

José Arturo Fernández Pedrero

*“El perfil profesional
que surge de las
especialidades es
indispensable”*



Antonio Castaño Seiquer recibe la Medalla Anáhuac en Odontología



Florencio Monje Gil

Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz



MOZOGRAU®

20 años han sido solo el principio.

La historia continúa...



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

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

6 Editorial

8 Tribuna

10 Opinión

12 Actualidad

20 REPORTAJE

3^{er} Simposio Internacional de Expertos IvoClar Vivadent · Jornada Científica MozoGrau - Ticare · XXVII Reunión Nacional de Posgrados en Endodoncia · "Aviación para la salud", un gran proyecto solidario

30 Entrevista

30 Florencio Monje Gil

Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz

34 José Arturo Fernández Pedrero

Director de la Facultad de Odontología de la UNAM

36 José Luis Sambeat

Licenciado en Medicina y Cirugía, experto en nutrición

40 Ciencia y salud

40 CASO CLÍNICO

Diferencias terapéuticas para rehabilitar maxilar y mandíbula en paciente edéntulo

44 CASO CLÍNICO

Toma de decisiones en gerodontología

46 CASO CLÍNICO

Carcinoma oral de células escamosas

48 Cavidad Oral, Sida y Sífilis

52 Especialistas en cáncer de cabeza y cuello achacan su difícil diagnóstico a síntomas "banales"

53 La ONU firma un acuerdo para hacer frente a la resistencia a los antibióticos

54 Mejora tu gestión

54 Ideas de inversión de cara al último cuatrimestre
Jesús Aguirre Díaz

56 Gestión de una clínica odontológica
Eduard Martín

58 El engaño de la multitarea
Javier Relinque Rodríguez.

60 Cultura

60 Gioconda, extracto del libro *El rostro Enfermo*

62 Destinos

62 La India, perlas urbanas de Rajasthan

68 Empresas

70 Formación

Dientes Retenidos I
(terceros molares)



14



15



16



24



36



60



62

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

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

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

Cristina García Durán. Odontóloga Madrid.

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

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

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

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

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

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

Carolina Hernández Ponce. Profesora Agregada Universidad Santa María. Venezuela.

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3er Simposio Internacional de Expertos Ivoclar-Vivadent

La calidad de la estética

20



22

Jornada científica MozoGrau - Ticare 9ª Edición, en Quintanilla (Valladolid)



"Aviación para la salud", un gran proyecto solidario

26

SUSCRIPCIONES:

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

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- Correo Electrónico



“Odontólogos de Hoy”, un puente de comunicación entre Europa y América

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR DE ODONTÓLOGOS DE HOY

La revista “Odontólogos de Hoy” nació, en su edición española, hace ahora cinco años, y desde sus inicios se fueron publicando reportajes y noticias de los países del entorno de Iberoamérica, gracias a la colaboración de diversos profesionales a los que denominamos “corresponsales”.

En noviembre del año 2013 se celebró en la ciudad española de Sevilla el “XIX Congreso Nacional e Internacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral”, cuyo Comité Organizador estuvo presidido por el Profesor Antonio Castaño Seiquer, de la Universidad de Sevilla. Este “I Congreso Internacional”, en opinión de los ponentes de los numerosos países del mundo que asistieron, pero especialmente de Iberoamérica, marcó un antes y un después en la visión de la Salud Pública Oral, y también le dio un nuevo rumbo a nuestra publicación. La elaboración del número especial dedicado a este congreso, y las relaciones de amistad que fraguamos a lo largo de esos días, fueron los motivos que nos animaron a intentar dar el salto y, además de comunicar noticias de Iberoamérica, comunicar noticias a Iberoamérica.

Fueron muchos los asistentes que nos trasladaron su ánimo y agradecimiento por el despliegue que hizo nuestra revista, permítanme que mencione a uno de ellos en representación de todos, el Dr. Roberto Beltrán, Profesor Emérito de la Universidad Cayetano Heredia de Perú. La carta que nos remitió a su vuelta a Perú la recibimos como una lección magistral post-congreso.

A partir de entonces hemos fortalecido la relación y amistad con nuestros colegas del otro lado del Atlántico, especialmente con el Dr. Rolando Peniche, Director de la Facultad de Odontología de la Universidad Anahuac Mayac (México), que el pasado mes de agosto aceptó involucrarse como Director Asociado para la edición de Iberoamérica. Esta inestimable colaboración nos ofrece la osadía de dirigirnos a todos los odontólogos de Iberoamérica, aprovechando la oportunidad que las nuevas tecnologías nos abren a través de internet.

Nuestro agradecimiento al Dr. Antonio Castaño Seiquer, entusiasta colaborador de nuestra publicación y sin el que no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Él fue nuestro primer corresponsal y, precisamente, como “Corresponsal de Odontología Social”, compañero que todas las actividades que inicia convierte en éxito y referente, realiza una intensa actividad docente en la Universidad de Sevilla, donde imparte cursos y Másters de reconocido prestigio internacional, a la vez que desarrolla meritorios programas de salud en varias zonas de África y América.

Asimismo, agradecemos la participación de todos los componentes de nuestro Comité Científico, elemento clave en la estructura de nuestra revista, que está formado por profesionales de reconocido prestigio en el sector, con una notable presencia del mundo universitario, que no es casual, sino consecuencia del reconocimiento al valor de la universidad como puerta de entrada a la profesión y, su necesaria e insustituible participación como referente en el mantenimiento al día de los conocimientos científicos, y de la formación continua de los profesionales.

“Odontólogos de Hoy” es una revista especializada en el sector dental, dirigida a los odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales.

Nuestro principal cometido es el compromiso con el sector, ofreciendo siempre una información veraz e independiente de cuantas novedades se produzcan, con artículos científicos y de opinión, así como los que puedan ayudar a ocupar el tiempo libre (literatura, viajes, deportes...), que nos conectan con la sociedad.

En todo momento nuestra vocación es la de presentar al odontólogo a sus compañeros odontólogos y al resto de la sociedad, en una revista en la que quepamos todos y descubramos la faceta más humana de quienes formamos este entrañable y vocacional mundo de la salud dental.

¡Contamos con ustedes!

Dr. Fernando Gutiérrez de Guzmán •

NSK
CREATE IT.



Ti-Max Z

Contra-Ángulos & Turbinas

Z25L

- Contra-Ángulo Con Luz
- Transmisión directa 1:1
- 3 AÑOS de Garantía

Z95L

- Contra-Ángulo Con Luz
- Multiplicador 1:5
- 3 AÑOS de Garantía

Z45L

- Contra-Ángulo Con Luz
- Multiplicador 1:4,2
- 3 AÑOS de Garantía

Z900L

- Turbina Con Luz
- Potencia: 26W
- 2 AÑOS de Garantía

Z800L

- Turbina Con Luz
- Cabezal aún más pequeño: ø10,8 x Al 12,1 mm
- 2 AÑOS de Garantía



DynaLED M205LG
Micromotor Neumático Con Luz



M40XS
Micromotor Eléctrico Con Luz



PTL-CL-LED
Acoplamiento para instrumentos NSK



S-Max M205
Micromotor Neumático

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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



¿Qué es un mercado de *commodities* y por qué es tan importante que lo conozcamos?

DR. ALBERTO MANZANO
CEO DE PLAN SYNERGIA, CONSULTORÍA DENTAL ÉTICA.

Es un hecho que los precios de los servicios odontológicos han ido a la baja durante los últimos años y, aunque no lo crean, no ha sido un hecho casual de la tendencia del mercado o de la crisis económica, sino un efecto provocado, y astutamente premeditado, por aquellos a los que más les interesa esta situación.

Cuando las grandes corporaciones decidieron entrar en el sector dental y comerse la mayor parte posible del pastel, sabían que no iban a poder competir mejorando el nivel de atención buco-sanitario de las clínicas existentes, ya que la mano de obra con la que contaban inicialmente eran profesionales sin mucha experiencia y poco especializados. Pero sí había algo en lo que eran buenos: en ser competitivos en precio, consiguiendo acuerdos con proveedores para bajar el coste final del tratamiento, lo que se conoce como economía de escala.

“*Un commodity es un producto o mercancía con bajo nivel de diferenciación, de modo que el producto a escoger se elige en base al precio.*”

El problema era cómo convencer a la población para escoger un tratamiento médico en base fundamentalmente al precio... Es de sobra conocido que la salud es uno de los bienes más preciados y, hasta la fecha, ningún sector de la Medicina había entrado en España a competir por precio. Y es entonces cuando nos imaginamos a una serie de personas en un despacho, con las ventanas opacas, elucubrando cómo conseguir eso...

Al final decidieron que iban a transformar el sector servicios de la odontología en un mercado de *commodities*. ¿Por qué?

Para los que no lo sepan, un *commodity* es un producto o mercancía con un bajo nivel de diferenciación, como, por ejemplo, las pilas o las cremas solares. Si tenemos en cuenta que en este tipo de mercado se venden objetos a priori con características muy similares ¿en base a qué factor decidirá el cliente qué producto escoger? Efectivamente, por precio. Pero claro, los tratamientos médicos no son objetos, sino servicios... ¿o no? Quizás últimamente los pacientes le hablen más de cuánto vale un implante que de cuánto cuesta la operación de colocarlo, o de si le cobras la radiografía en lugar de hablar del diagnóstico, o de si el producto (puente, implante, etc...) tiene garantía. Así de perverso ha sido el proceso de cambio.

Las imágenes de implantes en los folletos publicitarios o frases como “te regalamos la ortopantomografía” o “te garantizamos la prótesis” han ido calando en las mentes de los usuarios para hacerles creer que lo que realmente compran en una clínica dental son objetos en lugar de servicios médicos (acto quirúrgico, diagnóstico médico o rehabilitación de un diente perdido, respectivamente). Supongo que, al principio, ver una foto de un implante sería tan extraño y desagradable como ver hoy en día una prótesis de cadera anunciada en un folleto, pero fueron perseverantes, y nosotros, a veces, imitando esas mismas acciones de marketing, hemos caído y contribuido al engaño, o simplemente no hicimos nada.

En este sector de mercancías, los márgenes de beneficios son minúsculos, y en este ambiente, las grandes corporaciones se sienten más poderosas ya que pueden gestionar mejor sus activos para seguir teniendo ganancias aún con márgenes tan exigüos. Pero es tan complicado que incluso, a veces, algunas de estas ma-

¿POR QUÉ SÓLO NOS ESCANDALIZAN LAS 2 PRIMERAS?

	PRÓTESIS DE CADERA desde 250 € *
	<i>* No incluye colocación</i>
	VÁLVULA CARDÍACA desde 300 € *
	<i>* No incluye colocación</i>
	IMPLANTE DENTAL desde 222 € *
	<i>* No incluye colocación</i>



croempresas del diente no calculan bien sus costes y se acaban arruinando, dejando un poco más sucio el nombre de nuestra profesión, que muchos estudiamos en su día por vocación.

Esto es tan paradójico, que mientras todas las empresas que venden *commodities* se esfuerzan e invierten millones y millones de dólares en publicidad para salir de ese mercado y pasarse a un mercado de diferenciación, como el de servicios, nosotros hemos seguido el peor camino posible, el inverso. Los móviles y las zapatillas son *commodities*, pero ni Apple ni Nike se han conformado con vender móviles o zapatillas, han sabido vender “algo” más, y así dormir tranquilos respecto a la competencia, ideo es lo complicado! Nosotros “sólo” tenemos que recuperar lo que realmente vendemos a nuestros pacientes ya que, queramos o no, ahora, para una buena parte de la población estamos dentro de un mercado de *commodities*, por lo que decidirán casi únicamente por una cuestión de precio, comparando así presupuestos entre varias clínicas. Dejemos de culpar a esos pacientes porque son el resultado de un malvado ejercicio de (des)información.

¿Existe una solución al respecto? Por supuesto, pero debemos remar todos en la misma dirección, aquella que beneficia al sector de las clínicas propiedad de dentistas: **diferenciarnos** del resto a través del servicio. Transmitir a la sociedad que no todo es lo mismo y que los dentistas no somos vendedores de tornillos. Para empezar, no estaría mal dejar de repartir folletos con la foto del “objeto” (implante), es más, deberíamos dejar de repartir panfletos en general, pero esta recomendación es por otro motivo que podemos tratar en otro artículo. Mientras no haya una comunicación correcta y unificada por parte del Consejo de Dentistas o los Colegios Profesionales, lo cual parece que es complicado, deberemos centrar todos nuestros esfuerzos en cada

clínica individualmente, cuidando la comunicación hacia el paciente, no sólo con sentido común e intuición sino con los conocimientos adecuados. Nuestra experiencia ayudando a clínicas tradicionales corrobora que la comunicación con los pacientes es lo que más suele fallar. Todo el equipo, no solamente los doctores, tiene que estar entrenado para transmitir siempre el mismo mensaje diferenciador a nuestros pacientes. La forma de presentarle nuestra opción de tratamiento al paciente es un momento crucial dentro de la visita del mismo a nuestra clínica. Aunque no es el único: la decoración, la publicidad, la página web, el olor de la clínica, el lenguaje no verbal del equipo, etc... todo cuenta para hacer cambiar la percepción que tiene el paciente de un tratamiento dental, y no es tarea fácil, itenemos a Jesús Vázquez diciendo lo contrario por la tele!

“*Debemos diferenciarnos del resto a través del servicio, transmitir que no todo es lo mismo y que los dentistas no somos vendedores de tornillos.*”

Un último consejo, si se me permite, es dejar de pensar que esto es una crisis del sector pasajera que se solucionará sola cuando se termine la crisis económica. La resistencia al cambio es devastadora y nos hacer pensar cosas que no son lógicas con tal de no cambiar ni movernos de nuestra zona de confort. Hay que empezar a dirigir bien nuestras consultas, con una línea de gestión clara que diferencie (y sobre todo **que el paciente diferencie**) a nuestra clínica del resto. •



¿Quién debe promover y financiar las encuestas nacionales de salud oral?

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

Hace poco fue presentada a los medios la Encuesta de Salud Oral España 2015, cuya publicación en RCOE (Junio 2016 Vol. 21 Supl. 1) hemos recibido todos los colegiados españoles. Es una magnífica encuesta, un trabajo sólido y riguroso dirigido por el Prof. Manuel Bravo, de la Universidad de Granada, que ha sido promovido y financiado por el Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España.

En España se han realizado ya nueve estudios epidemiológicos a escala nacional desde el primero, publicado en el año 1971 y que ya es referencia histórica. De estos nueve estudios, seis han sido financiados por la organización colegial de Dentistas de España (1993, 2000, 2005, 2007—solo infantil, 2010 y 2015) y sólo dos por el Ministerio de Sanidad (1971 y 1983).

Es muy loable esta iniciativa del Consejo y denota una clara preocupación por conocer cómo es la salud dental de los españoles al tiempo que cubre una necesidad dejada de la mano por el Ministerio de Sanidad. La pregunta surge cuando uno se da cuenta de que ésta es una responsabilidad de la Administración Pública, que debe ser la garante de los servicios de salud del país. Una encuesta de salud como la arriba mencionada, con una dispersión geográfica importante y la implicación de muchos equipos encuestadores tiene un coste que ronda los 70.000 euros, que no es poco dinero. Y digo esto porque debemos ser conscientes de que somos nosotros, los dentistas españoles, los que pagamos este servicio y no la Administración, que es a quien corresponde.

Como co-autor que he sido en varias de estas encuestas debo decir que son estudios muy necesarios aunque, en mi opinión, es hora de variar el enfoque a futuro. Primero, porque debe ser el Ministerio de Sanidad (o el Instituto Nacional de Estadística) quien las promueva y financie, como hace con las encuestas de salud general, y hay que reclamar que así sea. Segundo, porque es necesario que sean las comunidades autónomas las que

realicen sus propias encuestas porque importan más que los datos globales nacionales, aunque éstos también sean necesarios. Los datos a escala nacional —tal y como están diseñadas estas encuestas— no son representativos a nivel local y, sin embargo, es ahí donde se toman las decisiones sobre los servicios dentales públicos que se dan a la población. El ejemplo más claro lo tenemos en la población infantil donde, en base a un decreto de prestaciones mínimas amparadas a nivel estatal, son los gobiernos autónomos quienes planifican, proveen y financian las prestaciones en salud bucodental y éstas difieren mucho de una comunidad a otra. Por tanto, las comunidades necesitan sus propios datos precisamente por la gran variabilidad que existe entre ellas, tanto en nivel de salud como en los tratamientos cubiertos y realizados (Ver: RCOE, Octubre 2014 Vol. 19 Supl.1).

Y, tercero, porque las encuestas nacionales, con el nivel de representatividad que tienen en base a su diseño actual, bastaría con hacerlas cada 10 años en lugar de cada 5, como se hacen actualmente. El ahorro sería importante, y en estos tiempos (como en todos), el criterio de eficiencia del gasto debe presidir la toma de decisiones. Los datos a escala nacional son necesarios para observar la tendencia como país —siendo ésta la principal función de la monitorización epidemiológica—, pero sería suficiente hacerlas con una periodicidad mayor. Seamos claros, los nuevos datos nos confirman una tendencia ya conocida, respaldada por las encuestas regionales de las comunidades que sí las hacen (pocas), pero que, repito, no sirven para la toma de decisiones en el único campo en el que la asistencia dental está financiada por la administración pública, que es la atención dental infantil. Otra cosa será que esto sirva para que los responsables del Ministerio espabilen, que debería causarles sonrojo que seamos los dentistas privados los que cumplimos un papel que ellos han abandonado •

“
La Administración Pública es quien debe ser la garante de los servicios de salud del país.
”

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

www.amaseguros.com
902 30 30 10

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 hasta el 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

Síguenos en



La Edad de Piedra

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Los odontólogos hemos pasado por la Edad de Oro, Plata, Bronce y ahora estamos en la Edad de Piedra.

Hubo una época paternalista en la que los profesionales sanitarios cuidaban de sus pacientes como si fueran sus hijos, y ellos confiaban ciegamente, se dejaban aconsejar, puesto que se entendía que el médico o el dentista era quien velaba por su salud.

Después pasamos a la época en la que el paciente tenía que entender los procedimientos y el paciente debía elegir entre las opciones que se le presentaban, se seguía respetando la opinión del profesional y, a la vez, se respetaban los derechos de los pacientes.

En esta época se nos seguía considerando profesionales sanitarios, no había ofertas 2x1, no había clínicas en grandes superficies comerciales entre los pasillos de ropa interior, los bancos no vendían seguros dentales, las franquicias no existían, y la explotación a los recién graduados era prácticamente inexistente. Pero un día nos despertamos y, sin darnos cuenta, estábamos en la Época de Bronce.

Pero la situación no se detuvo, y acabamos en la Edad de Piedra, recién graduados en manos de comerciales, dentistas teniendo que emigrar, intrusismo salvaje y, peor aún, los pacientes ya no buscan confianza, van buscando el "presupuesto más barato", van amenazando con demandas si algo no es de su agrado. Nos convertimos en súbditos de los pacientes o de las empresas.

Yo creo que tenemos que hacer un profundo examen de conciencia, porque, como dijo el famoso neurólogo austriaco Viktor Emil Frankl, "cuando no eres capaz de cambiar una situación, estás destinado a cambiarte a ti mismo".

Si no defendemos la profesión ahora, si todos los dentistas que son la mayoría, que defienden una odontología ética, que no se venden, que no ceden a presiones, todos esos dentistas que están en sus clínicas luchando a contracorriente, si no nos manifestamos, si no entramos en los colegios, esos dentistas se extinguirán antes o después.

Ahora es el momento, porque si queremos que el futuro de la profesión mejore, tenemos que mirar el presente que estamos construyendo.

Y yo me pregunto, ¿por qué nos cuesta tanto acudir a las reuniones que organizan los colegios? ¿Acaso no nos estamos jugando el futuro? ¿No somos conscientes del peligro de ser indiferentes?

Somos débiles porque nos hemos acostumbrado a no interactuar con otros colegas, hemos aprendido a vivir en la soledad de nuestras clínicas, sin unirnos en sindicatos, sin hacer reuniones entre dentistas vecinos para apoyarnos en mantener el buen nombre y la dignidad de la profesión, hemos sido una presa fácil.

“

Si no defendemos la profesión ahora, esos dentistas que promueven una odontología ética se extinguirán antes o después.

”

Solo espero que despertemos de este letargo, de esta apatía, del "hoy no me afecta a mí". Porque quizá a esos dentistas veteranos bien establecidos que soñaron que sus hijos siguieran sus pasos, no están dejando un buen futuro a las siguientes generaciones, porque esos jóvenes dentistas que no salen a la calle a manifestarse, que no se afilian a sindicatos, éstos están hipotecando su vida.

Pero yo creo que podemos cambiar. El foro de Salvemos la Odontología en Facebook, en el que miles de compañeros interactúan unos con otros, desde puntos opuestos de España, incluso dentistas españoles que viven en otros países preocupados por la situación, comentan, hablan, discuten... es un germen de esperanza •



"Mis dientes sensibles hacen que no disfrute de algunas comidas y bebidas".

