

Javier Sanz Serrulla

*“La odontología está
muy bien representada
en la Real Academia
Nacional de Medicina”*



Manuel Campo Vidal
Experto en Comunicación
Empresarial



Raquel Tirado
Presidenta de AMIC Dental México

¿QUÉ ES ticare?

TISSUE CARE PHILOSOPHY



¿QUÉ INTEGRA LA FILOSOFIA TICARE?

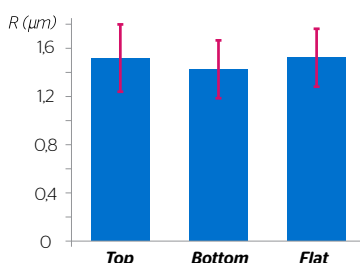


SUPERFICIE RBM TC → HOMOGÉNEA EN TODO EL IMPLANTE

La rugosidad de la superficie se obtiene mediante el bombardeo con partículas de fosfato de calcio. El proceso de limpieza se realiza mediante disolventes ácidos y orgánicos que eliminan todos los contaminantes inorgánicos y orgánicos.

Tras el bombardeo de partículas y posterior proceso de limpieza el resultado es una superficie **microrrugosa y homogénea** en todas las partes del implante.

RUGOSIDAD



Rugosidad de la superficie RBM TC en las diferentes partes del implante

Superficie microrrugosa y homogénea en todas las partes del implante

Fuente: Minnesota University. Análisis realizado por el MDRCBB (Minnesota Dental Research Center for Biomaterials and Biomechanics) de la Universidad de Minnesota.

Desde 1996 en adelante hemos utilizado 771 implantes Mozo-grau [...]. La tasa de éxito en esta muestra fue un 94,25% [...].

TASA DE ÉXITO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS



Fuente: Osseointegrated implant rehabilitation of irradiated oral cancer patients. Naval Gías, Luis et al. Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Vol. 70, Issue 5, 2012.

TASA DE ÉXITO

ARTÍCULO	AUTORES	PUBLICACIÓN	TASA DE ÉXITO
Mandibular Reconstruction With Iliac Crest Free Flap, Nasolabial Flap, and Osseointegrated Implants	Dr. Carlos Navarro Vila et al.		95,2% 
Influence of implant neck design and implant-abutment connection type on peri-implant health. Radiological study	Dr. Miguel Peñarrocha et al.		98,6% 
Changes in General and Oral Health-Related Quality of Life in Immediate or Conventionally Loaded Dental Implants: A Nonrandomized Clinical Trial	Dr. Javier Dolz et al.		98,0% 
A 12 year Retrospective Analytic Study of the Implant Survival Rate in 177 Consecutive Maxillary Sinus Augmentation Procedures	Dr. Luis Naval et al.		93,0% 
Predictability of the resonance frequency analysis in the survival of dental implants placed in the anterior non-atrophied edentulous mandible	Dr. Florencio Monje et al.		97,1% 
Los implantes MG Osseous. Estudio multicéntrico prospectivo	Dr. Rafael Martín Granizo et al.		98,2% 



6 Editorial

8 Opinión

10 Actualidad

16 REPORTAJE

Gran asistencia de profesionales al XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia · Congreso Anual SEPES · Éxito del 1^{er} Branemark Memorial Symposium en Madrid · CONAEDO reconoce el avance académico de la Universidad Anáhuac Mayab

26 Entrevista

- 26 **Raquel Tirado**
Presidenta de AMIC Dental México
- 28 **Javier Sanz Serrulla**
Académico de Número de la RANM
- 32 **Manuel Campo Vidal**
Experto en Comunicación Empresarial

36 Ciencia y salud

- 36 **CASO CLÍNICO**
Patología Oral en imágenes
- 38 Pósters ganadores del VI Simposio Internacional de Avances en Cáncer Oral
- 42 El condicionante oclusal en implantología

48 Mejora tu gestión

- 48 **Falso Valor Añadido, ¿lo estás usando tú también?**
Dr. Alberto Manzano
- 50 **¿Es rentable mi clínica dental?**
Eduard Martín
- 52 **Fuerte corrección en el mercado global de deuda. ¿Y ahora qué?**
Alex Fusté

54 Cultura

- 54 *Las Meninas*, extracto del libro *El rostro Enfermo*

58 Destinos

- 58 Cuenca, ciudad Patrimonio de la Humanidad



15



16



22



28



32



54



58

ODONTÓLOGOS DE HOY

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

FOTOGRAFÍA

Fotolandia

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

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

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

Cristina García Durán. Odontóloga Madrid.

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

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

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

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

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

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

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

Manuel María Romero Ruiz. Académico 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.

Tel: 911 93 59 59

D.L.: M-6480-2013

ISSN: 2255-582X

Primer Foro Latinoamericano de Tecnología Dental

En Alemania
y Austria

15



24



Congreso Internacional de Odontología ADM-AMIC2016

El pasado mes de noviembre

14

**CONAEDO reconoce el avance
académico de la Universidad
Anáhuac Mayab**

**El Dr. Rolando Peniche Marcín fue
nombrado Consejero General**

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



El conocimiento y el respeto a quienes lo transmiten

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

En estos días he tenido la oportunidad de asistir a dos eventos, aparentemente muy diferentes pero, a mi entender, con un elemento esencial en común del que nuestra sociedad, en general, y nuestra profesión también anda escasa, ya que en ambos se rinde tributo al conocimiento, al estudio y a la generosidad de transmitirlo a los demás.

El 25 de octubre en la Real Academia Nacional de Medicina, tuvo lugar la solemne sesión de lectura del discurso de ingreso como Académico de Número del Dr. Javier Sanz Serrulla. Acto emotivo y, como digo, solemne que, como todos los actos de la Real Academia, fue un compartir el conocimiento que fruto del esfuerzo y el estudio tuvo a bien Javier obsequiarnos a todos los asistentes, y a quienes sin asistir tienen ahora la oportunidad de leer su discurso o escucharlo en la web de la RANM, actividad que desde aquí recomiendo a los inquietos por saber. Fue contestado en su discurso, conforme marca el protocolo, por el Dr. Diego Gracia Guillén, discurso que también recomiendo leer o escuchar y del que me permito entresacar unas líneas que no transmitió como propias sino recordando lo que otro Académico dijo nada menos que en 1906, saco yo a colación esta pequeña parte de su discurso para aquellos, que me consta que los hay, que por desconocimiento de la realidad piensen que hablamos de instituciones obsoletas: *“En la Memoria de los Actos Académicos en 1906 el secretario comentaba que todos los actos habidos en ese año habían pretendido reflejar fielmente el estado actual de la ciencia y el arte que profesamos, fundiendo lo viejo y lo nuevo en síntesis fecundas comprensivas de las verdades que forman el orgullo de la generación presente”*.

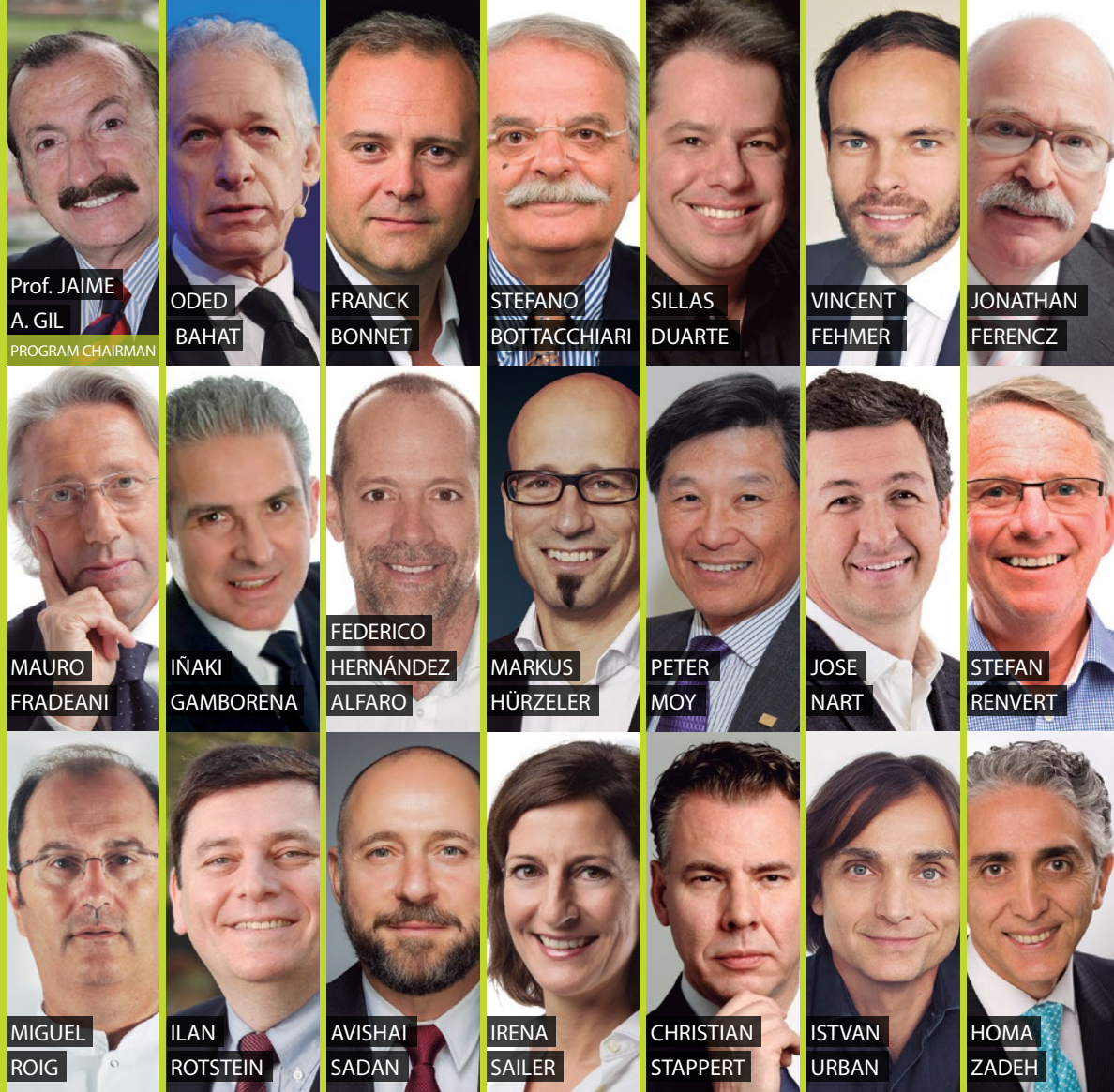
Entre los fines de la Real Academia Nacional de Medicina están, entre otros, contribuir, fomentar y velar por el progreso, la investigación, la docencia, el mejor y mayor conocimiento de la ciencia médica. Como bien dijo el Dr. Gracia Guillén en su discurso de contestación *“La Academia tiene la doble misión de rescatar el pasado y proyectar el futuro”*.

