

IMPULSO A LA FEDERACIÓN DE EMPRESAS DE TECNOLOGÍA SANITARIA

Juan M. Molina, nuevo Presidente de Fenin, sector dental

El director general de Henry Schein para España y Portugal, Juan Manuel Molina, fue elegido por unanimidad nuevo presidente del Sector Dental de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

La nueva Junta del Sector Dental, que se renueva después de diez años del mandato de Federico Schmidt como presidente, tiene como objetivo prioritario continuar con el excelente trabajo realizado por la Junta anterior que ha contribuido al impulso que ha experimentado el sector en los últimos años.

En su discurso, Molina dio la bienvenida a los nuevos vocales y agradeció a los miembros de la Junta y de la Asamblea, su apoyo, confianza y colaboración. Asimismo, solicitó la máxima implicación al nuevo equipo para avanzar en la resolución de los problemas y las iniciativas de futuro, y reafirmó su compromiso con su nuevo cometido •

EL 29 DE OCTUBRE

Open Day OsteoBiol en Vigo

Osteógenos llevará a cabo una **jornada abierta totalmente gratuita** el 29 de octubre en Vigo, en la que los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Guillermo Pardo Zamora, impartirán diferentes conferencias relacionadas con las membranas dérmicas, el abordaje de atrofias maxilares y los fundamentos en el manejo de sustitutos óseos.

CONFERENCIAS:

Antonio Murillo Rodríguez "Membranas dérmicas: Análisis científico y experiencia de una década"

Antonio Armijo Salto "Abordaje de atrofias maxilares: lámina cortical como elemento barrera"

Guillermo Pardo Zamora "Fundamentos en el manejo de sustitutos óseos" •

FORMACIÓN TICARE-MOZOGRAU

Cómo construir una clínica dental de éxito hoy en día

En el marco de su programa de formación continua, Ticare-MozoGrau celebrará el día 8 de julio el curso "Cómo construir una clínica dental de éxito hoy en día". En esta ocasión dicho evento se celebrará en Tenerife.

Este curso exclusivo para clientes de implantes Ticare-MozoGrau tendrá una duración de 4 horas (una tarde) y dispone de plazas limitadas que se asignarán por riguroso orden de inscripción.

Los clientes de la firma pueden inscribirse a través de la siguiente dirección web:

www.mozo-grau.com/cursos •

MozoGrau sigue desarrollando una intensa actividad docente por todas las provincias de España

ESCRITO POR LA DRA. ESTHER HERNÁNDEZ PACHECO

Manual de rellenos estéticos

La Dra. Esther Hernández Pacheco, junto con el Dr. Gonzalo Ruiz de León, ha presentado el libro titulado *Manual de rellenos Estéticos – Tercio inferior*, en el que muestra las técnicas a seguir para un adecuado y correcto manejo de las técnicas estéticas utilizando ácido hialurónico.Una excelente obra prologada por el Prof. José Luis Gutiérrez Pérez, de la Universidad de Sevilla.

La Dra. Pacheco, con una amplia experiencia docente, dirige en la actualidad los cursos de postgrado de la Universidad Católica de Murcia sobre esta materia.

Nuestra felicitación a la Dra. Pacheco y al Dr. Ruiz por esta obra que tanto ayudará a la buena praxis en este área •

2° CAMPUS SEPES

Nuevo documento divulgativo

SEPES reunirá del 8 al 10 de julio en Bilbao y Vitoria en una actividad divulgativa a una veintena de expertos coordinados por los doctores Jon Gurrea y Beatriz Giménez en torno al tema del alvéolo postextracción en el frente anterior: del inicio a la prótesis final. SEPES enviará el documento de consenso a todos sus asociados de forma gratuita •

DURANTE EL TRANSCURSO DEL CONGRESO

SEPES Bilbao acogerá espacios solidarios

El congreso de SEPES BILBAO, acogerá un espacio solidario en el que las ONGs y entidades solidarias dedicadas a la promoción de la salud bucodental entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad puedan dar a conocer sus proyectos entre los asistentes al congreso. Esta acción se engloba dentro del sello SEPES SOLIDARIA el cual alberga la beca solidaria que SEPES convoca anualmente con una dotación de 6.000 €. Hasta el 1 de octubre está abierto el plazo para enviar proyectos •

ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

Preservación de los **tejidos**

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

MOZOGRAU® ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

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