Enrique ha tenido problemas con el reflujo ácido y la dentina expuesta durante muchos años



Un 70,4% de quienes padecen sensibilidad dental, como muchos de sus pacientes, afirman experimentar limitaciones funcionales diarias¹ similares a las de Enrique

Recomiende Sensodyne Repair & Protect con tecnología NovaMin®: crea una capa reparadora más resistente similar a la hidroxiapatita^{*2-8} sobre las áreas sensibles de los dientes. El alivio de la sensibilidad comienza desde la primera semana⁹ y, tras 6 meses de uso diario, continua cambiando la vida de los pacientes.^{**10}

EN LA SEDE DEL COEM

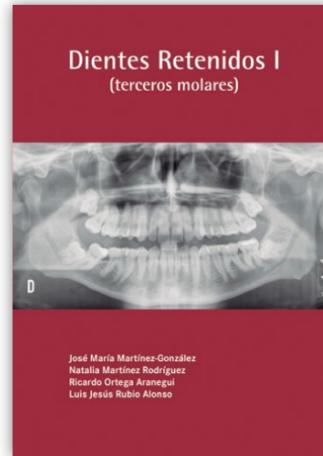
Presentación del libro *Dientes Retenidos I (terceros molares)*, del Profesor José María Martínez

El pasado día 5 de julio la sede del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid acogió la presentación del libro *Dientes retenidos I (terceros molares)*, del Profesor de la U.C.M. D. José M^a Martínez González, Natalia Martínez Rodríguez, Ricardo Ortega Arregui, Luis Jesús Alonso y Colaboradores.

La obra, que ha contado con el patrocinio de Laboratorios Normon, pretende, en palabras de sus autores, ser un libro de consulta preferente que, ante cualquier problema que le pueda surgir al lector, encuentre respuesta al mismo.

La obra está dedicada a la memoria del Profesor Manuel Donado Rodríguez, gran maestro de la Medicina y persona de innumerables cualidades humanas, cuyo legado académico y personal queda patente en los autores de esta obra.

El acto, presidido por el Presidente del COEM, contó con la presencia de numerosos profesionales y amigos, entre ellos destacó la presencia del Dr. Martínez Carrasco, cabeza de una amplia y prestigiosa saga de dentistas ya en tercera generación, profesional muy querido y respetado por la profesión •



“ El acto contó con la presencia de numerosos profesionales y amigos, destacando el Dr. Martínez Carrasco. ”



EN SAN SEBASTIÁN, EL PASADO JULIO

VI Simposio 'Avances en Cáncer Oral'

San Sebastián acogió el IV Simposio “Avances en Cáncer Oral” los días 21 y 22 del pasado mes de julio, un importante evento organizado por el Departamento de Estomatología II de la U.P.V.

Relevantes profesionales del sector acudieron a la cita para disertar sobre lo último en la materia.

El Dr. Flavio Ramos, de Brasil, habló sobre las claves clinicopatológicas en neoplasia de glándulas salivares; la Dra. Rocío Cerero, de España, sobre los enigmas de la “leucoplasia verrugosa proliferativa”; los Doctores Wilson Delgado (Perú), Germán Esparza (España), Oslei Paes Almeida (Brasil) y Francisco Cardona (España) protagonizaron una excelente sesión clinicopatológica.

Por otro lado, y como representantes de reputados equipos norteamericanos, el Dr. Jeremi Richmon (U.S.A.) presentó una auténtica

exhibición sobre cirugía robótica y la Dra. Marcela Romero Reyes (NYU, College of Dentistry, Nueva York), expuso una interesantísima ponencia sobre “Dolor orofacial y cáncer”.

“ Relevantes profesionales del sector acudieron a la cita en San Sebastián para disertar sobre las novedades en la materia. ”

También cabe destacar la intervención del Dr. Adalberto Mosquera (México) que, como es habitual en él, sorprendió al público asistente con su ponencia ¿existen las neoplasias odontogénicas malignas?.



Fue sentida la ausencia del Profesor Vicente Vagan que por motivos familiares de última hora tuvo que suspender su presencia en el evento. Desde “Odontólogos de Hoy” le felicitamos por el nacimiento de su nieto •



EN MÉRIDA, YUCATÁN

Antonio Castaño Seiquer recibe la Medalla Anáhuac en Odontología

El pasado 27 de junio el Dr. Antonio Castaño Seiquer recibió en Mérida, Yucatán, la “Medalla Anáhuac en Odontología”, reconociendo la labor y entrega de un hombre visionario y comprometido con su profesión a través del amor al prójimo. Con este máximo galardón, la casa de estudios distingue a personas que por sus valores humanos y profesionales así como su contribución a la sociedad, representan el ideal formativo institucional.

El Dr. Antonio Castaño, es profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Sevilla. Desde el año 2009, preside la Fundación Odontología Social, Luis Séiquer (FOS), cuyo objetivo es acercar la odontología social a la mayoría de la población y formar en valores solidarios a los futuros odontólogos, contribuyendo a la mejora de la salud bucal y calidad de vida de miles de niños y adultos. Este doble fin docente-asistencial se aplica en tres continentes: América, Europa y África, atendiendo cada año a más de 7.000 personas.

A través de su Fundación, ha obtenido diversos premios, como el Premio AFA (Asociación de Fundaciones Andaluzas) en el año 2014, galardonado en la categoría de “Cooperación”. Además, es autor de numerosos libros, capítulos de libros, publicaciones y ponencias, y poseedor en sociedad de la patente: Caja de Retrovisión Múltiple.

“*Con este galardón, la casa de estudios distingue a personas que, por sus valores, representan el ideal formativo institucional.*”

Una gran labor solidaria

En esta ceremonia se contó con la presencia del **P. Rafael Pardo Hervás, L.C.**, Rector de la Universidad Anáhuac Mayab,

quien hizo entrega de la distinción; **Dr. Narciso Acuña González**, Vicerrector Académico; **P. Ulises Peñúñuri Munguía, L.C.**, Vicerrector de Administración y Finanzas; además del **Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mézquita**, Secretario de Salud de Yucatán, así como autoridades y directores, miembros de la Secretaría de Salud y Asociación Dental, alumnos, empresarios, licenciados y miembros del consejo consultivo.

Al finalizar, el catedrático presentó la conferencia “Regalando sonrisas en 3 continentes”, donde destacó que con su fundación ha buscado regalar sonrisas a quien más lo necesita, bajo el lema “Ayudar aprendiendo, aprender ayudando”, un proyecto que además de brindar atención odontológica, permite el crecimiento humano y profesional entre los alumnos que participan.

En su discurso explicó que desde 2012 trabajan en México en alianza con la Universidad Anáhuac Mayab, la Secretaría de Salud de Yucatán y con el DIF, beneficiando hasta la fecha a un promedio de ocho mil personas, alrededor de dos mil por año •



Excelencia Académica de la Facultad de Odontología

- Única institución privada acreditada por el Consejo Nacional de Educación Odontológica, A.C. (Conaedo) (2009 y 2015)
- Única institución privada miembro de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C. (FMFEO).
- Miembro fundador de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO).
- Nivel 1 en el padrón de programas de licenciatura de alto rendimiento EGEL.
- Primera Institución a nivel nacional en inscribir a sus alumnos a la Asociación Dental Mexicana, garantizando que cada uno de ellos quede suscrito a la revista científica de dicha asociación.
- Premio Internacional de la Universidad de Sevilla, por la labor social y colaboración con la publicación Odontología preventiva y comunitaria. La Odontología Social.
- Reconocimiento por parte de la Academia Española de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología (AEEHEO), gracias a su calidad académica y destacada labor social.
- Desde 2003, la Facultad de Odontología se ha posicionado por su fuerte compromiso social, vinculación nacional e internacional. Además de la Licenciatura en Cirujano Dentista, su oferta académica incluye numerosos diplomados y tres especialidades: Endodoncia, Ortodoncia y Rehabilitación Bucal •



“*Desde 2003, la Facultad de Odontología se ha posicionado por su fuerte compromiso social y su vinculación nacional e internacional.*”

”

IMPORTANTE PROYECTO

Inidress crea el Observatorio de la Responsabilidad Social Sociosanitaria



Inidress (Instituto de Innovación y Desarrollo de la Responsabilidad Social Sociosanitaria) ha puesto en marcha un importante proyecto: el Observatorio de la Responsabilidad Social Sociosanitaria.

Su función será dar mayor visibilidad y legitimidad a los actores que realicen buenas prácticas de responsabilidad social en el sector sociosanitario.

Entre las tareas específicas de este Observatorio se encuentran las actividades para recabar acciones e iniciativas en esta área, además de identificar a los agentes que las ejecutan, ya sean administraciones sanitarias, servicios públicos de salud, hospitales y centros sanitarios, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, sindicatos o empresas.

El primer gran objetivo del nuevo observatorio será crear un mar-

co certificable para hospitales y centros sanitarios que recoja las cuestiones económicas, sociales, éticas y medioambientales a atender en la implantación de planes y políticas de responsabilidad social sociosanitaria.

Además, otros de los puntos más importantes se centra en iniciar un proceso de diálogo con los diferentes actores para crear un decálogo de consenso sobre los puntos esenciales que debe articular el sector, fijar sus principales cometidos y concretar su alcance.

Este marco será el punto de partida en la enunciación de los principales asuntos e indicadores económicos, sociales y medioambientales, que quedarán incluidos en un modelo de memoria de responsabilidad social sociosanitaria. Este modelo, que estará disponible para todas las entidades que deseen utilizarlo a la

hora de realizar sus informes anuales de actividad, contribuirá a que las instituciones sanitarias sigan las recomendaciones europeas sobre información no financiera, como la directiva UE 2014/95.

Excelente acogida en siete CCAA

La propuesta de Inidress ha tenido una excelente acogida y podemos destacar el apoyo de las consejerías de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, las Islas Baleares, La Rioja, Cantabria, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Consejo General de Dentistas.

Además, este Observatorio creará un consejo asesor formado por expertos del ámbito de la gestión y la asistencia sanitaria, la industria y el mundo académico •



SE CELEBRARÁ EN SAN SEBASTIÁN

XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia

Con motivo del XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia, su presidenta nos dirige una carta para animarnos a visitar este importante evento profesional:

Estimados compañeros y colaboradores:

Será un placer recibirnos los días 28, 29 y 30 de octubre de 2016 en San Sebastián (Donostia), con motivo de la celebración del XXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia.

Hemos diseñado un atractivo y variado programa científico gracias al cual reconocidos ponentes nacionales e internacionales nos pondrán al día de los últimos avances en todos los campos de la Endodoncia.

La sede elegida es el Centro Kursaal, un moderno palacio de congresos ubicado en el centro de la ciudad de San Sebastián que ofrece las condiciones ideales de ubicación, tamaño, equipamiento e instalaciones para dar cumplida respuesta a nuestras necesidades

de intercambio científico y de relaciones personales entre colegas de diferentes ámbitos y culturas.

Nuestro objetivo es celebrar un congreso inolvidable, tanto desde el punto de vista científico como humano, social y cultural.

A la espera de poder saludaros personalmente, recibid de antemano nuestro agradecimiento por vuestra atención y colaboración,

*Dra. Nina Camborda
Presidenta del Congreso •*

"UNA SONRISA PARA UN NIÑO CEUTÍ"

Convenio histórico en Ceuta para la atención bucodental integral de la población infantil vulnerable

El acuerdo alcanzado entre el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta y la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS) permitirá la atención bucodental integral de 50 niños/as ceutíes. Esta población infantil procede de colectivos desfavorecidos en situación de exclusión social o riesgo de ella. El programa se inicia en septiembre de 2016 y está previsto que finalice antes de 2017.

La Consejería de Asuntos Sociales e Igualdad realizará la captación y selección de la población beneficiada por el proyecto. La Consejería de Sanidad, Consumo y Menores aporta apoyo organizati-

vo y logístico a esta iniciativa. Las acciones preventivas y asistencia-

“*Este acuerdo permitirá la atención bucodental integral de 50 niños ceutíes de colectivos desfavorecidos.*”

les serán asumidas íntegramente por la Fundación Odontología Social Luis Seiquer (FOS).

La atención bucodental se llevará a cabo en la unidad móvil odontológica de la FOS. Este centro móvil sanitario se ha financiado gracias a la ayuda de la Obra Social La Caixa, que también financia el proyecto.

Desde el año 2009, Obra Social La Caixa se ha convertido en la entidad que más ayuda ha aportado a la Fundación Odontología Social, colaborando en la puesta en marcha de sus Centros Dentales de Sevilla, Gibralforte (Huelva), CETI Melilla, unidad móvil odontológica y en el proyecto “Una sonrisa para un niño ceutí” •



LA CALIDAD DE LA ESTÉTICA

3^{er} Simposio Internacional de Expertos – Ivoclar Vivadent



Cerca de un millar de odontólogos y técnicos dentales de 47 países asistieron al 3^{er} Simposio Internacional de Expertos organizado por Ivoclar Vivadent en Madrid. Los últimos avances en el campo de la "Odontología restauradora de vanguardia" fueron objeto de análisis por un reconocido equipo de expertos internacionales.

Robert Ganley, CEO de Ivoclar Vivadent AG, y Sonia Gómara, Directora General de la compañía subsidiaria de la Península Ibérica recibieron a los asistentes y contaron con la colaboración del

Profesor Jaime Gil como Director Científico del evento.

Varios discursos giraron en torno a las opciones de tratamientos mínimamente invasivos y métodos para toma de impresión con el uso de férulas y dispositivos de escaneo intraoral. La cementación adhesiva pasó a un primer plano en relación a la colocación de restauraciones de cerámica sin metal. Los técnicos dentales expusieron la importancia de la limitación del espacio oral a la hora de la elección del material y procedimientos.



Una de las cuestiones más consensuadas entre los ponentes fue que el futuro de la odontología se caracterizará por una estética digital eficiente y de alta calidad, quedando las técnicas manuales asociadas a alcanzar el grado de naturalidad más alto.

Las conferencias fueron ofrecidas por el Prof. Dr. Sidney Kina (Brasil), el Prof. Dr. Florian Beuer,

el Prof. Dr. Daniel Edelhoff, el Dr. Andreas Kurbad y Oliver Brix (Alemania), el Dr. Mauro Fradeani y Michele Temperani (Italia), el Dr. Marko Jakovac (Croacia), el Dr. João Fonseca (Portugal), el Dr. Rafael Piñeiro Sande y August Bruguera (España) y el Dr. Ronaldo Hirata and Lee Culp (EE.UU.).

La cita para el siguiente Simposio será en Roma •



THE QUALITY OF THE AESTHETIC

3rd International Symposium of Experts – Ivoclar Vivadent

A thousand dentists and dental technicians from 47 countries attended the 3rd International Symposium of Experts organized by Ivoclar Vivadent in the capital of Spain. Recent advances in the field of "cutting-edge restorative dentistry" were analyzed by a renowned team of international experts.

Robert Ganley, CEO of Ivoclar Vivadent AG and Sonia Gómara, Director General of the subsidiary company of the Iberian Peninsula, welcomed the attendees and had the collaboration of Professor Jaime Gil as Scientific Director of the event.

Several speeches focused on the minimally invasive treatment options and methods for making printing with splinting and intraoral scanning devices. The adhesive cementation happened to the fore in relation to the placement of ceramic

restorations. Dental technicians exposed the importance of the limitation of oral space in the moment to choice material and procedures.

One of the most consensual issues among the speakers was that the future of dentistry will be characterized by an efficient and high quality digital aesthetics, being associated with manual techniques to achieve the highest degree of naturalness.

The lectures were given by Prof. Dr. Sidney Kina (Brazil), Prof. Dr. Florian Beuer, Prof. Dr. Daniel Edelhoff, Dr. Andreas Kurbad and Oliver Brix (Germany), Dr. Mauro Fradeani and Temperani Michele (Italy) Dr. Marko Jakovac (Croatia), Dr. João Fonseca (Portugal), Dr. Rafael Pineiro Sande and August Bruguera (Spain) and Dr. Ronaldo Hirata and Lee Culp (USA).

The next Symposium will take place in Rome •



9ª EDICIÓN

Jornada científica MozoGrau - Ticare

El pasado 16 de julio tuvo lugar la conocida como **Reunión de Quintanilla**, Jornada Científica organizada y patrocinada por la empresa MozoGrau, que en este caso cumplió su 9ª edición y con la que esta empresa materializa, en un acto más, su compromiso con la calidad y el rigor científico que les distingue.

En esta reunión se congregaron un grupo de reconocidos profesionales, bajo la Dirección y Coordinación científica del Profesor Peñarrocha Diago que, en una intensa jornada de trabajo, elaboraron unos documentos de consenso que próximamente serán publicados. En esta ocasión los temas tratados fueron el "All-on-four" y la "Patología periapical al implante".

“ Los temas tratados fueron el "All-on-four" y la "Patología periapical al implante". Se elaboraron unos documentos de consenso que serán publicados próximamente. ”



“ MozoGrau - Ticare materializa, una vez más, el compromiso con la calidad y el rigor científico que les distingue. ”

La larga jornada, de la que ha sido testigo "Odontólogos de hoy" se inició con una presentación por parte de Ángel Mozo Grau, en la que explicó las actividades de la empresa en el último año y los retos marcados para el futuro. Tras esta presentación se realizó una puesta en común de los temas a tratar para, a continuación, desarrollar un interesante debate en comisiones hasta la comida. Tras la misma se pusieron en común los temas tratados para elaborar el documento consensuado para su publicación.

Terminada la sesión científica y como es ya habitual se impartió una charla sobre una cuestión ajena a la implantología, contando este año con el conocido periodista D. Manuel Campo Vidal que disertó sobre comunicación, charla que fue recibida con gran interés por los asistentes. Podemos destacar, como punto destacado de su intervención, su insistencia en la necesidad de saber escuchar para comunicar.

Terminada la Jornada, Fernando Mozo agradeció su asistencia y colaboración a todos los presentes •



CON LA ASISTENCIA DE MÁS DE 400 PROFESIONALES

La XXVII Reunión Nacional de Posgrados en Endodoncia se celebró en la Universidad Anáhuac Mayab

La XXVII Reunión Nacional de Posgrados en Endodoncia se celebró en Mérida, Yucatán, los días 23 y 24 del pasado mes de septiembre. El evento se desarrolló en el Auditorio Gomory de la casa de estudios, y contó con diversas exposiciones, mesas clínicas y carteles trabajados por profesionales.

Entre los temas principales que se expusieron en esta importante cita destacan: las alternativas en el tratamiento endoperiodontal; los diferentes protocolos de maturogénesis; la extracción e identificación de células madre de pulpa dental humana; el autotrasplante de un tercer molar superior con desarro-

llo radicular completo; y el manejo y tratamiento no quirúrgico de un diente invaginado con periodontitis apical sintomática, entre otros.

El encuentro, al que acudieron más de 400 asistentes, contó con 60 representantes de diversas universidades, como la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Latinoamericana Campus Valle, la Universidad Autónoma de Querétaro, la Universidad de Guadalajara, la Universidad Tecnológica de México, la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, el Instituto Dr. Yury Kuttler, y la Universidad Autónoma de Sinaloa, entre otras.

La inauguración se llevó a cabo el viernes 23 de septiembre en el Auditorio Gomory de la casa de estudios; contó con la presencia del **Dr. Manuel Jesús Paredes Aguilar**, Director de Prevención y Protección de la Salud, en representación del Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mézquita, Secretario de Salud de Yucatán; el **Ing. Miguel Pérez Gómez**, Rector de la Universidad Anáhuac Mayab; el **Dr. Raúl Luis García Aranda**, Presidente del Consejo Mexicano de Endodoncia; el **Dr. Rolando Peniche Marcín**, Director de la Facultad de Odontología y el **Dr. Mario Gamboa Méndez**, Coordinador del Posgrado de Endodoncia.



“ El evento se desarrolló en el Auditorio Gomory de la casa de estudios, y contó con diversas exposiciones, mesas clínicas y carteles trabajados por profesionales. ”



Una importante Institución

- La Anáhuac Mayab es la única institución privada acreditada por el Consejo Nacional de Educación Odontológica, A.C. (Conaedo) (2009 y 2015); única institución privada miembro de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C. (FMFEO).
- Es miembro fundador de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO).
- La Facultad de Odontología ofrece actualmente las especialidades en: Endodoncia, Ortodoncia, Odontología Pediátrica y Rehabilitación Bucal •



Desde el año 2009, un gran equipo humano, conformado por médicos, odontólogos y pilotos, se dedica a volar miles de kilómetros a través del territorio venezolano para llegar a comunidades indígenas remotas de la Amazonia venezolana llevando asistencia médica/odontológica especializada a más de 10.000 indígenas de la etnia Pemón.

Estas comunidades tienen la particularidad de estar ubicadas en regiones sumamente apartadas rodeadas por selva, sabana y grandes elevaciones geográficas. La principal alternativa de enlace con centros urbanos es la vía aérea, lo cual es una forma de transporte limitada, arriesgada y costosa que determina que las condiciones de vida de los pobladores sean muy particulares. El acceso a los servicios básicos como agua corriente, electricidad, gas, telefonía fija y móvil es restringido y, en ocasiones, inexistente.

Alas ha logrado desarrollar una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar oportunamente personal médico y consumos hacia las comunidades indígenas. En esta red participan pilotos y dueños de aeronaves que voluntariamente apoyan las labores de la asociación civil. De otra manera, resultaría prácticamente imposible costear la operación en la zona.

Uno de los principales objetivos de la asociación civil es mantener centros de prestación de salud dotados con equipos y personal humano perfectamente cualificados. A través de convenios con prestigiosas instituciones y universidades nacionales e internacionales, estudiantes y profesionales de la salud viven a lo largo del año en las diferentes comunidades ofreciendo servicios médicos y odontológicos con un alto nivel de excelencia.