La R.A.N.M. cuenta con el Sillón de Estomatología que ocupa el Profesor Lucas Tomás, y el hecho de que un Odontólogo ocupe el Sillón de Historia refuerza la presencia de la odontología en esta institución, que cuenta también con otros odontólogos y estomatólogos como Académicos Correspondientes.

En el acto tuvimos ocasión de ver al Dr. José M. Lara Sanz, ex presidente del Consejo General de Odontólogos, no así a los actuales miembros del Consejo General, pena que se lo perdieran, a poco algo se aprende y no viene nunca de más el ilustrarse.

El pasado 11 de noviembre tenía lugar, también en Madrid, el Memorial Branemark, un Simposio sobre Implantología organizado por el Dr. Ramón Martínez Corría con un doble fin, homenajear al Profesor Branemark y servir como fuente de recaudación para la clínica que en Bauru (Brasil) fundó el Profesor Branemark para atender a personas sin recursos. Loable iniciativa de quien se siente agradecido a su maestro y que contó con la presencia de notables profesionales de la implantología, que acudieron a ofrecer su conocimiento a los asistentes de forma desinteresada, el mayor homenaje que se puede hacer a quien fue un maestro para ellos es reforzar su legado. A pesar de la coincidencia de numerosos actos docentes, fue un éxito tanto en calidad de las ponencias como en asistencia, y ejemplar la presencia de profesionales venidos de diversas partes del mundo, Europa, América e incluso Asia que participaron para testimoniar el respeto a una de las personas que más ha influido en nuestra profesión. Todas las Sociedades Científicas invitadas prestaron su apoyo a este acto, con la incomprensible ausencia de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, lástima que no hayan sido capaces de mirar más alto sus dirigentes.

Una reunión que se inicia en España y que se repetirá anualmente en cada ocasión en un país diferente. La próxima, en 2017, será en Hong Kong, la primera edición ha sido en España y por ello felicitamos doblemente al Dr. Martínez Corría y a sus colaboradores •



THE 3RD INTERNATIONAL SYMPOSIUM ESTHETIC, RESTORATIVE & IMPLANT DENTISTRY

16 y 17 DE JUNIO DE 2017 / BARCELONA

PALAU DE CONGRESSOS DE CATALUNYA

PRECIOS

- General antes del 30 de abril de 2017 **450 €**
- General a partir del 1 de mayo de 2017 **495 €**
- Estudiante antes del 30 de abril de 2017 **180 €**
- Estudiante a partir del 1 de mayo de 2017 **200 €**

Precios con IVA incluido. Programa sujeto a posibles cambios.

OFERTA 350€
SOCIOS SEPES

INSCRIPCIONES REALIZADAS
antes del 30 de abril de 2017



Información e inscripciones:
Tel. + 34 91 517 87 88
www.symposiumquintessence2017.com

QUINTESSENCE
& Advanced Esthetic Seminars



Primera visita gratis, o errar el tiro

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

En este panorama, a veces tan desolador, en que se ha convertido la práctica de la odontología y la estomatología en España, la palma se la lleva el rutilante anuncio de “primera visita gratis”. Esta estrella que pretende –y lo consigue muchas veces– invitar a los pacientes a entrar en una clínica dental, se disfraza a veces de “estudio sin compromiso”. Pero es obvio que el paciente no adquiere ningún compromiso una vez ha pagado al profesional por su diagnóstico; podrá o no confiar en ese profesional, nadie le obliga. Pero quien así actúa, ya ha empezado errando el tiro.

Desgraciadamente, una buena parte de los servicios odontológicos que se ofrecen en nuestro país han perdido su condición de servicios médicos para convertirse, como apuntaba Alberto Manzano en esta misma revista (Núm. 24), en vendedores de objetos. Y, claro, si lo que algunos hacen es vender objetos –con los implantes como producto estrella– el factor decisivo ya no es la necesidad médica de tratamiento, sino la supuesta bondad del precio.

La primera visita gratis es la perversión primordial de nuestro quehacer (y permítanme la dureza de la palabra), síntoma de la decadencia y la pérdida de identidad de cierto sector de la odontología, como servicio médico que somos. Dice el Harrison (Mc. Graw-Hill Panamericana, 2002) en su capítulo sobre la toma de decisiones en medicina, “La actividad clínica más importante no corresponde a los procedimientos o prescripciones sino a los juicios a partir de los cuales fluyen todos los demás aspectos de la medicina clínica.” Es decir, que la actividad más importante en medicina –y en odontología– es el diagnóstico, porque de ahí se van a derivar todas las demás acciones. Frases como ésta, deberían figurar en el frontispicio de nuestras clínicas.

“El diagnóstico es el cuerpo central de nuestra actividad médica. Si devaluamos este acto, y lo hace quien lo ofrece gratis, estamos devaluando nuestra actividad.”



Los dentistas somos asesores de salud en primer lugar y, a continuación, somos clínicos que prescribimos y ejecutamos tratamientos. Ningún tratamiento puede ser beneficioso para la salud de las personas si no va precedido de un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento meditado a la luz de los conocimientos actuales y la ha-

bilidad de cada clínico para resolverlos con los medios de que dispone. En ningún caso podemos olvidar que el diagnóstico es el cuerpo central de nuestra actividad médica. Si devaluamos este acto, y lo hace quien lo ofrece gratis, estamos devaluando nuestra actividad. Porque es ahí donde el profesional pone en valor sus conocimientos, su preparación y su capacidad para

aconsejar a cada persona en cada situación.

Hace ya mucho tiempo que la medicina pasó de ser el “arte” de curar enfermos a ser la “ciencia y el arte” que se ocupa de la salud de las personas (y de las poblaciones). Ofrecer estudios sin compromiso, es decir, a coste cero, es retroceder todo ese tiempo y venderse por unas monedas futuras. Hoy en día, en sociedades avanzadas como la nuestra, la principal riqueza no reside en los medios materiales sino en el conocimiento •



Niños y dentistas

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

La llamaremos Olivia, para no desvelar su nombre real. La primera vez que la vi tenía dos años, era una niña rubita, con sus gafitas, con cara de pilla y esas dos trenzas un poco despeinadas.

Aunque nos parezca increíble, también en los países ricos y evolucionados existen muchos niños que acaban en orfanatos o con padres de acogida hasta que son adoptados.

Venía con una asistente social, se había caído hacía unos meses y tenía un incisivo central superior completamente negro y con una pequeña infección. Se sentó en el sillón y con su lenguaje de niña de dos años me explicó, como dirían en España, que ese diente "le hacía pupa". Yo le dije: "Bueno Olivia, tendremos que llamar al Hada de los dientes". Expectante pero tranquila se le iluminaban los ojos escuchando la historia del Hada, cuándo, cómo y por qué vendría a buscar el diente a su casa. Los ingleses no conocen a nuestro famoso Ratoncito Pérez. Me quedé con ganas de contarle el cuento de nuestro divertido roedor, pero Pérez vive en España y probablemente no llegaría a tiempo.

Olivia fue muy buena. Sólo dijo una vez que quería que viniera su mamá después de ponerle la anestesia. La asistente social y yo nos miramos compungidas pero seguimos adelante.