"Aviación para la salud", un gran proyecto solidario



La autora, Carolina Hernández, con su marido

Para Alas, la atención odontológica tiene un especial interés, y es por eso que cada uno de los centros está perfectamente dotado con los mejores materiales y equipos para ofrecer todas las especialidades de la odontología. Los pasantes y odontólogos que hacen vida en los ambulatorios tienen el respaldo *in situ* o vía telemedicina de especialistas en las áreas de endodoncia, prótesis, periodoncia, cirugía maxilofacial y odontopediatría que garantizan la excelencia en los tratamientos realizados. Otra actividad fundamental en Alas son los operativos médico odontológicos anuales, que se llevan a cabo con la finalidad de trasladar a la zona a especialistas

en diferentes áreas de salud para complementar la atención prestada durante todo el año y resolver aquellos casos de mayor complejidad. De esta manera, los indígenas cuentan con atención en las áreas de cardiología, medicina interna, traumatología, oftalmología, ginecología y en odontología los especialistas realizan prótesis fija y removible, endodoncia, atención de pacientes con hendidura labio-palatina, tratamientos complejos de odontopediatría, entre otros. Esta interacción, contribuye a generar mayor conocimiento científico en la zona, lo cual se ha evidenciado a través de premios y reconocimientos internacionales.

“ Alas ha desarrollado una red de aviación civil voluntaria con la finalidad de transportar personal médico y recursos hacia las comunidades indígenas. ”



Finalmente, otro pilar muy valioso en las actividades de Alas, es la participación comunitaria en las actividades de promoción de la salud, invitando a los pobladores a ser parte activa del equipo de trabajo. Se busca capacitar al personal local a través de programas educativos y técnicos con el objetivo de que en un futuro cercano sean los mismos pobladores indígenas quienes lideren su atención en salud y así mejoren su calidad de vida. Definitivamente, la solidaridad y el trabajo en equipo con la convicción de ser mejores personas es la energía que mueve a Alas, Aviación para la salud •

Dra. Carolina Hernández Ponce
Presidenta ALAS

FLORENCIO MONJE GIL

“La sociedad española vuelve a valorar la calidad de los profesionales de la odontología”



Florencio Monje es Jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz. Además, es el Director de CICOM (Centro de Implantología, Cirugía Oral y Maxilofacial), Presidente de FEDICOM (Fundación para el Estudio y Desarrollo de la Implantología, Cirugía Oral y Maxilofacial) y Miembro de la EAO (European Association for Osseointegration). Pero, por encima de todo, además de un gran profesional de la odontología y de la medicina, es un humanista y un polifacético personaje. Ávido lector, corredor “amateur”, músico en potencia, casi podríamos definirlo como un “renacentista” de los tiempos modernos.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: Recientemente has publicado el interesante libro *El Rostro Enfermo* en el que, a través de 50 pinturas universales, tratáis de desvelar la intención de los artistas a la hora de representar en sus obras la enfermedad, la deformidad, la fealdad, para así despertar la compasión, la ternura, y la indulgencia de los seres humanos que, a través de los siglos han contemplado estas obras. ¿Cómo y por qué surgió la idea de escribir este libro que has publicado conjuntamente con tu hermano?

Florencio Monje Gil: La idea surge ya que hace 6 años publiqué

un libro, también con mi hermano Isidoro, titulado *La pintura de*

“*Tras el éxito de La pintura de Goya y las deformidades faciales, Javier Sierra nos sugirió hacer lo mismo con la pintura universal.*”

Goya y las Deformidades Faciales, donde abordábamos, a través de la pintura del gran maestro, distin-

tas deformidades dentofaciales. La tirada se agotó y fue precisamente Javier Sierra, el prestigioso autor de *El maestro del Prado* el que en una comida me dijo que por qué no hacia lo mismo con toda la pintura universal. Por entonces teníamos 148 obras con un amplio abanico de deformidades faciales y pensamos que podíamos hacer una selección de las 50 más representativas.

ODH: ¿Por qué recomendarías su lectura?

FMG: Es un libro donde se lee un poquito pero que, sobre todo, es muy gráfico. Se disfruta fundamentalmente por las imágenes de los



detalles de las obras. La calidad de impresión ha sido un aspecto donde la Editorial Art Duomo (la cual publica revistas como *Descubrir el Arte*) ha echado el resto. El libro está dividido en 20 patologías faciales de todo tipo y el lector, además de la obra, encontrará una reseña artística y otra patológica muy concreta y simple. La edición es bilingüe. En el mismo libro se puede encontrar todo el texto en castellano e inglés.

ODH: El libro está dedicado a tu padre, Antonio. ¿Qué papel ha representado en tu vida personal y en tu orientación profesional?

FMG: Mi padre no tenía nada que ver con la profesión médica o dental, pero nos dejó hace 3 años y siempre fue una persona ejemplar. Ha sido y es un modelo para todos. Siempre discreto, humilde, con un sentido del humor muy personal y sacrificado por el futuro de sus hijos. Todo giraba en torno al futuro

“*El dichoso I+D no es más que aplicar un poco de tiempo al día a preguntarse cómo mejorar lo que se hace y ponerlo al servicio de la sociedad.*”

de su familia. En fin, un tipo honesto y decente, de lo que es difícil encontrar. Es curioso cómo su figura, a pesar de pasar el tiempo de su desaparición, se proyecta cada vez más sobre todos nosotros.

ODH: Esta obra desvela una gran pasión por el arte e interés por conocer las motivaciones del artista al realizar su trabajo. ¿Cómo surgió en tu vida esa “atracción” por el arte y, en concreto, por la pintura?

FMG: Bueno, es una cuestión de necesidad. Siempre he viajado mucho, por temas profesionales o personales, y tanto a mi esposa, Pilar, como a mí la primera visita de la ciudad correspondiente la dedicábamos y la dedicamos a cualquier museo de Arte, con pinturas o sin ellas, hasta que llegó un momento en que, aparte de leer y estudiar, me planteé la posibilidad de hacer Historia del Arte por la UNED, y en esas estamos.

ODH: En tu vida profesional has desarrollado una extensa labor científica, que incluye la publicación de varios libros, como el Tratado de la patología quirúrgica de la ATM o Las Pinturas de Goya y las Deformidades Dentofaciales, además de diversos artículos científicos. ¿Qué representa la ciencia en tu vida?

FMG: Yo creo que el concepto de la profesión médica siempre debería llevar un porcentaje científico va-

riable según cada persona. Indudablemente, el día a día en el desarrollo de la profesión debe ser la parte más importante, pero se pueden sacar conclusiones de cuáles son los resultados de tu quehacer profesional o iniciar de alguna manera un camino paralelo donde la actividad tuya y de tus colegas pueda facilitarse a través de determinado tipo de adelantos o protocolos.

El dichoso I+D no es más que aplicar un poquito de tiempo al día a preguntarse cómo puedo mejorar lo que estoy haciendo hoy y ponerlo al servicio de la sociedad.

ODH: ¿Siempre tuviste claro que querías convertirte en cirujano maxilofacial o surgió sobre la marcha, tras finalizar tus estudios de Medicina?

FMG: Fue todo un cúmulo de coincidencias. En primer lugar, obtuve una puntuación suficiente para escoger cualquier tipo de especialidad. Y como el MIR lo preparé durante el servicio militar me influyeron mucho dos anécdotas.

La primera es que estaba en el servicio de la UCI del Hospital Militar de Ceuta y veía frecuentemente traumatismos faciales. Pero lo que ya me decidió a hacerme cirujano maxilofacial es que tuve un problema con un cordal y, después de una exodoncia tortuosa y terrorífica, estuve 15 días ingresado en el mismo hospital debido a una osteomielitis. Todo ello fue lo que me despertó el interés por esta especialidad, que es la cirugía maxilofacial.



“
Es decepcionante que, tanto la sociedad como el mundo sanitario confundan cirugía maxilofacial con cirugía estética facial.
 ”

ODH: *¿Si tuvieras la oportunidad de elegir otro camino profesional por cuál te decantarías?*

FMG: Te voy a dar dos ideas que siempre me han encantado. Por un lado las ingenierías me apasionan. Eso de hacer cualquier cosa desde la nada y orientado a alguna necesidad humana me parece prodigioso. Y el otro camino profesional que siempre me ha encantado es el arte y, en concreto, el de la música.

ODH: *¿De qué forma se convierte la cirugía maxilofacial en una vía que mejora la calidad de vida de las personas a nivel físico y emocional?*

FMG: Es a veces decepcionante la idea que tiene la sociedad, o incluso el mundo sanitario, de la cirugía maxilofacial. No tienen muy claro si nos dedicamos al mundo dental o al mundo de la cirugía estética facial. Y lo que es espectacular es la riqueza de patologías que tratamos, que van desde la oncología de cabeza y cuello hasta la traumatología facial, pasando por la cirugía oral o patología de glándulas salivares, sin olvidar la cirugía ortognática con su componente funcional y estético. Es curioso cómo los estudiantes de medicina pasan por nuestro servicio con una idea y semanas después marchan absolutamente maravillados por la riqueza de patologías

que pueden tratarse en un servicio de cirugía maxilofacial.

ODH: *¿Qué porcentaje de pacientes acuden a la cirugía maxilofacial por razones estéticas?*

FMG: Es un porcentaje importante. En algunos casos el paciente es claro, por ejemplo cuando va buscando algún tipo de técnica como por ejemplo rinoplastia, blefaroplastia o mentoplastia. Y, en otras ocasiones, el paciente no lo reconoce claramente pero busca en la cirugía ortognática un perfecto aliado para mejorar su problema estético.

ODH: *Hace un par de años recibiste el Premio Nacional de Investigación en Dolor Orofacial, ¿qué ha significado para ti esta distinción?*

FMG: Pues mira, nunca había pensado en obtenerlo pero de alguna manera compensó las horas que le he dedicado a este tema, tanto desde el punto de vista clínico como científico. Me hizo una ilusión tremenda y es uno de los puntos de los que me siento más orgulloso en mi currículum.

ODH: *¿Tienes alguna investigación o proyecto en curso en el área del Dolor Orofacial?*

FMG: Recientemente acabé la primera obra para formato iPad, que

se publicó en el campo de la Cirugía Maxilofacial (*Surgical Treatment of the Temporomandibular Joint Pathology*, alojado en iTunes Store). Por otro lado, terminamos recientemente un proyecto que fue el Simulador Facial. Se trata de un simulador, no hay descrito ninguno, muy útil en el aprendizaje y entrenamiento de técnicas endoscópicas. Pero seguimos desarrollando investigaciones, sobre todo en relación a la cirugía mínimamente invasiva de la articulación temporomandibular, ahora orientado al 3D.

ODH: *¿Tienes algún hobby o afición, además de la ya mencionada pasión por el arte?*

FMG: Tengo muchos pero, sin duda, el primero es estar con mi familia. Me encanta disfrutar de la compañía de mi mujer y reunirme con mis hijos, Alberto y Gonzalo, los cuales están apartados de nosotros por estar estudiando fuera. Ya he mencionado mi afición a viajar. Me encanta hacer deporte y, en concreto, estoy enganchado al mundo del *running* (suelo hacer seis medias maratones por año en distintas ciudades del mundo), me encanta la cultura de la cocina y del vino y, por supuesto, me encanta leer. Soy un lector enfermizo de la novela histórica y no descarto algún día explorar ese campo.



Aunque Dios no me ha dotado con un oído decente, soy ferviente aficionado a la ópera, y estoy con mis clases de saxofón desde hace siete años.

ODH: *¿Cómo ves el futuro de la odontología y, en concreto, de la cirugía maxilofacial en nuestro país?*

FMG: Yo veo que todo se va aclarando poco a poco. El hecho de no haber una limitación de estudiantes de odontología sólo ha tenido desde mi punto de vista efectos ne-

gativos. Y lo digo porque tengo un hijo odontólogo. Pero creo que ya la sociedad española vuelve a valorar la calidad y la antepone por encima del precio y de la publicidad engañosa.

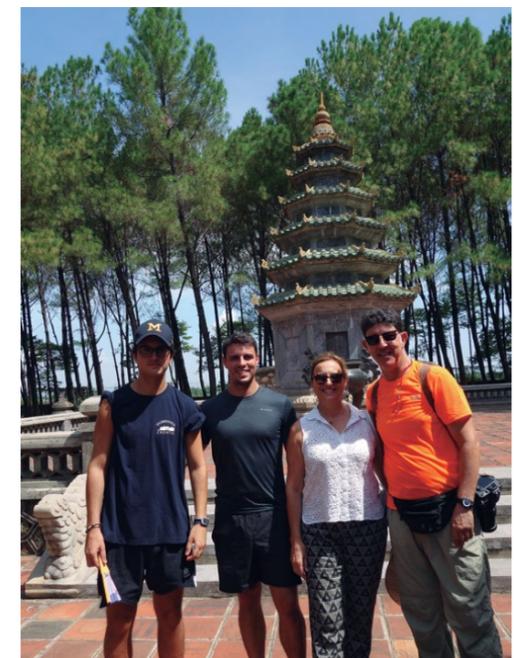
En cuanto a la cirugía maxilofacial, es una especialidad ampliamente implantada en la sanidad pública española, y con una serie de escuelas muy afianzadas. En los últimos años, el prestigio internacional de varios compañeros ha sido muy positivo para el conocimiento de esta especialidad.

ODH: *De todos los cuadros analizados en tu libro, ¿cuál te ha fascinado más? Y, si pudieras escoger uno para colgar en tu despacho, ¿cuál cogerías?*

FMG: Es un secreto a voces, ya que me lo han preguntado varias veces. *El descendimiento*, de Rogier Van der Weyden (Museo del Prado) me tiene absolutamente atrapado. Las lágrimas, la textura de la piel, los colores, los pliegues, la composición. Es una barbaridad de obra de arte •



Florencio Monje, apasionado del *running*.



En uno de los viajes con su familia.

JOSÉ ARTURO FERNÁNDEZ PEDRERO

“El perfil profesional que surge de las especialidades es indispensable”



José Arturo Fernández Pedrero acaba de ser reelegido Director de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México para el período 2014-2018. Con amplia experiencia como docente, además de como gestor, Fernández Pedrero tiene una visión general de la situación de la profesión en su país, México, donde poco a poco se avanza en nuevos programas de formación y en servicios a comunidades con alto grado de marginación. Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la UNAM; cursó la maestría en Odontología (prótesis bucal) y el doctorado en Ciencias Odontológicas (oclusión) en la misma entidad. Asimismo, el Doctor Fernández Pedrero es un experimentado organizador de congresos nacionales e internacionales y ha publicado numerosos artículos científicos en prestigiosas publicaciones.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted ocupa la Dirección de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México desde el año 2010. ¿Cuáles son los principales proyectos que están desarrollando. ¿De cuáles se siente más orgulloso y satisfecho?*

José Arturo Fernández Pedrero: Efectivamente tengo la satisfacción de haber sido re-elegido para un segundo periodo como Director de la Facultad de Odontología UNAM 2014/2018, y las tareas que nos hemos propuesto son: creación de un nuevo plan de estudios por competencias, y que al

día de hoy es vigente, fortalecimiento de la planta académica con la participación de jóvenes académicos, actualización del plan único de especialidades odontológicas UNAM (a día de hoy contamos con once especialidades y una alta especialidad), la consolidación del programa de Maestría y Doctorado de carácter Internacional, seguir impulsando la educación continua permanente con Congresos, Diplomados, Cursos de Actualización, Programas Semipresenciales etc., así como también continuar trabajando con el servicio social para comunidades marginadas realizando 52 brigadas

anuales con alumnos y académicos de licenciatura y posgrado.

ODH: *En febrero de este año fue usted elegido Presidente de la FMFEO (Federación de Escuelas y Facultades de Odontología de México) y es también Presidente de la FIEFO (Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología). ¿Qué proyectos tiene para tan importantes instituciones?*

JAFP: Considero que la apertura y disposición de colaborar en el fortalecimiento de la academia es una obligación, el poder conocer y entablar lazos de comunicación



y establecer estrategias de movilidad estudiantil y académica, lograr residencias cortas en los postgrados, compartir experiencias en el quehacer académico cotidiano, el poder entablar programas con escudos compartidos, son algunos de los aspectos que consideramos en las asambleas que se llevan a efecto.

ODH: *¿Cree que tenemos en este momento un exceso de facultades de odontología, en México y España en particular y en nuestro entorno Iberoamericano?*

JAFP: Sí, así lo considero en México, las instancias de Gobierno en el rubro de la Educación no cumplen con su cometido, ya que muchas escuelas no cuentan con los requisitos mínimos de regulación académica ni sanitaria, por consecuencia los egresados no cuentan con las capacidades suficientes para un mercado laboral tan competido.

ODH: *¿Cómo valora el nivel académico y profesional de los odontólogos de su país?*

JAFP: Me gustaría responder pensando en dos Méxicos, el primero de ellos es el que representa a los

profesionistas egresados de Escuelas, Facultades Universidades certificadas, un 60% de alta competencia, con estudios especializados.

El segundo porcentaje restante, debe de orientar sus actividades hacia el fortalecimiento académico, infraestructura, equipamiento y actualización.

ODH: *Usted es un gran impulsor de iniciativas que completen la formación de los estudiantes a través de seminarios, congresos, cursos de post-grad. ¿Cuáles han sido las actividades que ha impulsado en este sentido desde su cargo en la Universidad?*

JAFP: El poder lograr convencer al sector empresarial de que juntos funcionamos mejor, me ha permitido becar anualmente a más de 12.000 participantes a congresos, cursos, diplomados y creo que éste es el punto a destacar, por ejemplo en nuestra Facultad participan activamente 42 empresas que apoyan por medio de Fundación UNAM con donativos que convertimos en becas.

ODH: *En España hay en este momento un movimiento profesional en defensa de la instauración de especialidades en odontología, ¿cuál es su opinión a este respecto?*

JAFP: En nuestra Universidad desde hace más de 40 años existen programas de especialidades en Odontología, al día de hoy contamos con 12 y, como ejemplo, el Área Médica cuenta con más de 78 especialidades. Es un perfil profesional necesario, indispensable en un mundo revolucionado por la tecnología donde tenemos que contar con profesionales cada vez

más informados y con capacidades clínicas de excelencia.

ODH: *También es fiel impulsor de formación continua para el profesorado. ¿Cuál es el plan de trabajo que usted ha planteado en este sentido?*

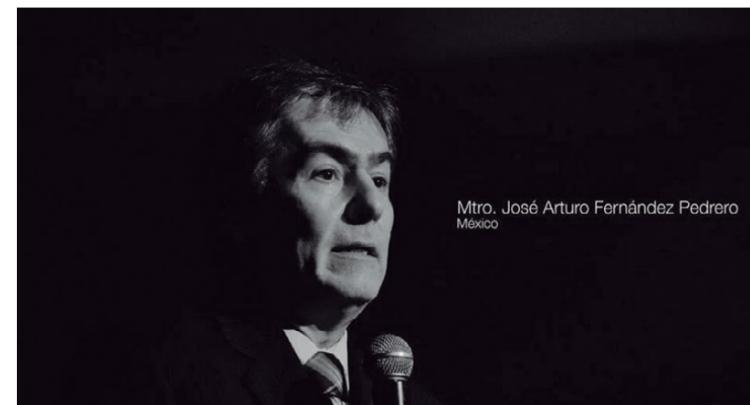
JAFP: La estrategia es actualmente el contar con cursos desde 20 horas de duración en adelante para académicos, en periodos interanuales o en programas sabatinos. Existe una gran diversidad de temas, desde desarrollo de plataforma moodle, hasta la creación de reactivos, solo por citar un ejemplo.

ODH: *Por otro lado, uno de sus proyectos en la Dirección de la Facultad de Odontología ha sido la participación en la creación de un Plan Nacional de Salud Bucal y la ampliación de servicios a las comunidades marginales. ¿Ha logrado sus objetivos?*

JAFP: Participamos en reuniones del sector salud de nuestro país para compartir experiencias y poder conformar un plan nacional efectivo de salud bucal, esperamos a mediano plazo poder implementarlo.

ODH: *¿Puede ofrecernos una valoración del nivel de la odontología en nuestro país, España?*

JAFP: Afortunadamente con las Universidades de España que tenemos convenios la experiencia es muy buena, no podría hablar de la odontología de todo el país, pero siéntanse orgullosos, porque tengo el gusto de conocer varios Directores, Profesores y alumnos de alta calidad •



Mtro. José Arturo Fernández Pedrero
México



JOSÉ LUIS SAMBEAT

“Los trastornos alimenticios tienen un trasfondo mental mucho más importante que el endocrino o metabólico”



José Luis Sambeat Vicien es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, Experto universitario en Diagnóstico y tratamiento de la obesidad por la UNED y Experto universitario en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca. Desde el año 1989 ha tratado a más de 9.000 pacientes en temas de nutrición y sobrepeso. Se ha dedicado a este campo de la medicina porque desde siempre se ha considerado un comedor compulsivo, y ha querido investigar todas las posibilidades para afrontar su propio problema.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Tras licenciarse en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza decidió especializarse en temas de nutrición y sobrepeso. ¿Por qué eligió dedicar su actividad profesional a estas disciplinas?*

José Luis Sambeat: Realmente fueron las circunstancias personales las que me fueron llevando a ello. Cuando abrí mi consulta, ésta estaba orientada hacia la medicina General, pero el hecho de convertirme en emprendedor me sometió a una ansiedad que derivó en un aumento de mis ingestas. Siempre he sido un comedor compulsivo que he calmado mis

momentos de intranquilidad comiendo. En aquellos años, el uso de la comida como un ansiolítico me provocó un aumento importante en el peso. Aquello trajo como consecuencia que me dedicase a estudiar más profundamente el metabolismo, para intentar encontrar una solución a mi, por aquel entonces, acuciante problema de sobrepeso. En la carrera de medicina, durante los seis años que duran los estudios generales, recibimos muy poca información sobre nutrición y alimentación. Básicamente ésta se limita a mostrarnos que para perder peso tiene que haber un balance negativo entre las calorías que se ingieren

y las calorías que se queman. En la mayor parte de los casos esto se traduce en tener que pasar ham-

“
Hemos ido
progresivamente
abandonando la
alimentación tradicional
y sana por
la prefabricada.”

bre. Yo, como comedor compulsivo, me veía incapaz de solucio-



nar mi problema con las teorías clásicas, por lo que decidí buscar alguna alternativa menos “dura” para perder los kilos que había incorporado a mi cuerpo. Fue esta circunstancia la que me hizo dedicarme de lleno al estudio del metabolismo y la nutrición.

ODH: *¿Cuál es la raíz del sobrepeso y la obesidad?*

JLS: Evidentemente el problema, mejor dicho el origen del problema, está en un mal balance energético dentro del organismo. Si consideramos al cuerpo humano como un sistema únicamente metabólico, la raíz del problema es clara: comemos más calorías de las que quemamos. Pero quizás el principal error de la medicina, por lo menos hasta ahora, es que ha considerado, en este aspecto, al ser humano como una máquina energética; desdeñando la vertiente emocional. En una gran parte de los casos el trasfondo mental es mucho más importante que el trasfondo endocrino o metabólico. Si a eso le unimos el progresivo deterioro en los hábitos y costumbres de alimentación que en estas últimas generaciones estamos adquiriendo tendremos como resultado un desgraciado aumento de sobrepeso y de la obesidad.

ODH: *¿Cómo valora los hábitos alimenticios de los españoles?*

JLS: Yo tengo ahora 55 años. En mi infancia mis meriendas habituales eran bocadillos de queso, de chorizo, de jamón, y alguna vez de chocolate. Si me quedaba

con hambre comía alguna pieza de fruta. Hoy en día es rara la madre que cuando acude a la consulta y le pregunto qué le da de merendar a sus hijos me responde con alguno de esos alimentos. Lo general es que les den bollería industrial o galletas. Cuando no algunas golosinas o chucherías. Por otro lado, el aumento del nivel de vida en todos estos años en la sociedad española, junto con la menor disponibilidad de tiempo de los padres y de las madres para dedicarse a planificar y preparar las comidas, ha traído como consecuencia, en la alimentación, el acceso a comidas más caras, pero no por ello más sanas. Es raro que se sigan comiendo de forma habitual legumbres y verduras en las familias. Estos alimentos han sido relegados por la pasta y las comidas pre-cocinadas, mucho más cómodas y rápidas. Hemos ido progresivamente abandonando la alimentación tradicional y sana, por otra más prefabricada y generalmente más insana.

ODH: *¿Es la famosa “dieta mediterránea” tan equilibrada como pretenden en todos los medios?*

JLS: Cuando me hablan de la dieta mediterránea me rebelo. Francia es un país mediterráneo y cocina con grasas animales como la manteca, Italia es un país mediterráneo y su alimentación está sobresaturada de hidratos de carbono de absorción rápida como son la pasta y las pizzas. La dieta española, rica en aceite de oliva y pescados no tiene que ver nada con la de estos países ribereños de

la cuenca mediterránea. Por eso, yo reivindico llamar a nuestra alimentación “Dieta española”, que es mucho más sana y natural que la de cualquiera de estos países mencionados. Hay que recordar también que los países del norte de África están bañados por este mar y en ellos, por cuestiones religiosas, no se utiliza el cerdo y sí el cordero que es una carne con grasas diferentes. Hablemos pues mejor de la “Dieta española”. Vamos a propagar al mundo realmente las

“
La alimentación entre los países de la cuenca mediterránea es diferente. Por eso deberíamos llamar a nuestra alimentación “Dieta española”, que es mucho más sana que la de estos países.”

bondades y beneficios de nuestros productos y de la forma de elaborarlos. Y ya, aclarado esto, tengo que manifestar que efectivamente sí, la dieta española tradicional, es una dieta muy equilibrada, muy saludable y muy adecuada. Pero también, desgraciadamente, he de decir que está en claro retroceso.

ODH: *¿Cree que los desajustes alimenticios están vinculados con problemas psicológicos? ¿Cómo deben tratarse?*

JLS: En la mayoría de los casos, sí. Aunque sean problemas psicológicos muy leves como el estrés de la vida diaria o la ansiedad del trabajo, la mente es un gran inductor de nuestra alimentación. Al margen de los tan conocidos y publicita-

dos casos de bulimia y anorexia, que serían los problemas psicológicos llevados a su máxima expresión, nos encontramos en el día a día situaciones que acaban condicionando un comportamiento alimenticio incorrecto. Utilizamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución. Muchos de los malos hábitos de alimentación ocurren por la noche, o por la tarde cuando llegamos a casa después de una jornada de estrés y de duro trabajo. Necesitamos darnos una satisfacción que compense todos los sinsabores del día que hemos vivido, y qué mejor recompensa que una comida que nos gratifique en el paladar. Es el momento en el que nos dirigimos a la nevera y elegimos los productos generalmente menos adecuados para una buena alimentación. Una cervecita, un bocadillo de queso, una rajas de chorizo, una tableta de chocolate... Todos estos alimentos nos hacen sentir mejor desde el punto de vista emocional, calman nuestra ansiedad, nos recompensan, nos hacen olvidar, aunque solo sea por un instante, lo duro de la jornada. La forma en que deberíamos tratar estas crisis de ansiedad, o estos malos hábitos, es ahondando en las causas que las han generado y buscando alternativas, psicológicas, mentales o emocionales, que nos ayuden a derivar ese deseo de gratificación a otras vertientes o actividades que nos alejen de la comida. El *Coaching* nutricional es una técnica altamente indicada para la corrección de estas situaciones.

ODH: Además de nutricionista es Experto en Coaching personal ejecutivo por la Universidad de Salamanca, ¿de qué manera vincula su actividad como nutricionista con la de Coach?

JLS: La relación entre ambas vertientes, la metabólica y la mental es vital para mí. Durante mucho tiempo estuve tratando a mis pacientes de sobrepeso solo con dietas. Conseguí desarrollar un sistema realmente cómodo. Es fácil de seguir porque en ellas se puede comer toda la cantidad que se quiera de la comida que indicamos

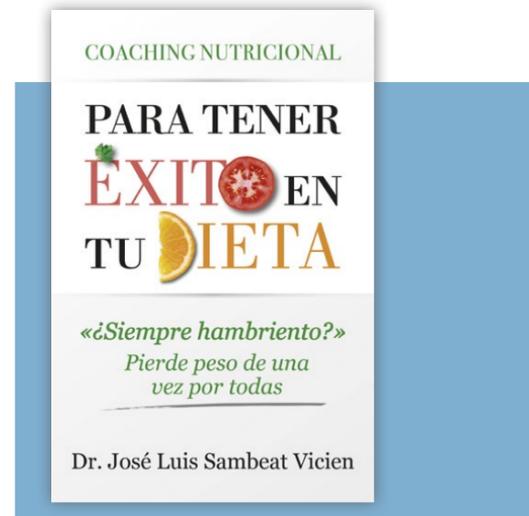
en ella, con lo que huimos de pasar hambre. También se puede cocinar como se quiera –menos rebozado–, intentamos evitar de esta forma el aburrimiento y la monotonía de comer siempre a la plancha. Pero a pesar de ser un método muy, muy asequible y muy fácil de llevar, muchos pacientes no eran capaces de concluirlo al cien por cien. A mi método le faltaba algo, y ese algo no era otra cosa que brindar un recurso mental y de motivación que ayudase a vencer los impedimentos psicológicos que a mis pacientes le bloqueaba. Tenía que encontrar alguna técnica po-

“*En el día a día encontramos situaciones que condicionan un mal comportamiento alimenticio. Usamos los alimentos como un ansiolítico de fácil consecución.*”

tente que terminase de dar redondez a mi sistema. Y es ahí cuando descubrí el *Coaching*. La verdad es que fue toda una revelación, y tras realizar el posgrado universitario en esta disciplina, la estoy incorporando con gran éxito y con unos resultados, que yo a veces califico de mágicos, en mis programas de pérdida de peso.

ODH: Lleva más de 20 años al frente de la Clínica San Pablo, donde a través de su método de nutrición consiguen mejorías en pacientes con patologías médicas previas. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que presentan esos pacientes?

JLS: Al margen de los problemas de sobrepeso, las principales patologías que encontramos en los pacientes que acuden a nuestra clínica son las de tipo metabólico, como hipercolesterolemias, diabetes e hiperuricemias. En segundo



lugar, es muy acusado el índice de hipertensión arterial que vemos; además en este caso es tremendamente gratificante objetivar cómo los niveles de tensión arterial disminuyen significativamente una vez que se ha conseguido una importante pérdida de peso. Y, por último, también aparecen muchos problemas del aparato digestivo: hernias de hiato, reflujo gastroesofágico, meteorismo y flatulencia, y alteraciones en los hábitos intestinales, sobre todo el estreñimiento.

ODH: ¿Cuáles son las bases del Método San Pablo de Nutrición?

JLS: El método San Pablo de nutrición descansa sobre tres pilares fundamentales e innegociables: El primero es el de que todas las dietas que pongamos tienen que ser nutricionalmente equilibradas y sanas. Debemos comer todo tipo de alimentos. El cuerpo necesita todos los nutrientes para poder desarrollar una actividad vital y orgánica sana. Huimos de las dietas que privan de comer frutas, o lácteos, o carne, o verduras, o pescados, o pastas... Durante nuestro método nuestros pacientes comerán en sus momentos adecuados todos estos alimentos.

El segundo es el que ya he comentado antes, que podamos comer toda la cantidad que queramos de los alimentos que están marcados en la dieta; que no tengamos que pesar y medir lo que vamos a ingerir. Esto significa que si, por ejemplo, pone verdura podamos comer toda la que queramos; los días que nos toque pasta ingeriremos la ne-

cesaria para quedarnos satisfechos; de la misma forma que la carne, el pescado, la fruta, etc.

Y la tercera es que una vez concluido el periodo de adelgazamiento, el paciente pueda volver a comer todo tipo de alimentos, como cerveza, chocolate, pan, pizzas, dulces; y además que se lleve de nuestra clínica las enseñanzas de cómo tiene que hacerlo para que no recupere el peso que ha perdido. Básicamente nuestro mantenimiento no es nada más –y nada menos– que una reeducación alimentaria con la que brindamos a nuestros clientes los recursos para que ellos mismos sepan ya cómo organizar y controlar su metabolismo según las circunstancias de su vida.

Cuando un paciente se pone a dieta, o cuando una clínica de adelgazamiento se publicita como método de pérdida de peso, en la mayoría de las ocasiones su preocupación fundamental es ésa, perder peso; pero uno no debe ponerse a dieta para perder los kilos; debe ponerse a dieta para perder-

los, pero sobre todo para no volver a recuperarlos.

ODH: ¿Tratan casos de obesidad infantil? ¿Qué tipo de tratamientos prescriben para los niños?

JLS: Sí, tratamos a niños desde los siete años. Las dietas que ponemos a los niños son básicamente las mismas que a los mayores. Hay que recordar que nuestras dietas son completamente equilibradas. En cualquier caso siempre hacemos más hincapié en que coman más elementos que aporten nutrientes estructurales como calcio y proteínas.

ODH: Publica un nuevo libro titulado "Coaching Nutricional Para tener éxito en tu dieta", ¿qué valor añadido aporta este nuevo título a un tema de tanta actualidad como es el de la alimentación?

JLS: En este libro he querido plasmar toda mi experiencia de más de 25 años en el campo de la nu-

trición, primero como sufridor del problema y comedor compulsivo que soy, y segundo como médico que ha tratado a más de 9.000 pacientes con problemas de obesidad. Éste no es un libro de dietas; no incluyo pautas de alimentación, es más bien un libro de ejercicios; no de ejercicios físicos. Cuando comento a mis pacientes que he escrito un libro de ejercicios para adelgazar, todos se echan un poco hacia atrás y muchos me dicen que no les gusta el deporte. ¡Ojo!, no es un libro de ejercicios físicos, es un libro de ejercicios mentales, de motivación. Sirve para realizar con él cualquier dieta, porque realmente lo que hace es forzarte a tener éxito en ella, elijas la que elijas. Está estructurado en dos partes, una primera introductoria en la que te hace ser consciente de cuál es y cuál ha sido tu situación hasta ahora en tu determinación de perder peso. Y una segunda en la que a través de unas dinámicas específicas te guía y te obliga a que consigas tu objetivo •

Suscríbese
a nuestra publicación
entrando en la web
www.higienistasdehoy.com
HIGIENISTAS
de hoy

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA.

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

M^o JOSÉ SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

DOCTORA EN ODONTOLOGÍA. PROFESORA DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

ODONTÓLOGO. COLABORADOR DEL MÁSTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA (MADRID).

JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGÍA. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM.

Caso clínico:

Diferencias terapéuticas para rehabilitar maxilar y mandíbula en paciente edéntulo

INTRODUCCIÓN

La implantología oral ha revolucionado la práctica clínica odontológica habitual al incorporar diferentes técnicas predecibles para la rehabilitación oral de los pacientes que por diferentes causas han perdido sus dientes naturales ⁽¹⁾.

Tradicionalmente, el éxito de los implantes ha sido evaluado en base a la osteointegración, funcionalidad y ausencia de infección. Sin embargo, en la actualidad, además de la obtención de unos óptimos resultados estéticos, se busca en la medida de lo posible la disminución del tiempo transcurrido desde la extracción dentaria hasta su rehabilitación protésica.

La evolución de la implantología mediante la investigación experimental y clínica ha hecho posible el desarrollo de técnicas quirúrgicas y protodóncicas que han mejorado las expectativas de éxito entre los pacientes ⁽²⁾. En este sentido, se ha incorporado como técnica quirúrgica la inserción de implantes de forma inmediata tras la extracción dentaria, lo que permite disminuir el tiempo de tratamiento además de preservar las estructuras alveolares ⁽³⁾.

Por otro lado, el desarrollo de los implantes con un diseño que favorece su inserción y su conexión con los pi-

lares mejorando los resultados protodóncicos, además del tratamiento de nuevas superficies que sugieren una mayor y más rápida unión del hueso alveolar al implante, ha favorecido el desarrollo de protocolos de carga inmediata ⁽⁴⁻⁷⁾.

Sin embargo, mientras que a nivel mandibular existen numerosas evidencias científicas que sugieren unos elevados índices de supervivencia, a nivel maxilar los resultados son menores, por lo que se cuestiona su realización de manera rutinaria ^(8,9).

El objetivo de este trabajo es describir las diferencias y similitudes terapéuticas a la hora de rehabilitar el maxilar y la mandíbula, en los que se van a realizar la extracción de todos los dientes, desde un punto de vista quirúrgico y protodóncico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años que acudió a nuestro Servicio por presentar movilidad dentaria generalizada. Entre sus antecedentes médicos, refería estar bajo tratamiento para la hipertensión arterial (Enalapril, Atenolol), e hipercolesterinemia (Sinvastatina), así como alergia a los β-lactámicos. Entre sus hábitos destacaba ser fumadora de 20 cigarrillos diarios.

En la exploración clínica se observó presencia de diastemas, retracción gingival y movilidad en dientes superiores 13, 12, 11, 21, 22 y dientes inferiores 44, 45, 33, 34, 35, restos radiculares en 36 y 37 (Figuras 1 y 2).

Se solicitó un estudio radiográfico mediante TAC para evaluar la morfología ósea a nivel maxilar y mandibular, que confirmó la pérdida ósea generalizada (Figuras 3, 4, 5 y 6).

Ante estos hallazgos, se planteó a la paciente como alternativa de tratamiento la colocación de 6 implantes postextracción y una prótesis inmediata removible provisional a nivel maxilar, y la colocación de una posterior sobredentadura a los 3 meses. Así mismo, 4 implantes postextracción y una sobredentadura con carga inmediata a nivel mandibular.

Una vez firmado el consentimiento, se procedió a la toma de impresiones para disponer de la prótesis inmediata provisional a nivel maxilar, mientras que para la confección de la prótesis inmediata definitiva a nivel mandibular se tomaron impresiones para el diseño de las planchas base y el rodillo de cera. Posteriormente, se hicieron los registros y montaje de dientes para control de la oclusión y altura protética.



Figura 1. Aspecto clínico extrabucal de la paciente.



Figura 2. Aspecto clínico intrabucal de la paciente.



Figura 3. Corte panorámico maxilar del TAC.



Figura 4. Corte panorámico mandibular del TAC.

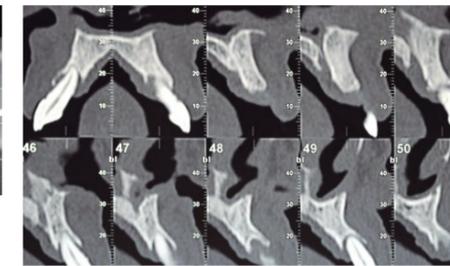


Figura 5. Cortes ortorradales del maxilar.

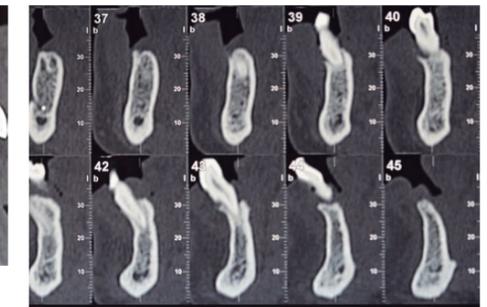


Figura 6. Cortes ortorradales de la mandíbula.

Realizados los pasos anteriores, se realizó el tratamiento quirúrgico que consistió en la extracción dentaria que se realizó de forma atraumática; posteriormente se colocaron 6 implantes superiores (Normoimplant HI[®], 4,25 de diámetro y 13 mm de longitud), y 4 implantes inferiores (Normoimplant HI[®], 4,25 de diámetro y 13 mm de longitud), siguiendo la secuencia de fresado propia del sistema. Todos ellos se colocaron 3-5 mm sobrepasando la base del alveolo postextracción.

Una vez colocados, se inició un protocolo diferente a nivel maxilar y mandibular.

A nivel maxilar, tras la sutura de la incisión, se colocó la prótesis inmediata y se comprobó la oclusión. Se le indicó a la paciente que la debía usar durante 24 horas para que la cicatrización ocurra de acuerdo a la forma de la base de la prótesis y se informó con minuciosidad de su mantenimiento.

A nivel mandibular, una vez colocados los implantes se retiraron los transportadores de los mismos y se procedió a la toma de impresión con silicona pesada y fluida. Tras la retirada de los pilares de impresión se colocaron las cabezas de cicatrización para que no se colapsasen los tejidos blandos.

Finalmente, se le prescribió tratamiento farmacológico consistente en Clindamicina 300 mg (v.o / 8 horas) durante siete días, Ibuprofeno 600 mg (v.o / 8 horas) durante cuatro días y Metamizol magnésico como analgésico de rescate.

Al día siguiente el laboratorio Prótesis S.A. envió la barra de metal precioso y se procedió a su inserción verificándose radiográficamente el ajuste de la misma. A las 48 horas se colocó la prótesis terminada, y se le dieron instrucciones para la higiene de la prótesis y se le aconsejó que fuera incrementando la consistencia de los alimentos.

Se llevaron a cabo controles clínicos periódicos durante 3 meses, momento en el cual se realizó una radiografía de control. En ella se observó la óptima integración de los implantes a nivel maxilar y la ausencia de pérdida ósea alrededor de los implantes inferiores sometidos a carga inmediata (Figura 7).

En este momento se inició la confección de la sobredentadura superior definitiva. Primeramente, se realizó la cirugía de 2^a fase, en la que se comprobó el correcto nivel óseo de los implantes, procediéndose a la colocación de las cabezas de cicatrización (Figura 8).

A los 15 días se colocaron los transfers de impresión (Figura 9), y se tomó la impresión con silicona pesada y fluida (Figura 10), a la vez que se sobreimpresionó en alginato la prótesis superior. A los 7 días el laboratorio envió la barra de metal precioso verificándose radiográfica y clínicamente, el ajuste de la misma (Figura 11). A la semana se colocó la prótesis definitiva y se verificó su oclusión (Figura 12).

Finalmente, se le recordaron las normas de mantenimiento de ambas prótesis, así como el seguimiento clínico durante el primer año con visitas cada 3 meses y un primer control radiográfico a los nueve meses en el que se observa una adecuada respuesta de los tejidos blandos y del soporte óseo (Figuras 13 y 14).

DISCUSIÓN

En la actualidad, los implantes postextracción y la carga inmediata son alternativas terapéuticas en auge, puesto que permiten mejorar la situación del paciente evitando los inconvenientes, la incomodidad y los problemas psicológicos relacionados con el tiempo de espera del tratamiento implantológico clásico ⁽¹⁰⁾. Sin embargo es crítico para el éxito del tratamiento un correcto diagnóstico, planificación y la realiza-



Figura 7. Radiografía panorámica a los 3 meses.

Figura 8. Cirugía de segunda fase en maxilar.