Se fue con su diente metido en una bolsita azul con estrellas, muy contenta, y yo me quedé pensando en cómo podía estar sin familia. ¿Por qué había sucedido eso? ¿Quién podía no quererla? ¿Habrían muerto sus padres en un accidente o algo así? Nunca sabremos por qué Olivia acabó en una casa de acogida. Yo me quedé con un sentimiento de preocupación.

En general, los dentistas tenemos peor fama que los médicos. Se ha creado el tópico de que hacemos daño, y

eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos, la mayoría de las veces sin ser una experiencia vivida, algo que le pasó a la abuela, a la tía o a aquella vecina hace al menos treinta años. Yo creo que la gente no es consciente de que, detrás de nuestros tratamientos, está ese sentimiento de protección y de preocupación por nuestros pacientes, exactamente igual que el de los médicos y, en el caso de Olivia, al ser tan pequeña y sin padres, ese sentimiento me tocó un poco más a fondo. Todos sus tratamientos eran decisión mía al cien por cien, no había padres a los que pedir opinión o dar opciones.

Mi dulce Olivia volvió muchas más veces a verme. Tenía varios dientes con caries y poco a poco fuimos haciendo guapos como decía ella a todos esos dientes. Para mi alegría, un buen día vino a su cita y me presentó a su nueva mamá.

En Inglaterra, cuando se adopta un niño, les piden que el niño no cambie de ambiente en dos años para que el cambio no sea tan brusco.

Ya tenía tres años y medio y hablaba por los codos. Cuando le iba a revisar

la boca a su madre, Olivia, que era muy cotilla, me vino por detrás y me preguntó que si podía ver si su mamá tenía algún diente feo. Yo la senté en mis rodillas y nada más que su madre abrió la boca dijo: "si hay alguno feo hay que arreglarlo". Yo no pude contener la risa y después de asegurarle que su mamá tenía unos dientes muy bonitos, ella se quedó tranquila.

Era increíble cómo Olivia, que a los dos años pasó por una extracción y, aunque la tratamos con mucho cariño, no nos conocía, no sólo no nos tenía ningún miedo, sino que solo quería que le pusiéramos a su madre los dientes bonitos. Ella no le habló de dolor, simplemente nos imitó.

Había desarrollado ese mismo sentimiento de protección que yo sentí por ella •

“

Se ha creado el tópico de que los dentistas hacemos daño, y eso se va sintiendo y transmitiendo de padres a hijos. Muchas veces sin ser una experiencia vivida.

”

EN UN ILUSTRE ACTO CELEBRADO EL 25 DE OCTUBRE

Javier Sanz Serrulla tomó posesión como Académico de Número de la RANM

El pasado 25 de octubre, el Profesor Javier Sanz Serrulla, Doctor en Odontología, Estomatología e Historia, tomó posesión como Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) en un acto celebrado en la sede de la institución. Sanz Serrulla ocupará el sillón número 24 de 'Historia de la Medicina', especialidad que está integrada en la Sección IV dedicada a la Medicina Social y Salud Pública.

Sanz Serrulla desempeña el cargo de director técnico del Museo de Medicina Infanta Margarita (MMIM), es fundador y presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología y autor de 22 libros de la especialidad.

El emotivo acto, que contó con la presencia de familiares, ami-

gos, y numerosos paisanos del profesor Sanz Serrulla, tuvo como eje central el discurso pronunciado por el protagonista que eligió el tema '*Elogio de la vieja cirugía*', contestado en nombre de la RANM por el profesor Diego Gracia Guillén, también académico de Número, en el que repasó las grandes figuras que han ocupado este sillón, como los profesores Pedro Laín Entralgo y Luis Sánchez Granjel.

Durante el transcurso de su conferencia, Javier Sanz Serrulla hizo un recorrido de todo lo que ha supuesto a lo largo de la historia la cirugía, ya que, "a pesar de la gran estima que disfruta esta especialidad en la actualidad, en épocas pasadas, el cirujano fue un 'profesional sanitario' de segunda

categoría, cuando no de baja estofa, desdeñado a menudo por los médicos", señaló.

Felicitamos una vez más al Doctor Sanz Serrulla, ya que su presencia en la Real Academia es motivo de orgullo para nuestra profesión •

“
*Sanz Serrulla
ocupará el sillón
número 24 de 'Historia
de la Medicina'.*

”



ANTE UN AUDITORIO DE 200 PERSONAS

MozoGrau presenta la marca Ticare en el mercado chino

El acontecimiento tuvo lugar el pasado lunes 26 de septiembre, durante una gala celebrada en Shanghai, organizada con motivo de la feria dental “China Dental Show” y que es, junto con las ferias de Beijing y Guangdong, de las más importantes del país.

La ceremonia de lanzamiento fue apadrinada por el Prof. Carlos Navarro Vila, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y Jefe de Servicio del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el Prof. Wang Huiming, Catedrático de la Universidad de Zhejiang, Decano de la Facultad de Odontología,

Vicepresidente de la Sociedad China de Cirugía Maxilofacial y Vicepresidente de la Sociedad China de Implantología, y el Dr. Li, Presiden-

“*MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la evolución a Ticare está teniendo una gran acogida.*”

te saliente de la Sociedad China de Implantología.

Durante la ceremonia, el Profesor Navarro Vila impartió una charla magistral sobre “*Implantes en Pacientes Oncológicos*”. Posteriormente, el Prof. Wang y el Dr. Li dieron charlas sobre “*Estética*” e “*Implantología Digital*”, respectivamente.

MozoGrau lleva varios años trabajando en este mercado y la acogida de la evolución a Ticare está siendo recibida con gran entusiasmo por los resultados de los estudios de investigación avalados científicamente •



SEGÚN UN ESTUDIO REALIZADO EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

La gripe A afecta a los jóvenes con factores de riesgo

Un interesante estudio sobre la incidencia de la gripe A ha sido publicado por la revista científica Plos One. El trabajo, realizado por profesionales del Servicio de Neumología y de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, determina que esta enfermedad afecta en mayor medida a jóvenes con factores de riesgo.

Uno de los autores de la investigación, jefe del servicio de Neumología del HUMS, el doctor Salvador Bello, matiza que “este segmento de población más joven se vacuna en menor medida a pesar de contar con indicación de la administración de la dosis antigripal por problemas previos, como patologías crónicas”.

Sin embargo, “los mayores de 65 años tienen tradición de vacunar-

se de la gripe, pero hay gente por debajo de esa edad que a pesar de tener problemas (embarazo, diabetes, asma, inmunodeficiencias, problemas cardíacos, obesidad mórbida...) no se inmuniza y debería hacerlo”, afirma Bello.

Campañas de vacunación

Las estadísticas son claras, entre los pacientes más jóvenes afectados por el virus H1N1, había 48 vacunados y 70 no vacunados. De estos últimos, hasta un 40% tuvo una enfermedad grave frente al 20% de los que sí estaban inmunizados.

Según Bello, este segmento de población más joven y con mejor respuesta a las vacunas teóricamente está asumiendo, a largo plazo, un riesgo más alto de tener enfermeda-

des graves relacionadas con la gripe A y seguirá padeciendo estas complicaciones si no opta por la vacunación. El profesional aboga por la promoción de la inmunización entre jóvenes con factores de riesgo y campañas informativas de difusión que contrarresten las opiniones en contra del uso de las vacunas •



NINGÚN ESTUDIO AVALA QUE EL HUMO NO SEA TÓXICO

Los neumólogos rechazan el nuevo dispositivo que calienta el tabaco

Las compañías tabaqueras han lanzado al mercado un nuevo dispositivo que **calienta el tabaco**, pero no lo quema. De esta manera, el humo que se produce tiene **menos sustancias tóxicas** que el de la combustión. Sin embargo, el Doctor Carlos A. Jiménez Ruíz, Director de la **Unidad Especializada en Tabaquismo** de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, explica que “las tabacaleras lo anuncian como menos tóxico que el cigarrillo tradicional y aseguran que da más satisfacción que un cigarrillo electrónico, ya que la cantidad de nicotina que se puede inhalar es mucho mayor”.

Las tabacaleras no se marcan como objetivo que los consumidores dejen de fumar sino que el fumador persista en su hábito con

la tranquilidad de que está consumiendo un tabaco menos tóxico. Pero, según el Doctor Jiménez Ruíz **“no hay ningún estudio independiente** que avale que el humo que se produce cuando el tabaco se calienta, en lugar de quemarse, no sea tóxico”.



Estos nuevos productos responden a una estrategia de las compañías multinacionales que conocen la mala imagen del tabaco por las campañas de sensibilización realizadas por las Autoridades y son conscientes de que deben vender “alternativas” al tabaco.

“Por eso están tratando de comercializar productos que dicen que son menos tóxicos, como ya hicieron con las variedades light, que eran tan tóxicas como las normales”, explica el especialista en tabaquismo.

Ante este nuevo producto la posición de los neumólogos es clara: “Aunque el dispositivo elimine algunas sustancias, como profesionales de la salud **rechazamos cualquier producto que siga siendo tóxico**”, afirma el Doctor Jiménez Ruíz •

SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

El Zika sigue siendo un grave problema



La Organización Mundial de la Salud (OMS), tras la Vª Reunión de la Comisión de Emergencia del Zika y la microcefalia, ha declarado el fin de la emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional pero ha matizado que éste sigue siendo "un grave problema para la salud global que requiere de una acción intensa y permanente".

Los datos que aporta la comisión explican que, además, aún hay mu-

chas consecuencias del contagio de virus del Zika que se desconocen o no se comprenden, por lo que es necesario seguir con las actividades de investigación de la misma. Asimismo, la comisión considera que se deben establecer procedimientos sólidos y a largo plazo para luchar contra esta pandemia mundial porque los estudios han demostrado "la relación entre la infección por el virus Zika y la microcefalia".

No obstante, la OMS declaró el fin de la emergencia de salud pública de importancia internacional, que fue declarada en febrero de 2016. Las recomendaciones temporales que ha venido haciendo hasta el momento la OMS servirán para conformar el mecanismo de respuesta contra este virus a largo plazo, que está previsto que se ponga en marcha próximamente •

FUNDACIÓN ODONTOLOGÍA SOCIAL

"Sonrisas en lugar de fusiles"

"Todo conflicto bélico es demoleedor. Más aún cuando se trata de una guerra civil. Ucrania ha sufrido una guerra de estas características. La solidaridad existe y, como prueba de ello, la Asociación Obras Cristianas de Gibraltón, (Huelva), ha recibido a 39 damnificados de la guerra de Donest, procedentes de la región de Crimea, en Ucrania. La mayoría, 28 de ellos, son niños. La mitad de ellos, huérfanos. Todos han perdido su referente familiar. Tampoco reciben apoyo de ningún Estado. Gracias a Obras Cristianas estos niños han cambiado nieve por

playa, desamparo por cariño, orfandad por atenciones.

En este contexto la Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para este colectivo vulnerable. Educamos, motivamos y mejoramos su salud oral. Pero sobre todo damos y recibimos mucho cariño. Estos niños han sufrido mucho y agradecen infinitamente las muestras de afecto. El ejercicio de la odontología alcanza su máximo sentido cuando nos permite hacer felices a los que más lo necesitan. Ojalá podamos seguir trabajando con ellos en el futuro" •

“ La Fundación Odontología Social está desarrollando un programa de odontología integral para niños damnificados por la guerra de Donest. ”



Fundación Odontología Social
Luis Seiquer

Antonio Castaño.
(Presidente de la Fundación Odontología Social)



EL DR. ROLANDO PENICHE MARCÍN FUE NOMBRADO CONSEJERO GENERAL CONAEDO reconoce el avance académico de la Universidad Anáhuac Mayab

En el marco de la Asamblea Anual del Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO), la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab fue reconocida, a dos años de su reacreditación, por el avance mostrado en atención

a las recomendaciones emitidas por el propio organismo CONAEDO, contribuyendo a elevar la calidad del programa educativo Cirujano Dentista y participando en el mejoramiento de la educación superior. Durante este período de tiempo la Fa-

cultad de Odontología ha constatado su continuo desarrollo académico, a través de posgrados, ha innovado sus instalaciones con la incorporación de simuladores y una clínica de odontología pediátrica (próximamente) y, en el área de la investigación, ha impulsado diversos proyectos que permiten el avance entre los alumnos.



La Facultad de Odontología es miembro la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO) y a la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO). Además es la única institución privada del sureste reconocida por el CONAEDO.

“
*El Dr. Rolando Peniche
Marcín tomó protesta
como Consejero
General en la nueva
Mesa Directiva del
CONAEDO.*”

En el marco de esta ceremonia, representada por el **Dr. Luis Leal Tobías**, Tesorero; **Dra. Yolanda Valero Princett**, Secretaria; **Dra. Marilu Yamina Galván Domínguez**, Presidenta, y **Dr. Francisco Magaña Moheño**, Vicepresidente, el **Dr. Rolando Peniche Marcín**, Director de la Facultad de Odontología de la casa de estudios, tomó protesta como Consejero General en la nueva Mesa Directiva del CONAEDO •



EN ALEMANIA Y AUSTRIA

Primer Foro Latinoamericano de Tecnología Dental

El Primer Foro Latinoamericano de Tecnología Dental se celebró en Bensheim, Alemania, y Salzburgo, Austria, del 14 al 19 del pasado mes de noviembre. En este encuentro la Universidad Anáhuac Mayab fue una de las cuatro Instituciones de México en acudir y estuvo representada por el Dr. Rolando Peniche Marcín, Director de la Facultad de Odontología de la casa de estudios.

El programa, impartido en inglés, expuso la Implementación

de Proyectos, Aplicaciones Universitarias y Tendencias en la Industria Dental, bajo temas como Tecnología Integrada y Proyectos, Implantología Integrada, Radiología-CadCam, Software de Administración e Integración, Soluciones Financieras-Tecnología, Tecnología en equipos, Dentsply Sirona, Tecnologías de Innovación, Tecnología CadCam, Ergonomía, Higiene y Hábitos en la práctica y en el Aula, Tecnología

de Simulación a la Medida, además de diversos talleres y la visita a las universidades Danube Private University y la Universitätsklinikum de Frankfurt.

Este evento, que contó con más de 30 asistentes de países como Costa Rica, Chile, Uruguay, Colombia, El Salvador, Honduras y México, fue organizado por la compañía Dentsply Sirona, fabricante de productos y tecnologías dentales profesionales a nivel mundial.

La Facultad de Odontología Anáhuac Mayab es miembro fundador de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología (FIEFO), única institución privada miembro de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO) y acreditada por el Consejo Nacional de Educación Odontológica, A.C. (CONAEDO) •

“

El evento organizado por Dentsply Sirona contó con más de 30 asistentes de países latinoamericanos.

”



CELEBRADO EN SAN SEBASTIÁN DEL 28 AL 30 DE OCTUBRE

Gran asistencia de profesionales al XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia

La Asociación Española de Endodoncia (AEDE) celebró en San Sebastián su XXXVII Congreso Nacional de Endodoncia, evento que reunió a más de 500 profesionales y estudiantes de Odontología especializados o interesados en la Endodoncia. El Centro Kursaal de la capital donostiarra acogió a 30 ponentes de reconocido prestigio nacional e internacional, que presentaron las últimas novedades de este campo.

Este evento ha supuesto la presentación de los más novedosos y sobresalientes avances relacionados con la endodoncia, desde las últimas aleaciones y diseños disponibles en el ámbito de la instrumentación, hasta los diferentes

protocolos y equipamientos disponibles para la desinfección e irrigación del sistema de conductos.

Las nuevas tecnologías también tan tenido cabida en el programa científico, con varias ponencias sobre las bases y utilización del CBCT en Endodoncia, una tecnología que gana peso de cara al diagnóstico y el plan de tratamiento.

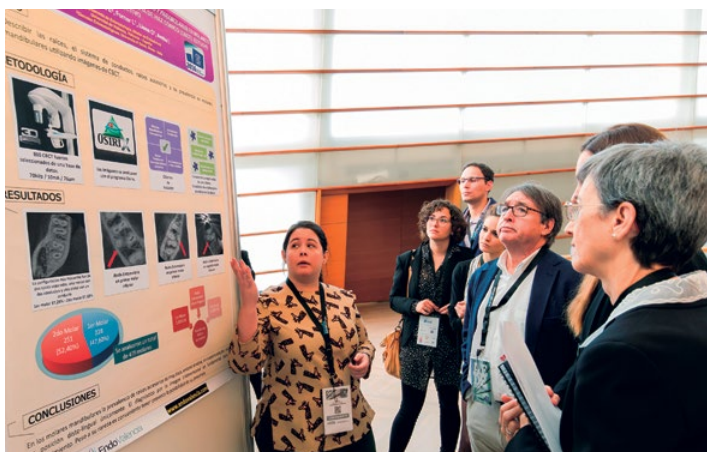
Asimismo, se han debatido cuestiones vinculadas a la relación de la Endodoncia con otros campos de la Odontología como la Periodoncia o la Odontología Restauradora.

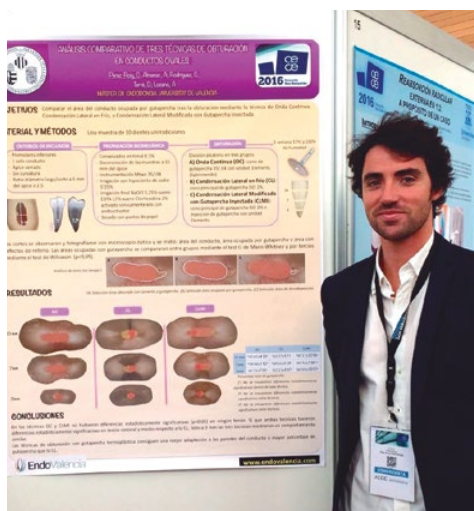
Por otra parte, el encuentro contó con 'AEDE Promesas', un escaparate dentro del panorama científico de nuestro país a siete jóvenes endodoncistas.

“

Este evento, presidido por la Dra. Nina Camborda, ha supuesto la presentación de los más novedosos y sobresalientes avances relacionados con la endodoncia.