Figura 9. Colocación de transfers de impresión.

ción de un estricto protocolo quirúrgico y protésico. Los implantes inmediatos son aquellos que se insertan en el mismo acto quirúrgico en el cual se extrae el diente a sustituir. Su porcentaje de éxito varía según diferentes autores, entre un 92,7% (11) y 98% (12). Entre sus ventajas se encuentran disminuir la reabsorción ósea del alveolo postextracción, el acortar el tiempo de tratamiento rehabilitador y evitar una segunda cirugía de implantación (2). Los requisitos quirúrgicos incluyen una exodoncia con el menor trauma posible, respetar las paredes alveolares y un curetaje alveolar minucioso, siendo la estabilidad primaria un requisito fundamental.

La carga inmediata a nivel mandibular debido a sus características óseas presenta unos elevados índices de supervivencia, de manera que se realiza de forma protocolizada (8, 9). Sin embargo a nivel maxilar no hay evidencia científica para realizarla de manera habitual. Ello es debido a que generalmente el hueso maxilar es de menor densidad, además por las características anatómicas del maxilar (reabsorción labiopalatina) el alineamiento axial es asumible, pero, sin embargo, el paralelismo de los implantes es difícil (13-14). De tal manera que, actualmente, la técnica debe aplicarse sólo en aquellas situaciones muy favorables y desde un punto de vista oclusal se

recomienda una relación casi un implante por diente. Más riesgo supone la realización en una sola sesión clínica de las exodoncias, la inserción de los implantes y la carga inmediata (15). Por tanto, podemos concluir que la selección del paciente, un correcto diagnóstico y planificación, y la realización de una técnica quirúrgica y protodóncia minuciosa, es fundamental para que la colocación de implantes postextracción y la realización de un protocolo de carga inmediata sean predecibles, siendo el maxilar, debido a sus características morfológicas e histológicas, de mayor riesgo a la hora de realizar un protocolo de carga inmediata •



Figura 10. Registro de la impresión con silicona.

Figura 11. Barra superior terminada.

Figura 12. Tratamiento finalizado con ambas sobredentaduras.



Figura 13. Aspecto clínico a los 9 meses de la colocación de la prótesis.

Figura 14. Radiografía panorámica de control, a los 9 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Ortega E, Pato Mourelo J, Llorio Castro JM, Cruz Valiño JM, Poyato Ferrera M. El tratamiento con implantes postextracción. *Av Periodoncia* 2007; 19 (Suppl 1): 35-42
2. Peñarocha M, Uribe R, Balaguer J. Implantes inmediatos a la exodoncia. Situación actual. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2004; 9(3): 234-5
3. Lazzara RJ. Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. *Int J Periodontol Rest Dent* 1989; 9: 333-43
4. Sykaras N, Lacopino M, Marker VA, Triplett RG, Woody RD. Implant materials, designs, and surface topographies: their effect on osseointegration. A literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000; 15: 675-90.
5. Marinho VC, Celletti R, Bracchetti G, Petrone G Minkin C, Piatelli A. Sanblasted and acid-etched dental implants: a histologic study in rats. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 75-81.
6. Khang W, Feldman S, Hawley CE, Gunsolley J. A multicenter study comparing dual acid-etched and machines-sur-

7. Kim YH, Koak JY, Chang IT, Wennerberg A, Heo SJ. A histomorphometric analysis of the effects of various surface treatment methods on osseointegration. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 349-56.
8. Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthingtonh V. Different loading strategies of dental implants: a Cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials. *Eur J Oral Implantol.* 2008; 1(4): 259-76.
9. Martínez-González JM, Barona Dorado C, Cano Sánchez J, Fernández Cáliz F, Sánchez Turrión A. Evaluation of 80 implants subjected to immediate loading in edentulous mandibles after two years of follow-up. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11: E165-70
10. Gapski R, Wang HL, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. *Clin Oral Impl Res* 2003; 14: 515-27.
11. Grunder U, Polizzi G, Goene R, Hatoro R, Henry P, Jackson WJ et al. A

12. Tolman DE, Keller EF. Endosseous implant placement immediately following implant dental extraction and alveoplasty: Preliminary report within 6 year follow up. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1991; 6: 24-8
13. Barbier L, Scheper Z. Adaptive bone remodeling around oral implant under axial and non axial loading conditions in the dog mandible. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997;12 : 215-23
14. Barona-Dorado C, Martínez-Rodríguez N, Torres-Lear F, Martínez-González JM. Observational study of 67 wide platform implants treated with avantblast surface. Results at three year. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009 Apr 1;14(4):E183-7.
15. Jaffin RA, Kumar A, Berman CL. Immediate loading of dental implants in the completely edentulous maxilla: a clinica report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19:721-30.

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

AUTOR:
DR. MANUEL RIBERA URIBE
 PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA.
 UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE
 CATALUNYA



Caso clínico: Toma de decisiones en gerodontología

INTRODUCCIÓN

Acude a la consulta una paciente de 72 años sin antecedentes médicos familiares ni personales de trascendencia. Su intención es "arreglarse la boca pero sobre todo resolver la molestia del único molar que le queda en la arcada inferior". De hecho, esto último es lo único que le preocupa y, por razones económicas, lo único que puede permitirse solucionar en estos momentos.

La paciente nos aporta una ortopantomografía reciente que le han efectuado en la seguridad social. Allí le han propuesto la exodoncia de la pieza, pero la paciente quiere estar

segura de que no se puede salvar, puesto que en el futuro querría ponerse una prótesis esquelética y la han informado del interés de mantener la pieza como elemento de retención de la prótesis.

A la exploración inicial constatamos la presencia de placa, una cierta hiperplasia gingival y bolsas de 4-5 mm en algunas de las piezas. Fuera de su afectación periodontal, de la falta de un correcto cepillado, y de la ausencia de dientes, el resto de la boca no presenta alteraciones patológicas susceptibles de tratamiento.

En la anamnesis la paciente solo refiere un fácil sangrado de las encías



al cepillarse y las molestias referidas al molar 37 que describe como una molestia continua que se acentúa en el momento de la masticación.

¿Cuál sería el enfoque del caso?

Proponemos a la paciente el siguiente plan de tratamiento:

1. Solucionar el problema inicial del molar 37 que le genera el dolor.
2. Una vez resuelto, efectuar una evaluación periodontal y el tratamiento correspondiente que, obviamente, se iniciará en la fase higiénica con una profilaxis.
3. Una reevaluación posterior para decidir posibles exodoncias y tratamiento rehabilitador mediante implantes, prótesis, etc..

En odontología geriátrica, la fragmentación del plan de tratamiento de manera que se tenga en cuenta la necesidad inmediata del paciente, sus limitaciones económicas y en muchos casos psicológicas, permite una mayor adherencia al tratamiento y el establecimiento de un nivel

de relación y de confianza, especialmente necesario en los pacientes mayores.

Resolviendo el problema inicial

Como la paciente muestra interés en la conservación del molar, exploramos la pieza que está reconstruida y endodonciada aunque con una falta de condensación y unos conductos insuficientemente obturados. En principio no presenta ninguna lesión apical ni imagen radiolúcida.

Así pues, proponemos a la paciente la apertura de la cámara pulpar y, posteriormente, reconstruirla mediante una incrustación o una corona, en función del material dental remanente. Tras la eliminación de la reconstrucción, observamos una línea de fisura profunda que abarca el borde del esmalte y el suelo de la cámara pulpar.

De común acuerdo con la paciente, efectuamos la exodoncia de la pieza cuyo pronóstico nos parece infausto.



Durante la solución del problema inicial

Efectuamos la exodoncia de la pieza de la manera más traumática posible, legando el alveolo, utilizando surgicel y suturando. Mantenemos compresión con gasas empapadas en amchafibrin, porque la paciente

presenta un sangrado profuso que intentamos controlar cambiando las gasas y manteniendo más tiempo la compresión.

Sin embargo, la paciente sigue sangrando de manera llamativa a los 30 minutos sin que la hemorragia disminuya. Refiere ahora encontrarse algo mareada y al registrarle la tensión presenta una cifra de 10/6.

Aconsejamos a la paciente que acuda al servicio de urgencias, a donde la acompañamos.

En el servicio de urgencias

Constatan el ingreso de una mujer de 72 años sin antecedentes médicos familiares ni personales de trascendencia que, como consecuencia de una exodoncia dental, acude con una profusa hemorragia, mareos, taquicardia e hipotensión.

En urgencias instalan una vía con expansores y le efectúan una analítica que demuestra una leucocitosis con desviación a la izquierda (un aumento del número de leucocitos con aumento de neutrófilos inmaduros, formas blásticas) y una trombocitosis. Del mismo modo la paciente, al ser reinterrogada, explica una astenia y anorexia durante el último año, a la cual no da demasiada importancia. En la exploración general, se constata una esplenomegalia no dolorosa a la palpación. El mismo servicio de urgencias etiqueta el caso como una leucemia mieloide crónica que confirman con la analítica y una ecografía que define una esplenomegalia.

En la actuación odontológica

La leucemia mieloide crónica, más frecuente en personas mayores, es una patología mieloproliferativa que desde el punto de vista odontológico genera una facilidad de infecciones y de sangrado en los tratamientos, fruto de las

alteraciones hematológicas: anemia, leucocitosis y trombocitopenia progresiva. Del mismo modo, los pacientes pueden presentar dolores y lesiones destructivas óseas. En general, las manifestaciones orales son escasas más allá de la presencia de úlceras, hiperplasia parotídea, hemorragias gingivales y petequias en mucosas.

Descripción del tratamiento médico – hospitalario

A la paciente le prescriben Busulfán 2mg / 48 horas, le aconsejan un trasplante medular, pero sus familiares directos no son HLA compatibles así que continúa su tratamiento con busulfán. En el curso de la evolución le propondrán el uso de interferón, con el que conseguirá mejorar la leucocitosis. Añadirán hidroxiurea mientras efectúan el estudio del cromosoma Ph, que define un peor pronóstico. Por último, incorporarán el tratamiento con Glivec en tanto siguen buscando un donante compatible.

Siguiendo con el tratamiento odontológico

La paciente vuelve al odontólogo para proseguir el tratamiento una vez estabilizada su situación. Aporta un informe de su médico que refiere el diagnóstico, la situación estable pese a una hematología propia de la enfermedad y refiriendo que acaba de iniciar el tratamiento con Busulfán. Así pues, continuamos con el plan de tratamiento inicial e iniciamos la fase higiénica del tratamiento periodontal.

Prescribimos antibioticoterapia preventiva, enseñanza higiene oral, colutorio de clorhexidina previo al tratamiento, y la citamos para una sesión de profilaxis. La paciente refiere que siempre que se ha hecho una profilaxis presenta sensibilidad y molestias tras la sesión, con lo que

además de prescribir colutorio de clorhexidina después de la higiene, le aconsejamos que se tome un paracetamol cada 8 horas durante unos días, mientras le duren las molestias. Citamos a la paciente para evaluación periodontal en 15 días.

Nuevo episodio de ingreso hospitalario

En la siguiente cita, la paciente informa al dentista de que ha estado ingresada por empeoramiento del estado general y una neumonía. Cuando vino a vernos la vez anterior ya llevaba unos días resfriada.

Valoración del odontólogo

El odontólogo valora la mejora en el índice de placa y en la higiene oral, y decide iniciar la restauración mediante una prótesis removible.

Sin embargo, toma conciencia de que el reingreso y la neumonía de la paciente puede guardar relación con la prescripción y uso del paracetamol tras la profilaxis que efectuó. Ciertamente el uso de paracetamol antes (<72 horas) o al mismo tiempo que el Busulfán puede dar lugar a una disminución del aclaramiento de busulfán debido a la disminución de los niveles de glutatión.

Conclusión

En odontología geriátrica hay que prestar una especial atención a la presencia de signos relacionados con patologías sistémicas de relativa prevalencia, al mismo tiempo que valorar las consecuencias de la prescripción farmacológica.

Son frecuentes los pacientes ancianos que utilizan fármacos que como el Busulfán requieren una estrecha vigilancia sobre el hemograma debido a la supresión de la médula ósea que incluye neutropenia y trombocitopenia •

Caso clínico:

Carcinoma Oral de Células Escamosas

Paciente varón, 81 años.

Varón de 81 años que acudió a su odontólogo en enero de 2012 para realizar exodoncia de resto radicular de 3.4 y añadir dicho diente a la prótesis removible. En marzo de 2012 nos comenta que le "rozaba la prótesis y le había salido una llaga que le dolía en esa zona". A la exploración se observa una lesión ulcerada de 2 cm de diámetro, en reborde alveolar inferior que se extiende más allá de la prótesis y que está lejos de la zona de exodoncia realizada en enero. Es dolorosa a la palpación, con bordes irregulares y evertidos (Figs 1 y 2). No se palpan adenopatías. Se le recomienda no ponerse la prótesis, pero ante el aspecto clínico de la lesión y a los antecedentes médicos que nos refiere, ya que había sido tratado de un carcinoma epidermoide amigdalario en lado contralateral mediante RT

y QT (en 2004), se decide realizar una toma para biopsia del borde de la úlcera.

El estudio histopatológico reveló una lesión que infiltra el corión de la mucosa oral, constituida por una tumoración sólida de aspecto escamoso, con células poligonales y atípicas, con presencia de queratinización, claramente epiteliales. Fue informado por el patólogo como Carcinoma Oral de células Escamosas, bien diferenciado (Figs 3-6).

El paciente fue derivado a Servicio Hospitalario con resultado de biopsia para iniciar de forma urgente el tratamiento oncológico. El paciente ha sido de momento sometido a cirugía resectiva mediante hemimandibulectomía y vaciamiento ganglionar ipsilateral •

DR. JULIÁN CAMPO TRAPERO. ODONTÓLOGO. PROFESOR CONTRATADO DOCTOR. DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA BUCOFACIAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UCM. JCAMPO@ODON.UCM.ES

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO. PATÓLOGO. ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO.

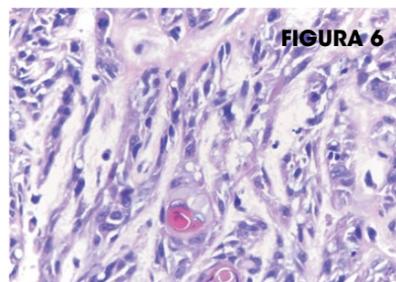
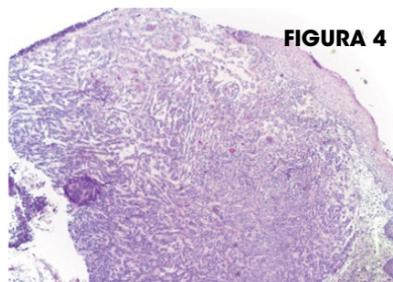
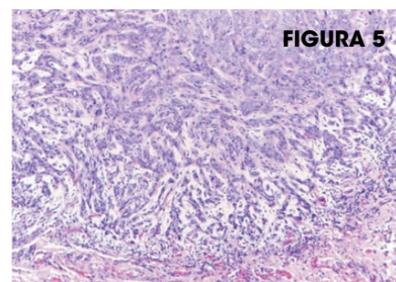
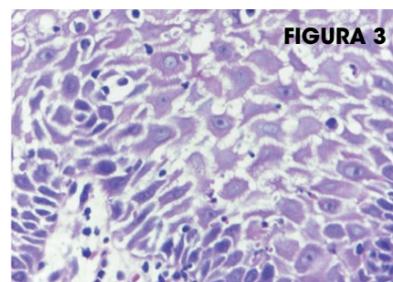
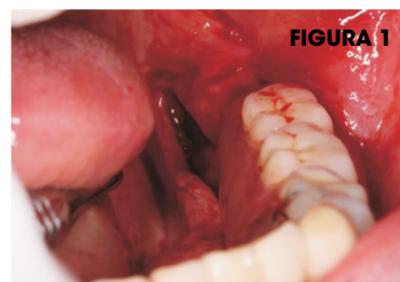


FIG 1. LESIÓN ULCEROSA CON LA PRÓTESIS REMOVIBLE COLOCADA. OBSÉRVESE QUE LA LESIÓN SOBREPASA CLARAMENTE EL LÍMITE DE LA PRÓTESIS.

FIG 2. MISMA LESIÓN SIN LA PRÓTESIS, QUE SE EXTIENDE HACIA VESTIBULAR EN ZONA RETROMOLAR Y MUCOSA YUGAL IZQDA., LEJOS DE LA ZONA DE LA EXODONCIA DEL 3.4.

FIG 3. MICROFOTOGRAFIA 250X H/E EPITELIO DE LA ZONA ADYACENTE A LA ÚLCERA DONDE SE PUEDEN

OBSERVAR FENÓMENOS DISPLÁSICOS CLAROS EN CASI TODO EL ESPESOR DEL EPITELIO.

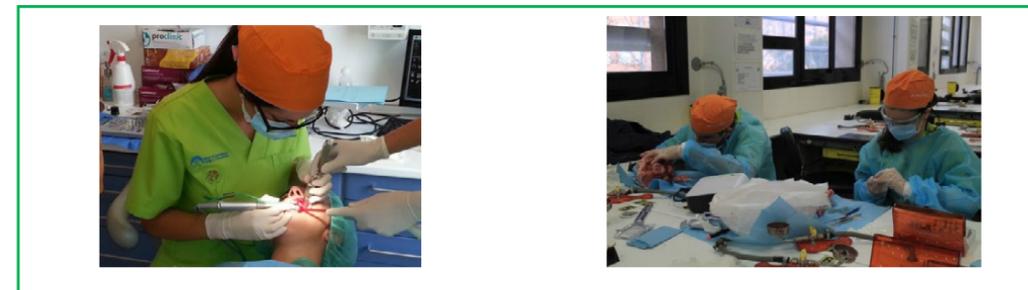
FIG 4. MICROFOTOGRAFIA 40X H/E TUMORACIÓN EN CORIÓN DEBAJO DE ZONA ULCERADA DONDE SE OBSERVAN CORDONES DE CÉLULAS EPITELIALES QUE ESTÁN INVADIENDO TEJIDO CONECTIVO.

FIG 5. MICROFOTOGRAFIA 100X H/E FRENTE DE AVANCE DEL TUMOR EN PROFUNDIDAD. NO SE OBSERVA NI INVASIÓN PERINEURAL NI VASCULAR.

FIG 6. MICROFOTOGRAFIA 400X H/E. COCE BIEN DIFERENCIADO. OBSÉRVESE CÉLULAS MALIGNAS A GRAN AUMENTO CON GRAN ATÍPIA Y FORMACIÓN DE GLOBOS CÓRNEOS. EL ASPECTO DE ESTAS CÉLULAS ES CLARAMENTE ESCAMOSO CON CITOPLASMA EOSINÓFILO QUE MANTIENE MISMA FORMA QUE EL NÚCLEO DE LA CÉLULA.

MÁSTER EN ODONTOLOGÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA (XI edición) MASTER IN GENERAL DENTAL PRACTICE (XI edition)

Universidad de Sevilla



FORMACIÓN CLÍNICA INTEGRAL

El Máster forma clínicamente en clínicas especializadas, centros de salud y servicios hospitalarios odontostomatológicos. El alumno se capacita para atender al paciente de forma integral al recibir formación en cirugía oral, implantología, rehabilitación protésica, terapéutica dental, endodoncia y odontopediatría.

El Máster es fundamentalmente clínico, realizando cada alumno un total de 1.000 horas de actividad asistencial.

El alumno del Máster es muy demandado en el mercado laboral. Todos los alumnos formados en las ediciones anteriores ejercen en España o en el extranjero.

Prácticas clínicas en Sevilla y opcionalmente en Badajoz, Huelva, Melilla, Portugal y México.

MATRICULACIÓN 1-20 DE OCTUBRE (Dos últimas plazas)

Email: acastano@us.es;

Tlf. 954 48 11 48 /626 89 46 96



Cavidad oral, Sida y Sífilis

En los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS), y entre ellas de la sífilis, cuyas nuevas infecciones se han multiplicado por cinco. Del mismo modo, aunque en Europa la incidencia de nuevos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) disminuyó considerablemente desde la década de los 90, en estos últimos años se ha observado un aumento leve de casos.

MARIA LUISA GAINZA CIRAUQUI

(MÁSTER EN PATOLOGÍA ORAL UPV/EHU. DOCENTE DE LA SECCIÓN DE DIAGNÓSTICO. DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DIAGNÓSTICAS Y QUIRÚRGICAS. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. COSTA RICA)

JOSÉ MANUEL AGUIRRE URIZAR

(CATEDRÁTICO DE MEDICINA BUCAL. UFI 11/25. DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA II. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO /EHU)

En los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS), y entre ellas de la sífilis, cuyas nuevas infecciones se han multiplicado por cinco. Del mismo modo, aunque en Europa la incidencia de nuevos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) disminuyó considerablemente desde la década de los 90, en estos últimos años se ha observado un aumento leve de casos. Estos incrementos preocupantes se deben a diversos factores: por un lado, las generaciones actuales no han conocido la epidemia del Sida en sus años más virulentos y ven a la infección por VIH como algo lejano y curable; por otro, los nuevos hábitos de comunicación y relación han facilitado los contactos sexuales de riesgo sin protección, tanto en los colectivos homosexuales como heterosexuales, y parece que las ITS como la sífilis favorecerían la transmisión del VIH. En España, el 56% de los casos de sífilis intrahospitalarios son pacientes coinfectados por VIH.

La importancia de la afectación oral en la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es conocida desde los primeros casos descritos en 1981 en varones jóvenes, aparentemente sanos, que presentaban candidiasis oral, sarcoma de Kaposi y neumonía. En las primeras décadas se describieron una serie de neoplasias e infecciones oportunistas que marcaban el deterioro de estos pacientes hasta desarrollar el sida, y una gran parte de ellas se manifestaban en la cavidad oral. En la actualidad, la frecuencia de las alteraciones orales ha disminuido mucho, en gran medida debido a la instauración de terapias antiretrovirales de gran actividad (TARGA), que impiden que los pacientes sufran un deterioro importante de su inmunidad y el crecimiento vírico. De este modo, se ha conseguido en los países desarrollados que la infección por VIH sea controlada, y se transforme en una condición crónica.

La candidiasis es la infección oral más característica de la infección por VIH, y se puede presentar de distintas formas. La forma clásica es la candidiasis pseudomembranosa, que aparece cuando el recuento de linfocitos T CD4 es menor de 200. El dato semiológico diagnóstico típico es que los grumos o placas blanquecinas pueden ser removidos con una gasa.

La presencia de una candidiasis pseudomembranosa en un joven adulto "sano" debe ser sugestivo de inmunosupresión (Figura 1). No obstante, la candidiasis eritematosa es actualmente la forma más frecuente de candidiasis oral, y aparece como una mácula rojiza típicamente en el dorso lingual y el paladar duro (imagen en espejo). También la presencia de esta lesión en una persona joven sin

REFERENCIAS

1. Aguirre JM, Echebarria MA, Ocina E, Ribacoba L, Montejo M. *Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1999; 88: 1-3.
2. Aguirre-Urizar JM, Echebarria-Goicouría MA, Eguía-del Valle A. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: s148-57.
3. Ceballos-Salobreña A, Gaitán-Cepeda LA, Ceballos-García L, Lezama-Del Valle D. *Oral lesions in HIV/AIDS patients undergoing highly active antiretroviral treatment including protease inhibitors: a new face of oral AIDS?* AIDS Patient Care STDS 2000; 14: 627-35.
4. Ficarra G, Carlos R. *Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications*. Head Neck Pathol. 2009 Sep;3(3):195-206.
5. García-García L, Ariza-Megía MC, González-Escalada A, Alvaro-Meca A, Gil-de Miguel A, Gil-Prieto R. *Epidemiology of syphilis-related hospitalizations in Spain between 1997 and 2006: a retrospective study*. BMJ Open 2011; 2: e000270.
6. Havlir D, Beyrer C. *The beginning of the end of AIDS?* N Engl J Med 2012; 367: 685-7.
7. Hodgson TA, Greenspan D, Greenspan JS. *Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries*. Adv Dent Res 2006; 19: 57-62.
8. Jin F, Prestage GP, Kippax SC. *Syphilis epidemic among homosexually active men in Sydney*. Med J Aust 2005; 183: 179-83.
9. Little JW. *Syphilis: An update*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100: 3-8.
10. Leuci S, Martina S, Adamo D, Ruoppo E, Santarelli A, Sorrentino R, Favia G, Mignogna MD. *Oral Syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature*. Oral Dis 2013. Ahead of print.
11. Mataftsi M, Skoura L, Sakellari D. *HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era*. Oral Dis 2011; 17: 13-25.
12. Merson MH. *The HIV/AIDS Pandemic at 25—The global response*. N Engl J Med 2006; 354: 2414-7.
13. Natrass N. *Are country reputations for good and bad leadership on AIDS deserved? An exploratory quantitative analysis*. J Public Health 2008; 30: 398-406.
15. ONUSIDA. *Informe Mundial 2012*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA 2012. www.unaids.org.
16. Patton LL, McKaig RG, Eron JJ Jr, Lawrence HP, Straus. *Oral hairy leukoplakia and oral candidosis as predictors of HIV viral load*. AIDS 1999; 13: 2174-6.
17. Samaranyake LP, Leung WK, Jin L. *Oral Mucosal fungal infections*. Periodontology 2000. 2009; 49: 39-59.
18. Srirangaraj S, Venkatesha D. *Opportunistic infections in relation to antiretroviral status among AIDS patients from south India*. Indian J Med Microbiol 2011;29:395-400.
19. World Health Organization. *Data and Statistics in Europe (CISID) 2012*. <http://data.euro.who.int/CISID/>

otros datos facilitadores, implica descartar la infección por VIH.

La queilitis angular (inflamación de las comisuras labiales), es otro proceso común de carácter crónico y recidivante en los pacientes VIH (+), en el que intervienen bacterias (Streptococcus y Staphylococcus) y hongos (Candida), y puede ser el primer dato de sospecha de la inmunosupresión (Figura 1).

Las infecciones víricas de la cavidad oral, principalmente las herpéticas, representan otra alteración común en la infección por el VIH y nos puede conducir a la sospecha clínica de que un paciente este infectado. Lo más habitual son las infecciones recurrentes y mantenida por el virus Herpes simple, sobre todo las extraorales en los labios y en menor medida las intraorales, como lesiones ulceradas irregulares dolorosas y mantenidas. El virus de Epstein-Barr está implicado en la infección por VIH en la leucoplasia vellosa, lesión blanquecina situada en los márgenes linguales y que antes del TARGA era considerada un elemento pronóstico del desarrollo del Sida. Este virus también está relacionado con el desarrollo de algunos linfomas no-Hodgkin en estos pacientes, que pueden aparecer en la cavidad oral. Las infecciones por virus Her-

pes-Zoster a nivel trigeminal suelen ser infrecuentes, aunque cuando lo hacen son más virulentas y siempre deben ser un dato de sospecha de inmunosupresión (Figura 2). La infección por el virus herpes tipo 8 es el responsable del sarcoma de Kaposi, neoplasia vascular oportunista típica de los pacientes con Sida. La encía y el paladar son dos localizaciones comunes de este sarcoma en forma de máculas, pápulas o nódulos, y cuya frecuencia se ha reducido en gran medida desde la instauración de TARGA.

En los últimos años hemos observado un incremento en la aparición de lesiones hiperplásicas epiteliales (papilomas, verrugas) asociadas a la infección por los virus del papiloma humano en los pacientes infectados por VIH. La presencia de múltiples lesiones exofíticas papilares o condilomatosas en la cavidad oral debe ser siempre sospechosa de una posible infección por VIH y de su transmisión sexual (Figura 2).

Las infecciones bacterianas orales en los pacientes VIH (+) están asociadas preferentemente a la enfermedad periodontal y/o cariogénica que suelen ser especialmente agresivas. La periodontitis ulceronecrotizante con ulceración gingival, sangrado, destrucción tisular e incluso

exposición ósea se mantiene constante en los pacientes infectados.

Como hemos señalado la infección por VIH se ha relacionado con diferentes ITS, de tal modo que las lesiones causadas aumentarían la probabilidad de contagio por el VIH. De ese modo ha crecido el número de casos coinfectados, con la circunstancia de que la inmunosupresión del VIH (+) va a modificar las manifestaciones clínicas e incluso la respuesta al tratamiento de las ITS.

La ITS más importante es la sífilis, que con frecuencia muestra lesiones orales en los estadios tempranos de la enfermedad. Se ha reconocido que las ulceraciones de la sífilis primaria aumentan la transmisión del VIH y, por lo tanto, aumentan el riesgo de coinfección. A partir del año 2000 se ha visto un incremento de nuevos casos de sífilis en los países desarrollados y sobretodo ha aumentado principalmente en los varones homosexuales, y ha disminuido en las mujeres.

La sífilis es una antigua enfermedad de transmisión sexual asociada al Treponema pallidum, que aunque todavía es sensible a la penicilina, puede causar complicaciones importantes y secuelas severas. Un problema de esta ITS es que muchos casos son subclínicos en los estadios tem



FIGURA 1: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA Y QUEILITIS COMISURAL EN PACIENTES VIH (+)

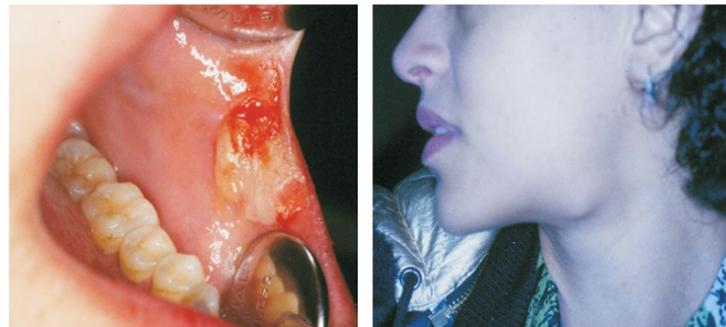


FIGURA 3: CHANCRO Y ADENOPATÍA (COMPLEJO PRIMARIO) SÍFILIS PRIMARIA. (CORTESÍA DR. R. MARTINEZ-CONDE UPV/EHU)



FIGURA 2: INFECCIÓN HÉRPETICA, HERPES ZOSTER EN 2ª RAMA DEL TRIGÉMINO. LESIÓN HIPERPLÁSICA PAPILOMATOSA POR VPH



FIGURA 4: LESIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA. (CORTESÍA DR. A. DE JUAN CLÍNICA EUSKALDUNA. BILBAO)

pranos por lo que no son diagnosticados adecuadamente y progresan.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad aparecen tras un período de incubación de 2 a 3 semanas tras el contagio sexual, como una úlcera indurada e indolora contagiosa (chancro sifilítico) en la zona de inoculación en genitales. La boca es un lugar frecuente de asiento del chancro y típicamente suele acompañarse de una adenopatía satélite (complejo primario), que remite espontáneamente tras unas semanas (Figura 3). Ante un paciente con una ulceración oral indurada de desarrollo agudo, en lugares poco habituales para un afta, que duele poco o nada, que persiste y muestra un ganglio adicional, debe sospecharse una infección por sífilis.

Tras 4 a 6 semanas de la aparición del chancro, los pacientes que no son diagnosticados ni tratados, desarrollan la sífilis secundaria. A esta etapa se la conoce como “el gran imitador” ya que los pacientes pueden presentar una gran gama de manifestaciones que incluyen adenopatías generalizadas, lesiones maculopapulares

en las palmas y plantas, alopecia, uveítis, exantema, vegetaciones, eritemas, etc. Estos pacientes pueden presentar lesiones orales muy diversas, siendo las más típicas las “placas mucosas opalinas”. Estas lesiones normalmente se localizan en los labios, la lengua o el paladar, y son extremadamente contagiosas. Otras lesiones son las pápulas eritematosas, úlceras, máculas rojizas o incluso lesiones blanquecinas simulando enfermedad liquenoide, leucoplasia, e incluso macroglosia (Figura 4).

Tras esta etapa, si los pacientes no son tratados pasan por un período de latencia en el que son contagiosos pero no presentan sintomatología, y que puede durar años hasta que aparecen las graves alteraciones del sistema nervioso central, cardíacas u otras, típicas de la sífilis tardía o terciaria.

En la actualidad asistimos a un nuevo escenario en estas infecciones y en el que la infección por VIH está de nuevo aumentando debido, por un lado, al incremento en los comportamientos de riesgo en una población que todavía presenta una

alta prevalencia de la infección y, por otro, a su asociación con un aumento en la incidencia de las ITS, como la sífilis.

Las lesiones orales asociadas a la infección por VIH y a la sífilis son frecuentes, sobre todo en los estadios iniciales y pueden ser el punto de partida para el diagnóstico precoz de estas enfermedades transmisibles tan graves. Por ello, el profesional odontólogo y su actividad clínica constituyen una pieza fundamental en el diagnóstico, la prevención y la reducción de la progresión de estas enfermedades de declaración obligatoria •

BRÅNEMARK

MEMORIAL SYMPOSIUM

¡JUNTOS POR BAURU!

MADRID 2016
11 / 12 NOVIEMBRE
FERIA DE MADRID - IFEMA

Per-Ingvar Brånemark
3 MAYO, 1929 - 20 DICIEMBRE, 2014



PONENTES



Dr. Nitzan Bichacho



Dr. Rino Burkhardt



Dr. Joao Caramés



Dr. James Chow Kwok Fai



Prof. Ugo Covani



Dr. Pablo Galindo



Dr. Federico Hernández-Alfaro



Dr. Peter K. Moy



Dr. Patrick Palacci



Dr. Joan Pi Urgell



Dr. Nelson Pinto



Dr. Mariano Sanz



Dr. Alberto Sicilia



Dr. Istvan Urban



Dr. Eric Van Dooren



Dr. Xavier Vela



Dr. Ion Zabalegui

COMITÉS

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Nikos Krompas
Dr. Ali Mirkarimi
Dr. Jorge Huamani
Dr. Ramesh Chowdhary
Dr. Costa Nicolopoulos
Dr. Abid Faqir
Dr. Sergio Trapote Mateo
Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Jaime Jiménez García
Dr. Víctor Méndez Blanco
Dr. José Sanz Casado

COMITÉ ORGANIZADOR

Sra. Barbro K. Brånemark
Dr. Ramón Martínez Corriá
Dra. Belén Martínez Salmerón
Dra. Begoña Fernández Ateca
Dra. Vanessa Ruiz Magaz
Dr. Ramón Lorenzo Vignau
Dra. Lourdes Gutiérrez Garrido
Dr. José Manuel Reuss Rodríguez-Vilaboa
Dr. Alberto Rico Cardenal
Dr. Guillermo Madriz Domínguez
Sra. Teresa Boronat Olivart

MODERADORES

Dr. José Manuel Navarro Martínez
Dr. Juan Blanco Carrión
Dr. Jaime A. Gil Lozano
Dra. Helena Francisco

INFORMACIÓN

SEDE DEL SIMPOSIO

FERIA DE MADRID - IFEMA
Centro de Convenciones Norte 1ª planta
Avda. del Partenón, 5
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 €

*Inscripción incluye: Acceso a las sesiones científicas, documentación del simposio, Pañuelo y Certificado de asistencia. Todos los precios incluyen IVA.

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPO PACIFICO

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

www.memorialbranemark2016.com



Especialistas en cáncer de cabeza y cuello achacan su difícil diagnóstico a síntomas 'banales'

La Fundación Merck combate la desinformación con una campaña

El cáncer de cabeza y cuello, patología que padecen unas 11.000 personas al año en España y causante de 350.000 muertes anuales en el mundo, ha sido elegido como protagonista de la nueva campaña de concienciación Make Sense, de la Fundación Merck, pensada para informar a la población del papel que cada persona tiene en el diagnóstico temprano de dicha enfermedad y lo "banales" de sus síntomas, lo que dificulta dicho diagnóstico.

"Educación, comprensión de los signos de esta enfermedad y la importancia de un diagnóstico temprano abordado por un equipo multidisciplinar" serían las condiciones que propiciarían una reducción de los casos y, por tanto, de las muertes que se producen hoy en día debido al cáncer de cuello y cabeza.

La campaña, en la que participan varios países de Europa comandados por la Sociedad Europea de Cáncer de Cabeza y Cuello (EHNS), se desarrolló del 19 al 23 de septiembre y contó con la asistencia del presidente del Grupo Español de Tratamiento de Tumores de Cabeza y Cuello (TTCC) y jefe de servicio de Oncología Médica del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Juan Jesús Cruz, y la responsable de tumores de cabeza y cuello del Servicio de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón, Yolanda Escobar.

El Doctor Cruz incidió en la descripción del cáncer de cabeza y cuello, "como un cajón de sastre en el que se meten muchos tumores", pero que a su juicio "son tumores lo suficientemente frecuentes como para que nos preocupemos de ellos". Este es el sexto cáncer con ma-

yor incidencia, con más de 600.000 diagnósticos al año; en España es más difícil establecer una cifra exacta, por la inexistencia de registros fiables, aunque Cruz calcula que son entre 10.000 y 11.000 casos al año los que se diagnostican.

En cuanto a los factores de riesgo, destacó el tabaco y el alcohol e incidió en la necesidad de evitar el deterioro de ciertas funciones de los pacientes. Este tipo de cánceres afectan al aparato fonador —y por tanto al habla—, al gusto, a algunas zonas faciales... lo que dificulta las relaciones sociales de los pacientes dependiendo del grado de afección y el tratamiento recibido, que en ocasiones es mutilante.

Por su parte, la doctora Yolanda Escobar señaló lo "banal" de los síntomas, que pueden ser una molestia en la garganta o una herida en la boca que no termina de curar y que muchas veces se asocia a dolencias mucho menos graves. Esto provoca que, una vez se diagnostique el cáncer, haya pasado demasiado tiempo y la enfermedad ya esté en fase muy avanzada. "Todos los profesionales deberían estar formados para diagnosticarlo o para derivar al paciente al servicio correspondiente", destacó Escobar.

La doctora destacó, además, que otra de las causas de la alta incidencia de esta dolencia es la desinformación de los pacientes acerca de este cáncer y a la poca formación existente en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Y resaltó, en contraposición, los avances en el tratamiento que se han producido los últimos años, en cuanto a cirugía, quimioterapia, fármacos e inmunoterapia •

“
Educación, comprensión de los signos de la enfermedad y un diagnóstico temprano serían las condiciones para reducir los casos.

Declaración histórica

La ONU firma un acuerdo para hacer frente a la resistencia a los antibióticos

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha firmado un acuerdo histórico, ya que los 193 países miembros han cerrado un documento global para hacer frente a la resistencia a los antibióticos.

Esta es la cuarta vez en su historia que la Asamblea General de las Naciones Unidas da tal relieve a un tema de salud. Antes, únicamente el VIH, las enfermedades no transmisibles y el ébola merecieron la misma atención, lo que refleja la magnitud del problema.

"Pone al nivel que le corresponde la realidad de las resistencias bacterianas, que están poniendo en riesgo a la medicina moderna", informan desde la Sociedad Española de En-

fermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

“
Este acuerdo pone al nivel que le corresponde la realidad de las resistencias bacterianas.

"Si no se ponen los medios para atacar el problema, en unas décadas podríamos volver a la era anterior al descubrimiento de los antibióticos. No se podrán realizar trasplantes o cirugías complejas porque no se podrá hacer

frente a las bacterias", añade el especialista, que espera que la lucha contra la amenaza de los patógenos resistentes reciba el mismo impulso que la inclusión en la agenda de la ONU dio a la lucha contra el sida en 1996.

En concreto, el acuerdo recoge tres compromisos fundamentales que deberían cumplirse en un plazo de dos años. En primer lugar, se insta al desarrollo de sistemas regulatorios y de vigilancia para el uso de estos fármacos en humanos y animales. También se fomenta el desarrollo de nuevos productos [la innovación en este campo ha sido escasa en las últimas décadas] y, por último, se pretende mejorar la formación, tanto de profesionales sanitarios como de la población en general.



Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

1. Convertir el uso adecuado de los antibióticos en la medicina, en la ganadería y en la agricultura, en un estándar de calidad prioritario.
2. Hacer obligatorios los Programas de Optimización de uso de Antibióticos (PROA) como programas de calidad asistencial basados en la formación, en los hospitales y en atención primaria, y dotarlos de los medios necesarios.
3. Dotar con los recursos necesarios a los servicios/laboratorios de microbiología para la detección de las resistencias bacterianas, creando pruebas de diagnóstico rápido y estudios de sensibilidad.
4. Disponer de información en tiempo real de los indicadores clave en consumo de antibióticos, resistencias bacterianas y en sus consecuencias clínicas.
5. Impulsar los programas multidisciplinarios de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria junto a los de uso apropiado de los antimicrobianos, a semejanza del Programa PIRASOA de Andalucía y de programas similares en Cataluña.
6. Crear la especialidad de enfermedades infecciosas y mantener la formación actual de los microbiólogos.
7. Educar a los ciudadanos, desde la escuela a la universidad, en el buen uso de los antibióticos.
8. Impulsar el desarrollo de nuevos antibióticos, participando en los ensayos clínicos y agilizando su incorporación a la práctica clínica. Investigar con los antibióticos disponibles para mejorar su eficacia y seguridad.
9. Investigar en otras medidas, no antibióticas, para la prevención, control y tratamiento de las infecciones por bacterias multirresistentes.
10. Optimizar las tasas de vacunación, particularmente frente a la gripe, de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos •



Algunas ideas de inversión de cara al último cuatrimestre

JESÚS AGUIRRE DÍAZ
E.F.A. DIRECTOR SAN SEBASTIÁN
ANDBANK

Aprovechando la Invitación de *Odontólogos de hoy*, trataré de exponer los aspectos más relevantes que pueden afectar a los mercados y aquellas posibilidades de inversión que, desde mi punto de vista, pueden aportar cierto valor de cara a los próximos meses.

A la hora de preparar este artículo tengo muy presente que los mercados se mueven diariamente a velocidad de vértigo, por lo que mis apreciaciones son un poco más genéricas de cara a evitar contradicciones en la fecha de su publicación.

Un repaso general a la situación económica

Por un lado las economías mundiales están creciendo a un ritmo relativamente lento. Lejos de aquellos crecimientos mundiales cercanos al 5%, el mundo se mueve ahora a ritmo de algo menos del 3%. EEUU con crecimiento peor de lo esperado y rondando el 1,2%. Europa, mejorando, pero rondando el 1,5%. Japón en su tónica de debilidad, y China desacelerándose, aunque con datos esperados que rondan el 6,5%. No es un dato preocupante —es crecimiento en definitiva— pero desde luego no es un entorno idílico, sobre todo si pensamos la cantidad de liquidez que se está inyectando al mercado a través de los paquetes de estímulos de los distintos Bancos Centrales. Las economías no están terminando de reaccionar suficientemente a semejante esfuerzo que ha llevado a los tipos a una situación totalmente desconocida hasta ahora.