”





Los talleres prácticos también han tenido su espacio en esta importante cita profesional. En ellos se ofreció a los asistentes la posibilidad de trabajar con el microscopio operatorio, aprender el manejo y uso del CBCT y la preparación y obturación de conductos complejos con una técnica sencilla y predecible, además de aprender técnicas para la conformación de conductos con seguridad.

Los asistentes tuvieron la oportunidad, como no podía ser de otra manera, de disfrutar de las maravi-

llas gastronómicas de la ciudad, de estupendos paseos por la bella ciudad de San Sebastián y de una visita guiada a Bilbao, para completar con una estupenda cena de congreso muy especial, celebrada en una sidrería vasca.

La industria dental también estuvo presente en esta importante cita, con la presencia, entre otros de Carstream, Dentsply, FKG-Endovations, Zeiss y, de manera destacada, con VDW como patrocinador principal ●



“

El encuentro contó con ‘AEDE Promesas’, un escaparate dentro del panorama científico de nuestro país a siete jóvenes endodoncistas.

”

CELEBRADO EN BILBAO DEL 13 AL 15 DE OCTUBRE

46 Congreso Anual SEPES: innovación y avances tecnológicos al servicio de la profesión

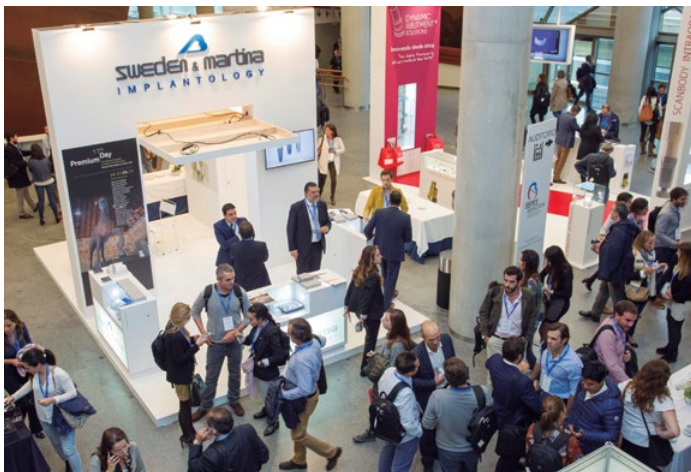
La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES) congregó a más de 2.500 profesionales para abordar las últimas innovaciones y los avances tecnológicos más recientes en tratamientos odontológicos.

Este importante evento de la Sociedad Científica contó con un interesantísimo programa científico, con novedosos contenidos, y la presencia del prestigioso Dr. Frank Spear, así como la de destacados equipos nacionales e

internacionales formados por periodoncistas, prostodoncistas y técnicos dentales.

Este congreso es, anualmente, la reunión científica de SEPES de mayor envergadura, tanto por el número de inscritos como por el número de conferenciantes que participan y la importancia científica del programa de sesiones. En los últimos 5 años, SEPES ha registrado un incremento del 270% en el número de asistentes a su congreso anual.

“ Este congreso es, anualmente, la reunión científica SEPES de mayor envergadura, tanto por número de inscritos como de conferenciantes. ”



Becas SEPES

En el contexto del 46º Congreso SEPES se anunciaron los ganadores de las tres becas anuales que la Sociedad concede y que están dotadas con 6.000 euros cada una. Las dos becas SEPES de Investigación en Prótesis Estomatológica y Estética 2016 fueron otorgadas a la Dra. Sara García Serdio y al Dr. Borja Baldrich por sus trabajos “Evaluación clínica de puentes de circonia monolítica” y “Fracture resistance and behaviour of CAD-CAM composite ultra-thin overlay restorations. Influence of material thickness and bonding tooth substrate”, respectivamente.

Por su parte, la beca SEPES Solidaria 2016 recayó en la entidad

sin ánimo de lucro “Odontología Solidaria”, cuyo objetivo es mejorar la salud oral de las comunidades más desfavorecidas a través del compromiso de profesionales de la salud bucodental, que destinan un tiempo de trabajo voluntario para atender a personas que lo necesitan y que, por situación socioeconómica precaria vienen derivadas por los servicios sociales municipales.

Concretamente el galardón ha sido otorgado por su proyecto “Sillón Solidario en la Clínica Odontología Solidaria Burgos”. La clínica está promovida por el Colegio Oficial de Dentistas de Burgos y la Fundación Odontología Solidaria Hospital San Juan de Dios.





Premios 46 Congreso Anual SEPES



En esta edición la Dra. Natalia Álvarez-Maldonado, con su ponencia “Carga inmediata. Protocolo clínico e importancia de la planificación estética en una rehabilitación completa sobre implantes”, se ha hecho con el Premio a la Mejor Comunicación Oral Clínica. En la categoría de Comunicación Oral de Investigación, el galardón fue para la Dra. Paula López-Jarana por su “Estudio anatómico descriptivo de la angulación del proceso alveolar vs. eje axial del diente en maxilar superior: influencia de la selección del pilar protésico en implantes inmediatos”. Por su parte, el Dr. Pablo Urbán Izquierdo logró el Premio a la mejor Comunicación Póster de Investigación bajo el título “Análisis comparativo volumétrico entre preparación para doble carillas vs. corona Full Veneer”. En

la categoría de mejor Comunicación Póster Clínico, el premio ha sido para la Dra. Sonia Liste Grerla con “Técnica indirecta para la reparación de la fractura en cerámica: a propósito de un caso”. Los cuatro premios están dotados con 1.000 euros y han sido patrocinados por Dentsply Sirona (en las dos primeras categorías), 3M y Howden, respectivamente.

Asimismo, la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética ha fallado el Premio Sepes Junior a la mejor Comunicación Oral que en esta ocasión ha recaído en el Dr. Antonio Meañes Somoza por su trabajo “Predictibilidad para tratamientos de alta demanda estética cuando el tiempo apremia: a propósito de un caso”. SEPES dota este galardón con 6.000 € para gastos de formación •





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

Síganos en     

(*) 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.

CON GRAN ASISTENCIA DE PROFESIONALES Y UN PROGRAMA DE GRAN CALIDAD

Éxito del 1^{er} Branemark Memorial Symposium en Madrid

El 1^{er} Branemark Memorial Symposium se celebró en Madrid los días 11 y 12 de noviembre. Este Congreso, organizado por el Doctor Ramón Martínez Corría, rindió homenaje al profesor Per-Ingvar Branemark, la persona que cambió de manera radical la profesión.

Este evento, que contó con la presencia de importantes especialistas nacionales e internacionales de la implantología, quiso destacar la importancia de la oseointegración en la odontología y, sobre todo, a la persona que la descubrió.

Per-Invar Branemark era un profesional extraordinariamente generoso, prueba de ello es que

dedicó toda su vida a intentar mejorar la calidad de vida de las personas. Por esa razón todos los beneficios recaudados en este encuentro irán destinados al centro Branemark de Bauru que, con carácter benéfico, fundó Branemark para ayudar a personas con defectos y deformaciones maxilofaciales en Bauru, Brasil.

“Odontólogos de Hoy” estuvo presente en este evento y queremos, desde estas páginas, felicitar a los promotores de este importante acontecimiento, por el elevadísimo nivel de los ponentes y por la causa social a la que se destinarán los beneficios ●

“

La recaudación de este congreso se destinará al centro Branemark de Bauru, Brasil.

”



BRÅNEMARK MADRID 2016
MEMORIAL SYMPOSIUM
FERIA DE MADRID - IFEMA
11 / 12 NOVIEMBRE

Per-Ingvar Brånemark
MAY, 3RD, 1929 - DECEMBER, 20TH, 2014
3 MAYO, 1929 - 20 DICIEMBRE, 2014





EL PASADO MES DE NOVIEMBRE

Congreso Internacional de Odontología ADM-AMIC 2016

El XXXIV Congreso Internacional de Odontología ADM-AMIC se celebró los días 17, 18 y 19 del pasado mes de noviembre, en el World Trade Center de la Ciudad de México. El evento contó con la presencia de casi cinco mil asistentes a las conferencias del programa científico, y unas treinta y dos mil personas visitaron la Expo Dental AMIC duran-

te los días en los que transcurrió el Congreso.

La Asociación Dental Mexicana A.C. (ADM) y la Agrupación Mexicana de la Industria y Comercio Dental (AMIC) contaron en esta edición con la presencia de las más altas personalidades de la odontología mundial junto a los más reconocidos profesionales de la odontología mexicana.

Principales ponentes:

Dra. Kathryn Kell: Presidenta electa de la Federación Dental Internacional

Dr. Lauro Medrano: Presidente electo del Congreso de Nueva York (GNYDM)

Dr. Gary Lynn Roberts: Presidente de la Asociación Dental Americana (ADA)

Dr. George Zehak: Presidente de la Asociación Dental de Chicago (CDS)

Dr. Gorki Espinoza: Presidente de la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA)

Dr. Adriano Forghieri: Presidente de la Asociación Paulista de Cirujanos Dentistas (APCD)

Dr. Luiz Fernando Varrone: Presidente de la Asociación Brasileña de Odontología (ABO)

Dr. Pierluigi Delogu: Presidente de la Asociación Italiana de Odontología (AIO)

Dra. María Fernanda Atuesta: Presidenta de la Federación Odontológica Colombiana (FOC)

Dr. Juan Carlos Llodra: Director Ejecutivo del Consejo de Dentistas de la Organización Colegial de Dentistas de España.