Fuentes de volatilidad

- **Mercados en calma y con volatilidad muy baja.** Estamos viendo que, lejos de los temores a los sustos que suele deparar agosto, los mercados han pasado ese mes con cierta tranquilidad y en estos momentos se encuentran en un tono positivo, yo diría un poco anestesiados, con el Índice SP500 que no ha visto una variación superior al 1% en cualquier dirección en un periodo cercano a 40 sesiones. Lo mismo ocurre con el Bono a 10 años del Tesoro Americano, negociándose en un rango pequeño cercano al 1,5%, y algo parecido con el \$.
- **La principal preocupación en estos momentos es la posible subida de tipos en USA.** El

último dato de empleo recibido ha generado sentimientos encontrados entre analistas e inversores. Aunque el mercado está un poco más preparado para esta posible subida, se trata siempre de una decisión que implica unos desajustes de cierta importancia en los mercados. **Las apuestas de los operadores apuntan a una probabilidad de un 32% de una posible subida en septiembre.** Un poco menor del sentimiento del mes anterior, debido a que el último dato de empleo no ha sido lo suficientemente satisfactorio y se junta con unos datos de fabricación un poco peores de lo esperado y un entorno político económico de cierta debilidad, sobre todo después del Brexit. Las probabilidades de subidas más elevadas se sitúan por el mes de diciembre (60% de probabilidad) o ya principios del 2017. Yo me inclino por este último escenario. **Por lo que, por esta parte, siendo así, podríamos tener un periodo de tranquilidad por delante.**

- **El crudo,** posible fuente de volatilidad, se recuperó un 7,5 por ciento en agosto en medio de especulaciones de que a finales de septiembre puede llegar a un acuerdo para gestionar el mercado y reducir el exceso de producción. Los últimos encuentros entre Rusia y Arabia Saudí apuntan en la misma dirección. **Luego parece ser que, por este lado, podríamos tener una cierta tranquilidad por un tiempo.**
- **China,** para muchos analistas, sigue siendo una gran incógnita. Es verdad que después de la sacudida del mercado hace cerca de un año, con motivo del inicio de la devaluación del Yuan, el mercado ha recuperado gran parte de su valor, gracias a ciertas aperturas al exterior por parte del Gobierno Chino, y, sobre todo, a un gran paquete de estímulos puesto en marcha por el mismo a principios de año, tendente a sostener la economía, generar actividad por medio de la inversión en infraestructuras y seguir apoyando la transición hacia una economía de servicios, estímulos que de momento están obteniendo frutos a la vista de datos recientes. Pero, desde mi punto de vista, hay grandes frentes



de preocupación que tarde o temprano tendrán sus efectos negativos. Hemos visto en el 2015 el rescate de algunas entidades financieras. Según economistas de UBS, es el primer año desde 2000 en el que se han rescatado Bancos de gran tamaño en China. El crecimiento del crédito lo está haciendo a ritmos de 2 a 3 veces superior al PIB, lo que podría generar una situación problemática para atender posibles futuros activos dudosos. Si el montante de la deuda china es preocupante, lo es mucho más la velocidad a la que está creciendo. En general cualquier país que haya tenido un crecimiento tan rápido de su deuda, ha terminado pagándolo con una crisis financiera o con una reducción significativa del PIB.

- **Brexit.** No parece que en estos momentos la salida de Reino Unido de Europa vaya a generar excesiva preocupación. Los datos en ambos lados arrojan una cierta desaceleración, pero que a corto plazo, una vez pasado el gran susto, no parece vaya a generar volatilidad en el mercado.
- **La Renta Fija.** Es, para muchos, en estos momentos una importante fuente de preocupación. Producto de la actuación de los Bancos Centrales en su compra masiva de deuda se ha generado una situación que muchos califican de Burbuja. Mi opinión es que no merece la pena acometer un riesgo importante para obtener unos retornos mínimos. Aunque sabemos que Dragui tiene la intención de actuar en defensa de los mercados, no descartaría, tal como ha pasado en otros momentos, ciertos conatos de volatilidad que generarán un tensionamiento de los tipos (subidas) en los mercados. Puede ser una buena estrategia mantener una buena parte en liquidez, a la espera de un escenario de *stress* de mercado que propicie mejores precios de entrada.
- **La Renta Variable** americana está cerca de máximos con una valoración PER (precio en relación con el beneficio de 18 veces aproximadamente), claramente por encima de la media histórica. El precio relacionado con los beneficios de los 10 últimos años (PER-SHILLER) todavía está mucho más sobrevalorado en términos de su media histó-

rica. Aunque su ritmo y ciclo económico están en buen tono, los beneficios de las empresas llevan 5 trimestres seguidos a la baja. A pesar de que a corto plazo y con elecciones de por medio no parece que vaya a haber problemas, después de 7 años sin una corrección importante, y ante esas valoraciones me inclino por la prudencia. Creo que Europa se ha quedado mucho más ajustada en precio y valoración, fruto del mal comportamiento del mercado desde abril de 2015. Mercado que anticipó una importante caída de los beneficios —con el sector energía, materias primas y financiero como exponentes— y, probablemente, debido a la delicada situación del sector financiero. Siendo el epicentro de la economía y la cadena transmisora de los Bancos Centrales, todavía le quedan al sector en general dos o tres años de esfuerzos para terminar de sanearse del todo. Todo esto, a medio plazo, será una fuente de valor.

En definitiva, liquidez en espera de un momento de entrada más adecuado, sobre todo para la renta fija, menor exposición de la apropiada a cada perfil inversor y una visión estratégica de medio y largo plazo a la hora de acometer cualquier inversión. De aprovechar algo, R. Variable Europea, sector inmobiliario español, bien seleccionadas las Socimis pueden ser una solución, y quizás, ligeramente, el Dólar Americano. Mercados emergentes tanto Renta fija como Variable. Creo que, con un criterio de largo plazo, estos mercados han empezado a recuperarse de una gran crisis y la correspondiente caída de cotizaciones y devaluaciones de sus monedas. Rusia parece iniciar la recuperación tanto económica como geopolítica, y las materias primas, igualmente, parece que inician el ciclo expansivo de largo plazo, pero lo más fácil y aconsejable: enfocarlo a través de fondos mixtos multi-activos, con criterio patrimonialista, con una volatilidad ajustada y que hayan aportado un excelente comportamiento en términos de rentabilidad/riesgo en años pasados. Algunos de ellos han demostrado a lo largo del tiempo saber adaptarse aceptablemente a los momentos del mercado y, en muchos casos, sacar provecho de ello •



Gestión de una clínica odontológica

EDUARD MARTÍN
CEO DENTALCONSULTING



INCERTIDUMBRE DEL SECTOR

Hoy en día nadie del sector odontológico tiene ninguna duda que "esto ha cambiado" desde hace unos años. Antiguamente las clínicas odontológicas no necesitaban actuar como una empresa dedicando tiempos y recursos a gestión, recursos humanos, organización empresarial, marketing y publicidad, planes financieros, etc.. Era trabajo de empresas y nada tenía que ver con el odontólogo.

Ahora todos en el sector cuando oímos hablar de gestión de clínica y marketing dental es algo muy habitual, pero ¿lo realizamos adecuadamente? Ante este cambio tan rápido y que sigue acelerándose estamos observando diferentes perfiles de doctores:

Los estáticos que no realizan ningún cambio en su forma de trabajar y ven cómo pierden pacientes que hasta ahora consideraba fieles, bajan sus primeras visitas y rentabilidad de la clínica, la mayoría lo achaca a la dura competencia de las cadenas, franquicias y mutuas pero, mientras su frustración crece, el resto les arrebató cuota de mercado.

Los alarmados que realizan planteamientos habituales de cualquier empresa acechada por la crisis y ante el miedo e incertidumbre: reducen precios de los servicios y costes de los materiales a consecuencia de calidad y publicidad, dos factores intocables para la buena gestión y poder hacer frente a los cambios.

Los recaudadores, estos piensan en trabajar y poder ganar lo máximo para posibles consecuencias venideras, amplían horarios, saturan agendas y a la vez se sobrecargan de estrés y, sin duda, ofrecen una imagen desorganizada a sus pacientes, lo cual hace que el momento temido llegue mucho más rápido.

Todos ellos hacen cambios a su modo aunque, sin duda, no cambian la perspectiva de trabajo, no se adaptan a la situación y continúan de la misma manera pero con pequeños cambios que para ellos son gigantes, pero no suficientes para las exigencias. ¿Quién pensaba hace unos años que los videoclubs desaparecerían? ¿Las tiendas de revelado de fotografía? Es una clara muestra de que el futuro es incierto, pero tampoco hay que ser derrotista porque siempre hay una solución, por ello hay que cambiar la mentalidad para poder cambiar nuestra forma de trabajar.

Ante esta situación, vamos a recomendar lo fundamental para hacerle frente. Sin duda será difícil, porque en situaciones de cambio en un sector que, durante muchos años, no ha tenido que competir de esta manera, cuando llegan estos temidos momentos lo que debemos es detenernos y tener **CALMA**, analizar mi situación, la de mi competencia y definir un **PLAN**, de nada servirá quejarnos y echar la culpa al resto mientras veo cómo voy reduciendo cada día. En el momento en el que el cambio se nos echa encima y no sabemos cómo actuar, sin duda nos sentimos como si tuviéramos cemento en los pies que no nos deja dirigirnos hacia ningún camino alternativo, pero siempre hay uno que nos devuelve al juego, utilizando los recursos disponibles y asesoramiento de profesionales, si se necesitase, para adaptar la organización de mi clínica al contexto actual.

Utilizando estos consejos, y aplicando las medidas oportunas después de un estudio, aparecen **los Flexibles o adaptados**, los cuales son los que sobrevivirán a los cambios de escenarios que hay y habrá en el futuro, porque vivimos en un entorno constantemente cambiante.

Ahora es cuando el odontólogo tiene que adaptarse y actuar como empresario, esto no quiere decir perder la ética y la razón de su profesión, ya que siempre deberá tener como valores su servicio al paciente y su salud bucodental, simplemente es adaptarse a los cambios, poder decidir y obtener la rentabilidad que su clínica se merece.

Todos los propietarios y gestores de clínica deben adaptarse al nuevo escenario definiendo su consulta y organizándola para poder sobrevivir y disfrutar en este sector tan apasionante ●



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 detrimental effect on the marginal bone level (Henllann et al. 1997; Brogini 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

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

• 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.



MOZGRAU® ticare

CERTIFICA QUE:

El producto con Código Explorer 32651234 suministrado bajo la Referencia: 23204210 y lote: 1309201013 ha sido fabricado cumpliendo los protocolos de mecanizado exigidos siguiendo nuestro Sistema de gestión de Calidad según el referencial UNE EN ISO 13485 y la normativa europea de calidad CE.

Gracias a nuestro código Explorer, aportamos el histórico de trazabilidad de fabricación y controles de producto a los que ha sido sometida la pieza.

Referencia: 23204210

Descripción: IMPLANTE 4,25 X 10 MM INHEX STD

Lote: 1309201013

Orden de fabricación: 13018225

Fecha de fabricación: 22/03/2012

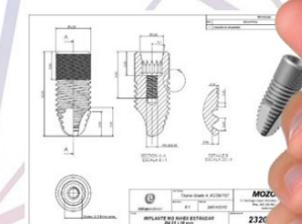
Fecha de verificación: 23/03/2012

Operaciones realizadas

Responsable de fabricación de su pieza
SR.PEDRO SANGUINO ARCOS
22/03/2012

Responsable
SR.TA.LAURA RO
23/03/2012

Para su información le mostramos el plano de su implante y/o aditamento más significativos de la pieza, que garantizan el cumplimiento del diseño original.





El engaño de la multitarea

FCO. JAVIER RELINQUE RODRÍGUEZ
ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE DPTO. JURÍDICO
DE IVB ABOGADOS Y ECONOMISTAS SL
jr@ivb.es

Hasta no hace mucho, pensaba que la multitarea era una habilidad en el rendimiento profesional y hasta personal. Siempre me ha parecido algo envidiable.

Atender una consulta por teléfono mientras enviaba a otro cliente un mail, y de paso daba una instrucción a un compañero mediante señas y, cómo no, firmar un cheque que me presentaba otra compañera que a la vez me indicaba el color de las nuevas cortinas, lo he contemplado como propio del éxito de rendimiento. Trataba de hacer y ejecutar a la vez cuantas más cosas mejor. Una especie de malabarista profesional.

“*La multitarea es una manera eficaz de hacer menos cosas correctamente.*”



Pero los resultados me indicaban lo contrario. Además de que el nivel de estrés no me conducía a ningún lado, la memoria se resentía y el despiste afloraba; la evidencia era tumbativa: la multitarea no es eficiente ni efectiva. En el mundo de los resultados te hará fracasar siempre. La multitarea es una manera eficaz de hacer menos cosas correctamente.

Mientras hablamos con un amigo o nuestra pareja, tenemos la manía de andar mirando el móvil, lo que en no pocas ocasiones irrita a la otra persona. El reproche es claro y cargado de razón: “No puedes estar realmente escuchándome si estás mirando el móvil o viendo la televisión”.

Los jóvenes envían mensajes por el móvil mientras estudian, escuchan música o ven la televisión. Los adultos conducen y a la vez hablan por teléfono, se maquillan e incluso se afeitan. Sentimos la necesidad de hacer demasiadas cosas en el tiempo que tenemos, así que redoblamos y triplicamos los esfuerzos con la esperanza de hacerlas todas en un corto periodo de tiempo, y por ello recurrimos a la multitarea. Vivimos en una

máxima que nos quieren imponer y a veces imponemos nosotros a los demás: lo quiero TODO y lo quiero YA.

La oficina moderna la hemos convertido en un circo de 7 pistas, y para colmo las fuentes de distracción son continuas. Y así, mientras tratamos de concentrarnos en la terminación de esa hoja de cálculo de gestión, o ese proyecto, aparece alguien que no puede resistirse a interrumpirte abruptamente por esa duda laboral. Ello nos obliga a suspender la tarea que estábamos haciendo y dedicarle tiempo a atender su duda. El problema está en que, al volver a nuestro trabajo anterior, nos vemos obligados a reconstruir las reglas mentales y de razonamiento que nos habían llevado al punto en que lo dejamos. Y ese tiempo de desconexión y vuelta a conectar se va a la basura. Luego llegan los sonidos de los correos electrónicos o móvil que nos indican un mensaje que nos machaca mentalmente “si no me lees, te puedes estar perdiendo algo vital” o bien “desde ahora hay una persona que está esperando tu contestación. Si no le contestas ya, no eres competitivo”.

“*Dividimos la atención, reducimos la eficacia y desarrollamos un sentido distorsionado de lo que se tarda en hacer las cosas.*”

De esta manera, centrarse en una tarea para hacerla bien resulta estresante y agotador. Ya hay investigaciones que nos indican que un trabajador es interrumpido cada once minutos de media y que dedican un tercio de su jornada a recuperarse de esas distracciones.

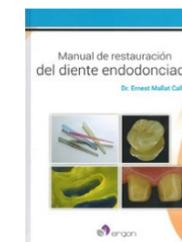
Como dice Gary Keller, la multitarea es un timo. No sólo no hacemos bien las tareas, sino que tiramos a la basura un tercio de nuestra jornada laboral tratando de desconcentrarnos y volvernos a concentrar, en hacer de nuevo eso que no hicimos correctamente, en solucionar un problema generado porque alguien no prestó atención a la hora de hacerla por culpa de las distracciones. La merma de nuestra vida personal es arrolladora.

Mientras hacemos una cosa estamos a unos diez segundos de pensar en otra cosa que podríamos hacer.

Y con esa forma de trabajar no conseguimos ser ni eficaces ni resolutivos, sencillamente porque en realidad no alcanzamos el objetivo de prestar la atención necesaria para hacer las cosas bien. Dividimos la atención y reducimos la eficacia de los resultados. La capacidad de concentración se va deteriorando, la atención se vuelve inconstante y desarrollamos además un sentido distorsionado de lo que se tarda en hacer las cosas. Los “multitareístas” agudos son un imán para lo irrelevante. Rinden menos en todos los sentidos. Citando a Clifford Nass “los multitareístas son sencillamente malos en todo”.

Me llama poderosamente la atención esas personas que en una reunión de trabajo tienen el teléfono operativo, les suena infinidad de veces y cuelgan la llamada de forma malhumorada. Es absurdo: además de no atender la llamada, dispersan la atención y encima se estresan. La imagen ante el interlocutor es pésima y el resultado de la reunión —si es que se puede calificar así— es peor aún.

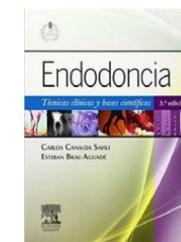
¿Se trata entonces de hacer dejar de lado las tareas importantes? No. Sólo de ejecutarlas una a una y sobre todo, una detrás de otra, no todas a la vez, sino cada cual a su tiempo, y evitando las distracciones o sonidos que nos distraigan. En tal caso, seremos capaces de ahorrar tiempo, casi un tercio de nuestro tiempo, seremos capaces de mejorar el rendimiento, nuestra eficacia, y sobre todo de que nuestro trabajo sea de mejor calidad y en los plazos comprometidos. Los demás nos lo agradecerán ●



Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat



Estética & Función Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



Endodoncia Técnicas clínicas y bases científicas
Canalda



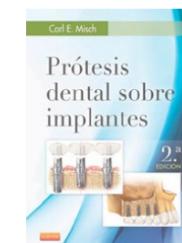
Protocolo clínico-protésico de la técnica de BOPT
Agustín/Chust



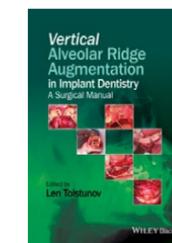
Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau



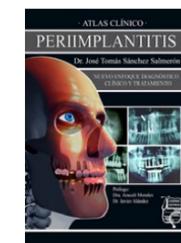
Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



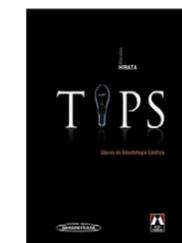
Prótesis dental sobre implantes
Misch



Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov



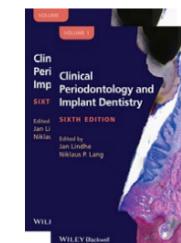
Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón



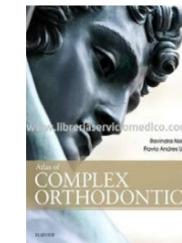
Tips Claves en odontología estética
Hirata



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



El análisis del rostro de *La Gioconda*

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

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

RESEÑA ARTÍSTICA

La Gioconda o *Mona Lisa*, el retrato de la esposa de Francesco Bartolomeo de Giocondo, llamada Lisa Gherardini, fue una obra muy retocada por Leonardo da Vinci (1452-1519) y, sin duda, supone el ejemplo más logrado de *sfumato*, técnica que consiste en prescindir de los contornos netos y precisos típicos y envolverlo todo en una niebla que difumina los perfiles y produce una impresión de inmersión total en la atmósfera, lo que da a la figura una sensación tridimensional. La protagonista está sentada, el brazo izquierdo descansa sobre el de la butaca y la mano derecha se posa sobre la izquierda, carece de cejas y pestañas (puede que debido a restauraciones demasiado agresivas en siglos pasados) y dirige la mirada ligeramente a su izquierda, mostrando su archiconocida y enigmática sonrisa. Sobre la cabeza lleva un velo, signo de castidad y atributo frecuente en los retratos de esposas. La galería se abre a un paisaje montañoso.

RESEÑA PATOLÓGICA

El interés por parte de especialistas médicos por este retrato es parejo a su fama. Algunos diagnósticos descritos en la literatura son: embarazo (al identificar en cara, cuello y manos algunos de los cambios externos originados por las típicas alteraciones hormonales de la gestación); parálisis facial; sincinesia secundaria; contracción levemente tetanizada de los músculos risorios de Santorini y el cigomático mayor; tic distónico perioral; pseudosonrisa (como consecuencia del gesto forzado por la disnea); mujer achispada o etílica; oligofrenia o debilidad mental; lesión cicatricial posiblemente secundaria a un traumatismo bucal con pérdida de piezas dentales; bruxismo por estrés; ennegrecimiento de las piezas dentales por el tratamiento con mercuriales de la sífilis que padecía la modelo; esclerodermia y *defluvium capillorum* (una alopecia universal por estrés emocional mantenido, por lo que debemos suponer que la cabellera de la modelo

“

Existen numerosos diagnósticos sobre la modelo, dado el interés que suscita.”

”

sería una cuidada peluca). Es cierto que parece que faltan cejas y pestañas, lo cual dificulta entre otras cosas hallar la proporción áurea o dorada. Sin embargo, la falta de cejas no parece tener relación con ninguna patología, solo es el gusto estético de la época. Dequeker, en relación con un posible xantelasma situado en la proximidad del lagrimal izquierdo y un lipoma de unos tres centímetros de largo en el dorso de la mano derecha por debajo del dedo índice, diagnostica una hiperlipemia esencial o hipercolesterolemia familiar o secundaria a diabetes tan severa como para ocasionarle la muerte con treinta y siete años •

ARTISTIC REVIEW

La Gioconda or *Mona Lisa*, wife of Francesco Bartolomeo de Giocondo, called Lisa Gherardini, was a very retouched work by Leonardo (1452-1519) and, undoubtedly, the most accomplished example of *sfumato*, a technique consisting of avoiding the net and precise typical contours and wrapping it all in a fog that blurs the profiles and produces an impression of total immersion in the atmosphere, giving the figure a three-dimensional feeling. The protagonist is sitting, her left arm resting on the armchair and her right hand on the left, lacks eyebrows and eyelashes (Maybe because of too aggressive restorations in past centuries) her gaze slightly to the left showing her well-known, enigmatic smile. On her head, she is wearing a veil, sign of chastity and frequent attribute in the pictures of wives. The gallery opens onto a mountainous landscape.