Los anfitriones de este importante evento fueron la Dra. Alma Gracia Godínez Morales, Presidente de la Asociación Dental Mexicana y el Dr. Víctor M. Guerrero Reynoso, Presidente del Comité Organizador del Congreso.

En el programa académico participaron cincuenta y un conferencistas de quince países en cursos magnos, conferencias, hands on, etc, en ocho auditorios simultáneos, con 158 horas de educación continua.

Este año tuvieron como institución invitada a Texas A&M College of Dentistry, de donde llegaron como participantes en el congreso seis profesores invitados.

Así mismo se celebró un importante Simposio Ibero Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Oral, patrocinado por Colgate, en el que participaron 7 países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, España y México. En este foro se pusieron en común temas destacados como las prácticas exitosas de cada país referente a Salud Oral.



ADM|AMIC
CDMX2016
Congreso Internacional
de Odontología



RAQUEL TIRADO

"AMIC Dental es el eje vinculante entre la industria y los demás actores del sector odontológico"

La Doctora Raquel Tirado, nombrada recientemente Presidenta de AMIC Dental México, nos comenta el estado de la industria del sector dental en su país y los proyectos que quiere afrontar como responsable de este organismo.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *¿Cuál es el "estado de salud" del sector de tecnología sanitaria en México? Y, más concretamente, cuál es la situación de la industria dental en su país?*

Raquel Tirado: El 90% de la industria en México es importadora, por tanto el impacto global es inminente y aún más por su estrecha relación y cercanía a USA, ya que ello afecta directamente al devenir de la industria, el impacto en sus precios y accesibilidad a tecnología impermisible. Sin embargo la industria tiene un bagaje y experiencia en ello y ha sabido afrontar la devaluación de nuestra moneda,

para que el incremento no se devengue en los precios al consumidor final.

ODH: *¿Qué tipo de acciones propone AMIC Dental a sus asociados para promocionar los avances e innovaciones tecnológicas de las empresas mexicanas del sector dental?*

RT: Uno de los objetivos de esta mesa directiva es continuar con los precios congelados a nuestros asociados, aunado a la fortificación tecnológica de nuestras mago expos, el reflejo monetario entre costo beneficio se verá sin duda en un impacto benéfico.

Acrecentaremos los vínculos internacionales, con la finalidad de apuntalar a nuestro sector exportador.

Remozaremos la colaboración con el sector gubernamental en pro de agilizar la operatividad de nuestro sector importador.

ODH: *El pasado mes de agosto fue nombrada Presidenta de AMIC. ¿Cuáles son los proyectos que le gustaría afrontar como responsable de este organismo?*

RT: Continuar fortaleciendo la Agrupación vinculante con nuestros asociados nacionales y enaltecerla aún más, internacionalmente.



“
Se han llevado a cabo todos los cambios solicitados por parte de nuestros socios, pues han sido en pro de mejorar nuestro sector y nuestras expos.”

Fortificar tecnológicamente a nuestra agrupación en correlación con el sector Gubernamental, Universidades e Instituciones como la Asociación Dental Mexicana.

ODH: *¿Considera que las empresas mexicanas de tecnología sanitaria están suficientemente preparadas para la internacionalización de su actividad?*

RT: Por supuesto.

ODH: *¿Cree que la industria dental de su país se siente apoyada a nivel institucional?*

RT: AMIC Dental es el eje vinculante entre la industria y los demás actores del sector odontológico, actualmente contamos con 120 asociados y nuestras puertas siempre están abiertas, personalmente he recibido propuestas de mejoras por parte de nuestros socios y me es grato mencionar que desde esta mesa directiva, la cual actualmente me honro en presidir, se han llevado a cabo todos los cambios solicitados, puesto que todas las propuestas han sido benéficas en pro de apuntalar nuestro sector y mejorar nuestras expos.

ODH: *¿Cómo son las relaciones entre AMIC y las instituciones nacionales?*

RT: Excelentes, de apoyo, comunicación constante y colaboración unidireccional.

ODH: *El pasado mes de noviembre se celebró la 66 Expo Dental Amic con la presencia de más de 120 empresas. ¿Cuál fue la presencia española en este certamen?*

RT: Siempre ha existido presencia de nuestros amigos españoles dentistas e industriales y es gratificante continuar fortaleciendo este vínculo con unos de nuestros aliados comerciales.

ODH: *¿Tienen relación con otros organismos internacionales para la promoción de las industrias dentales de su país? ¿Con cuáles?*

RT: Además de realizarlo con otras asociaciones internacionales, actualmente se lleva a cabo en sinergia con las embajadas a través de pabellones, como Suiza, Argentina, Alemania, USA, China y creciendo...

“
Como Presidenta de AMIC, me gustaría fortificar tecnológicamente a nuestra agrupación y enaltecerla aún más, internacionalmente.”

”



JAVIER SANZ SERRULLA

"La odontología está muy bien representada en la Real Academia Nacional de Medicina"



Poseedor de un triple doctorado en Medicina y Cirugía (UCM), en Odontología (UCM), y en Historia de la Odontología (UCM), Javier Sanz Serrulla es el primer odontólogo español nombrado Académico de Número en la Real Academia Nacional de Medicina. Aunque le hubiera encantado convertirse en guardameta del Athletic de Bilbao, su gran capacidad para involucrarse en múltiples actividades le ha compensado con creces. Escritor, docente, fundador y presidente de la Sociedad Española de Historia de la Odontología, Sanz Serrulla se confiesa un apasionado de la lectura, el cine, y sobre todo, de "ver pasar la vida" mientras pasea.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: ¿Qué significa para usted su reciente nombramiento como Académico de Número en la Real Academia Nacional de Medicina?

Javier Sanz Serrulla: Una gran satisfacción, por supuesto, aunque las grandilocuencias no me gustan. Don Pedro Laín Entralgo recibió un homenaje a los 90 años y dijo algo así como "a nadie le amarga un dulce", y él representaba la historia viva de España, con lo cual yo también considero un honor el nombramiento, aunque más que yo, creo que las grandes favorecidas han de ser la historia de la Medicina y de la Odontología.

ODH: Posee un triple doctorado en Medicina, Odontología e Historia, ¿con cuál de estas disciplinas se siente más cómodo?

JSS: En realidad no creo que tenga mucho mérito. Cuando me licencié en Medicina, me especialicé en Estomatología, y luego di clases de historia de la odontología y de la medicina, y una cosa fue llevando a la otra. Al final, yo me he especializado en la Historia de la Odontología, dentro del amplio campo de la historiografía médica. Estoy contento con mi actividad como profesor de Historia de la Odontología, pero todo va unido.

ODH: ¿Cree que la estomatología y la odontología están suficientemente representadas en la Real Academia de la Medicina?

JSS: Sí, creo que la Odontología está muy bien representada en la Real Academia de la Medicina. Ésta es una institución nacional que tiene tantos sillones de Académicos de número como especialidades médicas hay. Una de ellas es la Estomatología, cuyo sillón ocupa el Prof. Miguel Lucas Tomás, de quien fui alumno, de superior prestigio profesional, docente y, lo que es más importante, personal. Como Académicos correspondientes hay varios compañeros, de un altísimo nivel.

ODH: Además de sus obligaciones como Académico es un personaje muy activo, ya que son muy destacadas sus iniciativas como la organización de exposiciones o el Congreso Europeo de Historia de la Odontología, que ya lleva dos ediciones. ¿Cómo consigue el equilibrio entre todas sus actividades y su vida familiar?

JSS: Seguramente, restando horas a alguna de ellas, aunque luego se compensan. La historia de la odontología había que hacerla en serio, teníamos la muy respetable historia de la medicina como referencia, por lo cual pensamos que había que pasar de esa historia “anecdótica” a construir una digna historia de la odontología. Hoy en día, la informática y sus avances nos han facilitado mucho este trabajo. Tengo la ventaja de que no tengo actividad privada, asistencial, y eso, con un buen método que con el tiempo vas depurando, te deja mucho tiempo para poder trabajar con comodidad.

ODH: ¿Cuál es su valoración de la situación actual de la odontología en nuestro país?

JSS: Es un momento muy duro que, a corto plazo, creo no tiene solución. Hemos llegado a una situación de plétora profesional que yo creo que es lo peor que le puede pasar a una profesión, porque creo que en los próximos veinte o treinta años, o quizá más, se va a ejercer de una manera muy poco equilibrada entre la oferta y la demanda. Hay un exceso de profesionales tratando las enfermedades bucodentales, cuando la realidad es que además se ha producido una caída importante de las enfermedades gracias al nivel de vida y a los programas de prevención que se han venido desarrollando durante más de veinticinco años. La Sociedad Española de Historia de la Odontología elaboró un documento, que todavía se puede consultar en la portada de nuestra página web: estudiando lo ocurrido en los últimos 25 años, los años de la etapa “odontológica”, alertaba sobre lo que ya vivimos ahora.

Hay muchos profesionales mientras que las enfermedades buco-

“
El gran desequilibrio
entre pacientes
y número de
odontólogos es algo
muy grave que le
ocurre a nuestra
profesión.”

dentales han disminuido, aunque es cierto que algunas especialidades, sobre todo las relativas a la estética dental, son muy solicitadas. Pero es algo muy grave que le ocurre a nuestra profesión, ese gran desequilibrio entre pacientes y número de odontólogos. La sensación es que, con la apertura constante de universidades privadas y alguna pública, esto no se va a corregir. Con lo cual, se va a ejercer de una manera muy tensa, con el peligro del “sobre-tratamiento”, que suele darse en situaciones de este tipo. Es difícil sobrevivir laboralmente porque, además, no hay un aumento de plazas en el sistema público, es más, los servicios de estomatología han sido sustituidos en los hospitales por servicios de cirugía maxilofacial. Esta cuestión es también muy importante, y creo que desde el Ministerio correspondiente se debería tratar con urgencia, el Estomatólogo, o el Odontólogo ahora, con iguales competencias, debe formar parte del equipo que trata a los pacientes de nuestra área en el hospital. Sin ninguna duda.

ODH: ¿Cuando era estudiante, cuáles eran sus sueños?

JSS: La vocación es algo muy complejo, porque saber qué quieres ser cuando tienes 15 o 16 años es muy difícil. En mi caso, empecé la carrera de Medicina con 16 años, con una España en blanco y negro, cuando aún vivía el General Franco.

Yo venía de mi pequeña ciudad, Sigüenza, siendo casi un niño, y empecé tan joven porque iba un curso adelantado y en aquel momento se permitía acceder a la Universidad con esa edad. Yo quería ser médico, lo tenía claro. Mi padre trabajaba en una farmacia y veía entrar los médicos, me llamaban la atención, in-



tentaban solucionar problemas muy humanos, quizá el más humano, sanar al hombre enfermo o acompañarle en sus últimos días. Me hubiera gustado ser médico rural.

Y no digamos, en otro orden, ser guardameta. Lo que hubiera dado yo por jugar con mi Athletic Club de Bilbao. De hecho, hace poco publiqué un libro que titulado “Héroes bajo los palos”, que es un ensayo sobre la vida del guardameta. Creo que el fútbol es un deporte de épica.

ODH: Es autor de 24 libros, ¿de cuál de ellos se siente más satisfecho?

JSS: En realidad soy autor de 24 libros de la especialidad, pero luego he escrito sobre otros temas diversos como los toros, alguna guía local, etc. Sin embargo no me atrevería a decir de cuál me siento más satisfecho porque no creo haber escrito nada grande, como los grandes escritores. Quizá los que me hacen sentirme más orgulloso son los de la profesión, los de historia de la odontología, de los hospitales, las universidades, la farmacia...

ODH: ¿Qué consejo le daría a los nuevos profesionales de la Odontología que, ante la masificación de propuestas formativas, tratan de elegir la mejor opción?

JSS: Es muy difícil dar un consejo, sobre todo a esta generación que tiene una gran formación. Es muy duro decirles que quizá tendrían



que dedicarse a otra cosa. Creo que lo habría que hacer es un pacto a nivel estatal de *numerus clausus*, pero es difícil que las universidades privadas lo acepten. Al final, aunque ofrecen calidad educativa, sin duda, también son empresas, o sea, enfocadas muy principalmente al negocio.

El gran problema es que hay muchos jóvenes, y muy especializados, que siguen sin acceder al mercado laboral, o lo que no es mejor, perciben unos sueldos injustos, que no se corresponden con un país europeo, son casi de esclavitud.

Lo que no tengo tan claro, aunque esto no sea muy popular, es si todo el mundo tiene que acceder a estudios universitarios porque sí, sin más, porque luego no van a poder ejercer. Nuestro país viene arrastrando una falta de planteamiento serio. Hoy en día hay trabajos con formación especializada que no son vistos como de segunda categoría, ni mucho menos. Todos conocemos amigos que han optado por trabajos de formación profesional que viven mejor que nosotros y se sienten perfectamente realizados. Creo que hay que orientar a los alumnos preuniversitarios en función de sus habilidades, y liberarnos ya de ese ineludible paso por la universidad como si lo contrario fuera un fracaso. ¿Realmente puede absorber el mercado laboral tantos odontólogos, abogados, periodistas, etc., como produce anualmente?

ODH: *¿Qué funciones tiene la Real Academia Nacional de Medicina?*

JSS: Es una entidad pública de asesoramiento al Rey, al Gobierno, y a las autoridades que lo requieran, es una corporación altamente especia-

lizada en el campo de la Medicina. Por poner un ejemplo reciente, ante un asunto puntual de salud pública como pudo ser la alarma creada por posible infección del virus del Ébola, el Estado, a través del Ministerio de Sanidad, puede solicitar que se le informe de cuál es la repercusión en la sociedad y qué medidas hay que tomar, siempre desde un punto de vista científico.

Es una institución de casi tres siglos de historia que durante todo este tiempo ha sido una referencia cultural, y ha tenido que ir adaptándose a los tiempos. Ahora mismo tiene un calendario muy intenso de actividades, todos los martes hay conferencias al más alto nivel impartidas por académicos; hay cursos, reuniones específicas, foros de actualización, por ejemplo en este trimestre sobre la problemática del adolescente, de la embarazada, de problemas genéticos, el agua, etc.

Es muy interesante lo que allí se vive, la actividad es permanente. Quizá en lo que debamos profundizar es en hacer una inmersión social importante. En primer lugar tenemos que llegar a todo el estamento médico y sanitario, y después al resto de la población para que nos tengan como referencia, ya que, como digo, se trata de una institución de servicio público al ciudadano.

ODH: *La odontología vive tiempos difíciles, ¿cree que tiene solución esta situación?*

JSS: Ciertamente soy realista, por tanto, pesimista en este asunto. Muchos de los nuevos profesionales están saliendo de España hacia países de nuestro entorno, pero en Portugal, o Inglaterra, por poner un ejemplo empiezan a estar saturados. En el caso del Reino Unido, con el "Brexit" aprobado, el futuro se ha vuelto de súbito incierto ya que allí hay muchos dentistas jóvenes que habían encontrado su lugar, mal que bien. Gran parte de culpa, no toda, la tiene, la tenemos, el propio colectivo, que no ha sabido evitar o paliar esta situación. Creo que a corto plazo, la solución es muy difícil. Estoy en contacto con antiguos alumnos y lo peor es que muchos de ellos no tienen esperanza de llegar a poder trabajar

como dentistas, en condiciones dignas. Algunos ya se dedican a otras profesiones, y con éxito pues potencialmente son muy válidos.

La odontología española nunca ha tenido un número de profesionales tan bien formados como en la actualidad, pero no tienen expectativas reales de trabajo. Vaya situación. Lamentablemente, la culpa no es suya, ya que son admirables, humana y profesionalmente

ODH: *¿Nos puede contar cómo es su día a día?*

JSS: Estoy en comisión de servicio como Director Técnico en el Museo de Medicina Infanta Margarita, donde me ocupo de las actividades que genera, por ejemplo las exposiciones temporales. También me encargo de las labores propias del sillón de historia de la Medicina, que implica investigar el pasado de la medicina española y darlo a conocer.

Por las tardes prosigo con mi labor como docente en la Universidad Complutense, donde llevo ya más de 25 años. Aunque parezca que tengo una jornada muy intensa, debo decir que las nuevas tecnologías, y el extraordinario avance de la informática nos ayudan enormemente en el trabajo diario. Creo que deberíamos reconocer la gran revolución que ha significado en nuestras vidas y en nuestro trabajo la irrupción de internet, no digamos ya en el campo de la investigación. Aún me sigo sorprendiendo de leer al final de la mañana en la red un artículo interesante y poder comentarlo a primera hora de la tarde con los alumnos.