PATHOLOGICAL REVIEW

The interest from various medical specialists in this picture is even to its fame. Some diagnoses described in the literature are: pregnancy (since some external changes caused by hormonal changes typical of pregnancy can be identified in her face, neck and hands); facial paralysis; secondary synkinesis; slightly tetanic contraction of the risorius muscles of Santorini and of the zygomaticus major; oromandibular dystonia tic; pseudo-smile (as a consequence of a forced gesture due to dyspnoea); somewhat drunken woman; oligofrenia or mental weakness; scar lesion possibly secondary to a dental trauma with loss of teeth; bruxism due to stress; blackening of teeth because of mercurial treatment of the syphilis suffered by the model; Scleroderma, and *defluvium capillorum* (a alopecia universalis due to maintained emotional stress, so we must assume that the hair of the

“

The interest from various medical specialist is even to its fame.”

”

model would be a neat wig). It is true that eyebrows and eyelashes seem to be missing, which among other things makes it difficult to find the “aurea” or golden ratio. However, lack of eyebrows does not seem to be related to any pathology, it is only the aesthetic taste of the time. Dequeker, in relation to a possible xantelasma next to the left lacrimal and a lipoma of about three centimeters long on the back of the right hand below the index finger, diagnoses essential hyperlipidemia or hypercholesterolemia familiar or secondary to severe diabetes, enough to have caused death at only thirty-seven years of age •

La India,

perlas urbanas de Rajasthan

Mario del Olmo, colaborador habitual de "Odontólogos de Hoy", hace en este reportaje un interesante recorrido por los rincones más admirados de su viaje a la India.

IMÁGENES Y TEXTO DE: MARIO DEL OLMO PÉREZ

<< DETALLE DEL FUERTE DE MEHERENGARH EN JODHPUR

Rajasthan, uno de los 28 estados de la República de India, recibió su nombre de los "rajput", los "hijos del rey". Sus tierras han sido invadidas y/o gobernadas a través de los siglos por hordas musulmanas, mogolas, de la Confederación Maratha y finalmente por el Imperio Inglés; hasta su independencia de él en 1947. Este estado es hoy el más grande de todos los situados en India nororiental. Limita con otros cinco estados y hace frontera con Pakistán, al oeste. Sus, aproximadamente, sesenta millones de habitantes, sobrellevan un clima bastante seco y caluroso. Solo en los meses

de julio, agosto y septiembre aumenta el nivel de precipitaciones, cuando llegan los monzones. En su superficie, se encuentran el desierto de Thar, dos reservas nacionales de tigres –Ranthambore y Sariska- y las pequeñas montañas Aravalli. Rajasthan está dividido en 33 distritos, y su capital es la ciudad de Jaipur, aunque hay varias urbes de interés en el territorio –Jodhpur, Udaipur, etc. De la historia y monumentos de la capital y de algunas de las más reconocidas poblaciones de este estado vamos a ocuparnos en las siguientes líneas.

JAIPUR: La ciudad rosa

Jaipur, fue levantada en 1728 por el maharajá Saway Jai Singh II. El color salmón rosado de los edificios del casco antiguo le dio su nombre. Jai Singh II, construyó una urbe simétrica, con nueve cuadrantes y calles de más de 30 metros de ancho. El entorno de palacio ocupaba dos secciones, y el resto fue destinado al uso popular. La ciudad tenía diez puertas de acceso, y fue protegida con una muralla almenada.

Jaipur, dio al poderío mogol algunos de sus generales más importantes, entre ellos el fundador de la ciudad. La descomposición progresiva e interna del estado facilitó la incursión invasora de los Maratha. El imperio británico extendió hasta Jaipur el acuerdo de protección contra aquellos invasores del sur de India. Esto fue en 1818. A cambio se



ARRIBA: CONSTRUCCIONES DE OBSERVACIÓN ASTRONÓMICA EN JAIPUR

ABAJO: PALACIO REAL DE JAIPUR





CASAS AZULES DE LA CIUDAD DE JODHPUR >>

pagó un tributo anual y se reconoció la soberanía inglesa para el gobierno del sitio. En 1835 y en 1857, estallaron varias revueltas contra el gobierno colono europeo. En 1905, Jaipur fue visitada por el príncipe de Gales y varios edificios de la ciudad fueron pintados de rosa de nuevo, convirtiéndose este color en un símbolo de hospitalidad del lugar. Tras lograrse la independencia de India, Indira Gandhi, abolió el principado. El maharajá pasó a disfrutar tan solo de un rol honorífico y cultural. El heredero del trono de Jaipur tiene hoy un espacio reservado en el palacio real de la ciudad, aunque suele residir en el extranjero. La capital del estado de Rajasthan basa su economía en el comercio –de piedras preciosas principalmente-, el sector de servicios y el turismo. Las joyas arquitectónicas que legó el gran fundador Jai Singh II son el Chandra Mahal – Palacio de la ciudad, residencia eventual del maharajá -, el Hava Mahal – o Palacio de los vientos- o el Jantar Mantar – centro de observación astronómico. Todas pueden admirarse

hoy en la ciudad. A las afueras son completamente recomendables el Jal Mahal – palacio del lago- y, sobre todo, la inolvidable fortaleza de Amber. A ella se puede subir en un pintoresco, aunque caro y corto, paseo sobre elefante.

JODHPUR: La ciudad azul

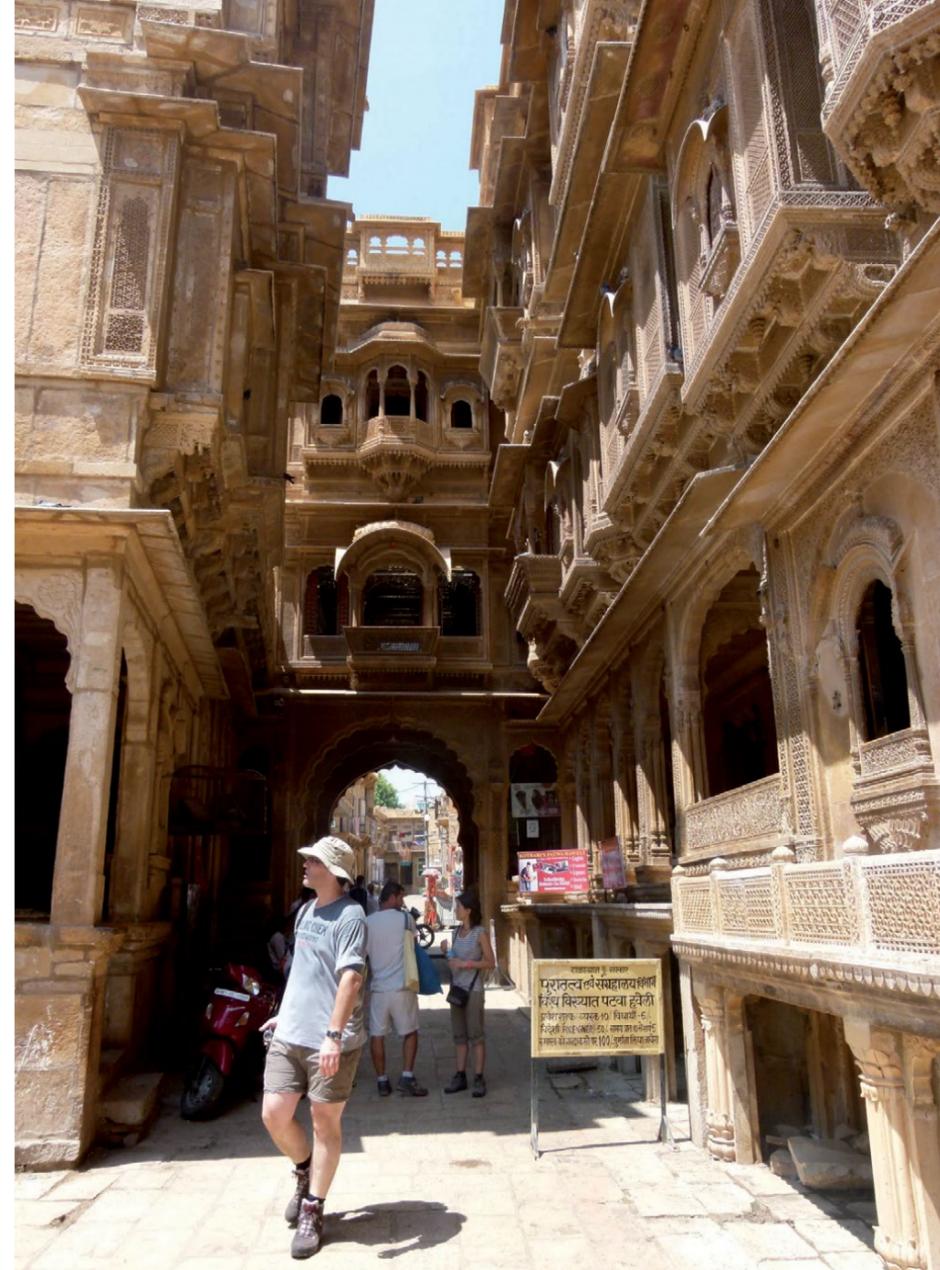
La segunda mayor ciudad de Rajasthan, fue fundada en 1459 por Rao Jodha. La población creció al amparo del comercio de opio, seda, cobre, dátiles y café. En 1679, fue conquistada por el gran Aurangzeb, y así formó parte del imperio mogol. A principios del SXVII las luchas internas la hicieron vulnerable y los invasores Maratha se hicieron con el control de la ciudad. Así fue hasta la alianza con el imperio británico en 1818. Tal como había sucedido con la actual capital del estado hindú de Rajasthan.

Jodhpur tiene un centro bullicioso y poco aseado, pero debemos recorrerlo para empaparnos del espíritu de las viejas ciudades de La India. Las murallas y puertas de entrada a

la ciudad vieja son de un color rojizo ya atenuado. Las calles atestadas que llevan al Sardar Market – el gran bazar – son todo un muestrario antropológico y etnográfico. En el centro de la plaza está la torre del reloj, que es iluminado por la noche con luces de colores y puede ser contemplado desde las azoteas de los modestos cafés-restaurantes cercanos.

Destaca también el Umaid Bhawan, una gigantesca construcción de mármol rosado. Se edificó durante 15 años y dio trabajo a mucha población en la época de hambruna de 1920. En la primera planta hay una parte reservada para vivienda eventual del maharajá. El resto de sus más de 340 habitaciones son parte de un lujoso hotel. La cúpula central de este edificio se levanta a 60 m de altura.

El Jaswant Thada, es un mausoleo de mármol construido a finales del SXIX junto a un bello lago. El visitante tendrá que descalzarse para recorrer su perímetro y su interior. Desde este templo, se divisa parte de la ciudad y durante la mañana hay



PALACIOS EN EL NUEVO JAISALMER

una buena vista del gran fuerte de Meherengarh.

El inolvidable fuerte de Meherengarh, es uno de los palacios-fuerte mejor conservados en India y seguramente uno de los más bellos. Su primera construcción data del S XV. Su arquitectura y su decoración interior muestran, claramente, cómo se vivía en el mundo de las “Mil y una noches”. Para la visita, disponen de una estupenda audio guía, también en castellano. Entrar con cámara tiene un recargo en el ticket – merece la pena pagarlo-. Desde el fuerte de Meherengarh, a 120 metros del altura sobre una colina, pueden verse las casas de la ciudad coloreadas de azul. Antiguamente se pintaban así solo las de los brahmanes, pero se extendió esta costumbre porque, dicen, ayuda a paliar el calor y la afluencia de mosquitos. Es inolvidable el atardecer desde esta fortaleza.

JAISALMER: La ciudad dorada

Jaisalmer fue fundada por Rawal Jaisal, en el S XII, inspirado por la revelación de un sabio y una profecía. La ciudad medieval creció en importancia al estar colocada en plena ruta comercial. Caravanas de camellos que iban desde China hasta Egipto la transitaban y abastecían de productos singulares. Jaisalmer, se concibió como villa fortificada, sobre una montaña color ocre y se la rodeó con 99 bastiones. Desde ella se divisa el horizonte del desierto del Thar. Con suerte, el trotamundos podrá ver desde sus balconadas superiores cómo se aproximan a la ciudad las tormentas de arena, a las que suelen seguir las de lluvia. Es mejor aprovechar las primeras horas de la mañana para andar por sus recovecos, porque cerca del medio día el calor se hace insoportable, incluso en tiempo de monzones.

Caminar por el interior de la vieja Jaisalmer es como un viaje en el tiempo. Cada paso en ella recompensa el esfuerzo que requiere llegar hasta allí –varias horas en tren desde la ciudad importante más cercana-. Las callejuelas se hunden entre edificios bellamente esculpidos en piedra amarilla. El Mahal Maharaja, los siete templos de la religión jainista y los dos hinduistas, además del museo de sitio, merecen ser visitados. Junto a la entrada de la ciudadela, y por dentro de ella, hay diversas tiendas de artesanía. Preciosas telas con numerosos motivos y colores se apoyan en los muretes. Es complicado no comprar algo.

Desde abajo, extramuros y rodeando su perímetro, colocan su pintoresco mercado junto a la muralla. Un poco más adelante, están los antiguos “haveli”: casas palacios levantados con piedra del mismo color que la ciudad vieja. Las magníficas tallas pétreas, llenas de filigranas ornamentales, asombran al viajero. Algunas de esas antiguas mansiones pueden visitarse por dentro. Y para completar la visita a la zona, puede contratarse algún tour por el desierto, bien en 4x4, bien en camello, con la eventualidad de pasar la noche sobre las dunas del Thar, –algo muy recomendable para los más atrevidos-. Jaisalmer, sin duda, dejará su huella dorada en quien se aventure a conocerla.

UDAIPUR: La ciudad de los lagos

Fue el Maharana Udai Singh II quien fundó esta ciudad en 1559 como capital del antiguo reino Mewar cuando el emperador mogol Akbar se hizo con el

MEJORA CONTINUA

Ticare - MozoGrau presenta interesantes novedades

Buscando la mejora continua y en el marco de la filosofía TiCare procedido Mozo Grau lanza su nueva avellanadora Osseous.

Se han realizado modificaciones con respecto a su diseño anterior; ya que ha pasado de tener una forma cónica a una más recta, adecuando el diámetro de su cuerpo al diámetro del cajado del implante. De esta

forma se facilita la visibilidad durante el avellanado. Además, la longitud del vástago se ha aumentado con el objetivo de facilitar su manejo •



MOZOGRAU  **ticare**

TISSUE CARE PHILOSOPHY

NUEVO PRODUCTO

Set de Expandores Autorroscantes

Por otro lado, el set de expansores autorroscantes que Ticare - MozoGrau ya comercializaba en el extranjero, sale a la venta en territorio nacional.

Este set permite practicar un alveolo para la posterior inserción de un implante endo-óseo por medio

de la técnica de expansión o compactación ósea. Está especialmente indicado para crestas finas o para compactar el hueso en crestas de hueso tipo IV. También es apropiado para realizar la técnica del cortical Split.

Su uso está recomendado solo en

maxilar superior. Su diseño y marcado permite profundizar progresivamente y favorece un máximo control de la profundidad y del eje de inserción.

El kit incluye una llave manual para expansores, un vástago para la llave manual y seis expansores •



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

SUS PRODUCTOS MÁS REPRESENTATIVOS

NSK lanza el nuevo catálogo de Ofertas Especiales



NSK Dental Spain ofrece un nuevo catálogo con los productos más representativos de la marca. Dentro de los diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica destacan:

- Instrumental rotatorio, turbinas y contra-ángulos, de gran fiabilidad y potencia.
- Mantenimiento: sistemas automáticos iCare para limpieza y lubricación del instrumental rotatorio.
- Higiene bucal: varios Combi Pro, para limpieza por ultrasonidos y aeropulidores.
- Endodoncia: kit especial compuesto por el localizador de ápice iPexII, el micromotor Endo-Mate DT y la conexión MPAS-F20R.
- Cirugía e Implantología: el micromotor Surgic Pro combinable con el sistema quirúrgico ultrasónico Vario-Surg3.
- Autoclaves: iClave, la serie de autoclaves de NSK -Equipo móvil dental Dentalone.
- Laboratorio dental: gama de micromotores y turbinas neumáticas •

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

GSK EN BURGOS

Viaje al origen de la Salud Dental

El pasado 25 de junio en el Museo de la Evolución Humana de la ciudad de Burgos tuvo lugar una interesante mesa redonda sobre la evolución humana y la salud dental.

El acto fue presentado por Alicia Grossocordone de **GSK**, empresa patrocinadora del evento e inaugurado por el Presidente del Colegio de Dentistas de Burgos, Alfredo Aragüés González.

Los ponentes que participaron en este encuentro fueron: José Larena-Avellaneda Mesa, José Ignacio Zalba Elizari, Susana Siemens Barreto y Salvador Fernández Paniagua.

Tras finalizar las ponencias se entabló un largo y animado coloquio entre los conferenciantes y el numeroso público asistente. Al finalizar el acto todos los asistentes tuvieron la oportunidad de visitar el Museo •



EL 3 DE FEBRERO

Ticare - MozoGrau desarrollará en Valencia las V Jornadas de Actualización en Implantología

Tras el éxito de su IV Jornada de Actualización en Implantología, acontecimiento que se celebra durante los años impares y que tiene una duración de un día, Ticare Mozo-Grau ya prepara sus próximas Jornadas de "Actualización en Implantología". La quinta edición de esta cita se desarrollará el día 3 de febrero de 2017,

en la ciudad de Valencia. Se tratarán temas como cirugía regenerativa, preservación alveolar, estética sector anterior, entre otras.

En su anterior edición, celebrada en Bilbao en el Auditorio Mitxelena de la Universidad del País Vasco, este evento de intercambio científico atrajo a más de 300 personas •



ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2016

Nueva edición del programa de Formación en DVD

DVD retoma su proyecto DVD formación y presenta un nuevo programa de cursos para el último trimestre. Los cursos ofrecen un programa orientado a las necesidades y problemáticas de estas disciplinas: endodoncia, radiología 3D, láser y marketing dental.

Calendario de formación: Estrategias para una endodoncia previsible

- Taller teórico-práctico dirigido a odontólogos y estomatólogos.
- Impartido por la Dra. Ángeles Salamanca Ibáñez.
- Barcelona. 02/12/2016.

Uso del láser de diodo en la práctica dental

- Taller teórico-práctico
- Impartido por el Dr. Alejandro Otero Ávila.
- Madrid: 07/10/2016.
- Valladolid: 21/10/2016.
- Valencia: 18/11/2016.
- Jaén (25/11/2016).

Utilización del Cone Beam en la práctica diaria

- Conferencia y taller práctico.
- Impartido por la Dra. Araceli Martínez Miravé.
- A Coruña: 14/10/2016.
- Zaragoza: 18/11/2016.

Aplicaciones de las imágenes 3D en la práctica diaria

- Conferencia
- Impartida por el Dr. Darío Ulman.
- Madrid: 04/11/2016.

5 claves para potenciar su clínica dental

- Conferencia dirigida a personal de la clínica dental.
- Impartida por Hugo Lobato Palazón.
- Barcelona: 21/10/2016.
- Madrid: 07/11/2016 •

DVD

Developing Value in Dentistry

JORNADA DE PUERTAS ABIERTAS Open Day OsteoBiol



Osteógenos desarrollará dentro de su plan de formación del último trimestre del año dos **Jornadas abiertas totalmente gratuitas**: el 29 de octubre en Vigo, y el 17 de Diciembre en Granada.

La Jornada de Vigo contará con la presencia de los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Guillermo Pardo Zamora, que impartirán diferentes conferencias relacionadas con las membranas

dérmicas, el abordaje de atrofas maxilares y los fundamentos en el manejo de sustitutos óseos.

En cuanto a la Jornada que se celebrará en Granada, los Dres. Antonio Murillo Rodríguez, Antonio Armijo Salto y Antonio Fernández-Coppel, impartirán diferentes conferencias relacionadas con el espacio biológico en implantología oral, las membranas dérmicas y el abordaje de atrofas maxilares •

DURANTE 2016 Y 2017

IV Edición del Curso Modular de Cirugía Plástica Periodontal y Periimplantaria

Osteógenos llevará a cabo la IV Edición del Curso Modular de especialización en cirugía plástica periodontal y periimplantaria, que impartirá el Dr. Antonio Murillo Rodríguez durante 2016 y 2017.

Se abordarán todos los tratamientos en cirugía plástica enfocados al entorno clínico: injerto epitelio-conectivo, roll flap, colgajo pediculado palatino,

membranas dérmicas, colgajo de reposición coronal múltiple, técnica en túnel, en sobre, de Langer, Sanctis, Raetzeke, Nelson...

El 5º módulo se completará con 2 cirugías retransmitidas en directo, con la colaboración del Dr. Paulo Fernando Mesquita de Carvalho, del Instituto ImplantePerio, Brasil •



V JORNADAS

de Actualización en Implantología

Implantología en estado puro

PROGRAMA GENERAL

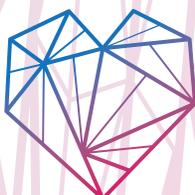
- Estética sector anterior
- Cirugía regenerativa
- Preservación alveolar
- Periodoncia

PROGRAMA PARA PROTÉSICOS DENTALES

VALENCIA

3 de Febrero de 2017

MOZOGRAU®



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

Ya puede inscribirse en: www.ticareimplants.com

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España) T: 902 423 523 F: 983 304 021 · info@mozo-grau.com