ODH: *Le queda tiempo para disfrutar del tiempo libre, ¿cuáles son sus hobbies?*

JSS: La lectura, también me gusta el cine, por ejemplo lo más reciente que he visto y me ha gustado es la última película de Clint Eastwood, "Sully". El arte, y en esto Madrid es un lugar fascinante con un calendario completo, me llena, como también la música. Me gusta pasear, ver la vida alrededor. Cuando visito una nueva ciudad me encanta sentarme en una terraza y ver pasar la gente, ver pasar la vida •

ORALTHBCN
FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

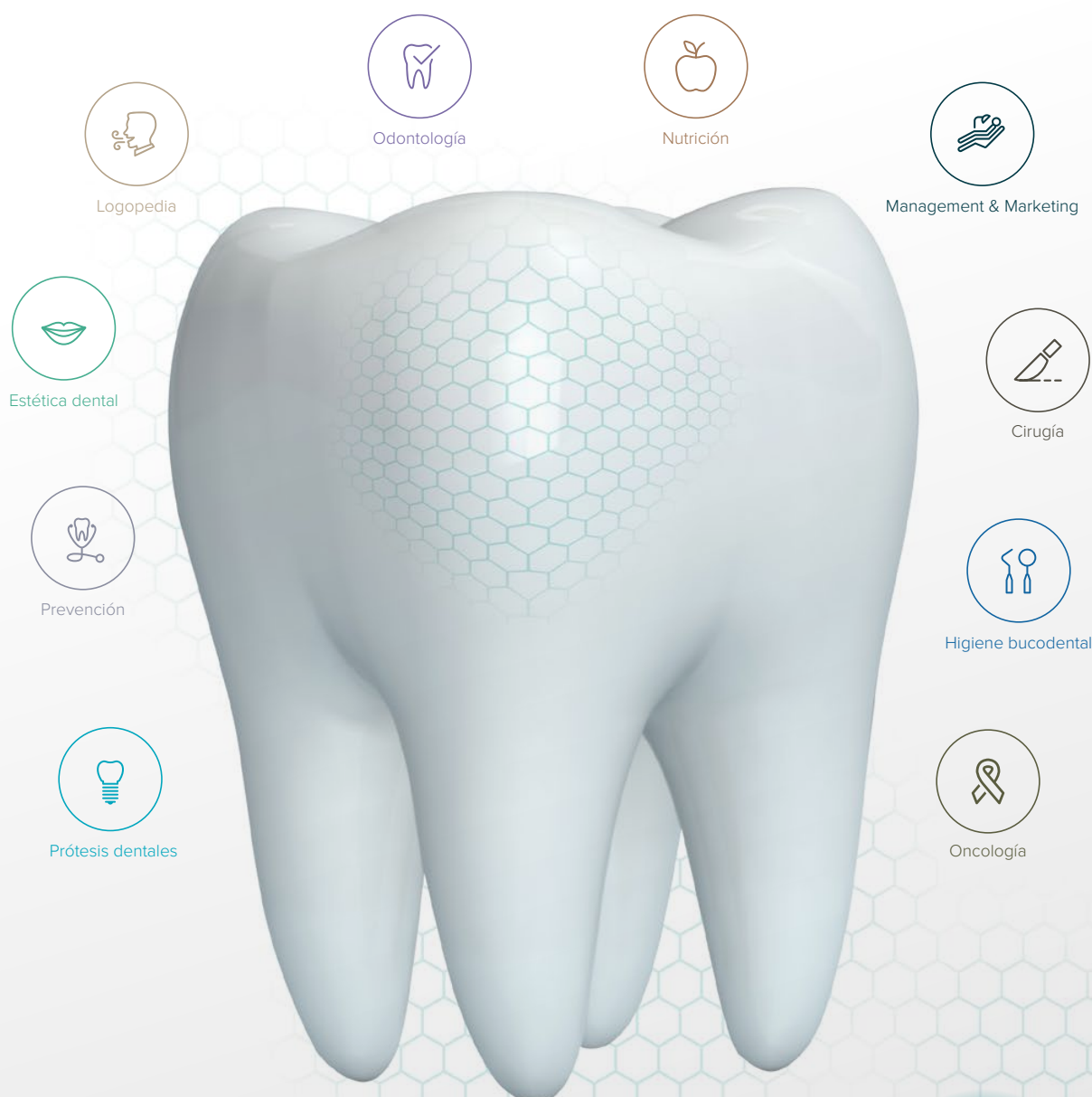
Fira Barcelona

11-13 MAYO 2017
RECINTO GRAN VIA

WWW.ORALTHBCN.COM



LA RED MÁS COMPLETA DE EXPERTOS EN SALUD ORAL



FDM FORUM DENTAL Internacional

EVOLUCIONA Y SE TRANSFORMA EN **ORALTHBCN**

FÓRUM DENTAL Y SALUD ORAL

MANUEL CAMPO VIDAL

"La capacidad de escucha es fundamental para ser un buen comunicador"



Manuel Campo Vidal es un polifacético profesional con una larga trayectoria en los medios de comunicación de nuestro país desde hace más de tres décadas. Periodista, escritor, presentador de televisión, sociólogo, presidente de la Academia de las Ciencias y las Artes de Televisión de España y del Instituto de la Comunicación Empresarial es muy conocido por el gran público por su faceta como moderador de los debates políticos entre los candidatos a la Presidencia del Gobierno de las últimas convocatorias electorales. Como experto en Comunicación es un apasionado de la formación en esa área dirigida a directivos del mundo empresarial.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Usted desarrolla parte de su actividad dando conferencias sobre comunicación a empresas. ¿Cómo valora el nivel que tiene la empresa española a la hora de afrontar sus planes de comunicación?*

Manuel Campo Vidal: Creo que durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora esa situación ha cambiado porque todo el mundo ha visto que la comunicación es básica, los profesionales cada vez acuden más a cursos de comunicación porque saben que no solamente tienen que ser excelentes en su trabajo, sino que también tie-

nen que saber contar bien, se trata de un proceso de aceptación de la comunicación y aprendizaje.

“

Durante años la empresa española no se tomó demasiado en serio la comunicación. Ahora todo el mundo ha visto que es básica.

”

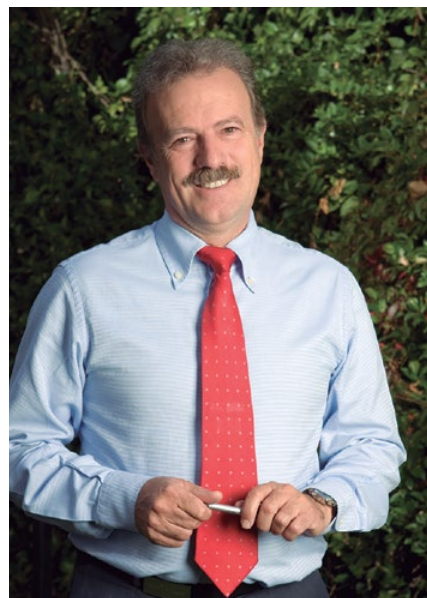
Si tú no cuentas bien lo que ocurre en tu empresa no se va a tener

la percepción de que es una empresa que vale la pena. Una mala "puesta en escena" de tu empresa puede ser aprovechada por la competencia, con lo cual este tema se convierte en vital, estratégico.

ODH: *Usted es un profesional polifacético: periodista, docente, escritor,... ¿con cuál de esas actividades disfruta más?*

MCV: Me gusta la comunicación en todos sus ámbitos, dar conferencias, hacer programas de televisión, de radio, y todos los fines de semana escribo una crónica.

Me gustan todas las formas de comunicación. También me gus-



ta mucho organizar, planificar, ver cómo se pasa de la idea a una realidad. En nuestro Instituto de Comunicación Empresarial ofrecemos formación a profesionales de todo tipo: directivos, emprendedores, gente joven que empieza su carrera, etc., y disfruto mucho organizando los cursos que luego impartimos.

ODH: *¿Cómo se comunica en España? ¿Cómo se aprende a comunicar?*

MCV: Todo el mundo cree que en España los políticos no comunican bien, pero si los ponemos en relación a cómo se comunica en Europa creo que están en la media. En nuestro país hay comunicadores francamente buenos porque se han preocupado de progresar en comunicación o porque han tenido un microclima familiar en el que la comunicación era importante.

Por ejemplo, Gabriel García Márquez siempre ha contado que su madre siempre le relataba historias a la hora de comer y él, posteriormente, a la hora de escribir sus novelas bebió de esa capacidad narrativa de su madre. Por eso, personajes que han crecido con familiares con una buena capacidad narrativa, han tenido ventaja y seguro que eso les habrá servido mucho en su desarrollo posterior y se habrán convertido en buenos comunicadores.

Creo que Felipe González o Adolfo Suárez tenían una inteligencia comunicativa alta, pero por poner otro ejemplo, José María Aznar en sus inicios no era un buen comunicador al principio, pero años más tarde colocaba magníficamente sus mensajes. Detrás de ello había una gran preocupación por la comunicación, una perseverancia por aprenderla y muchos cursos de comunicación que formaban parte de la convicción de que para su trabajo era fundamental.

Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo comunicando se puede practicar y es fundamental para que el orador se encuentre más tranquilo y confiado.

ODH: *¿Qué cualidades debe tener un buen comunicador? Muchos de nuestros lectores son profesionales de la odontología que, a menudo, participan en congresos, seminarios, jornadas científicas, etc., ¿Qué consejos puede ofrecer a nuestros lectores para "hablar en público" de forma eficaz?*

MCV: La pasión es fundamental en el mundo profesional y apasionarse por la comunicación es tan importante como por cualquier otra disciplina. Si uno es una persona atenta que sigue los teledispositivos, observa las conferencias que se dan en los congresos o eventos a los que asiste, esa persona tiene

“
Hay que prepararse, asistir a cursos, porque la técnica para estar más cómodo y confiado comunicando se puede practicar.
”

mucho ganado. Esto, unido al entrenamiento y a una importante capacidad de escucha, es vital para la formación de un buen comunicador. Vivimos en una sociedad que escucha poco, aquí hay mucha gente que viene a "hablar de su libro" y no se para a escuchar a los demás. Seguramente, los odontólogos tendrán que escuchar más a sus pacientes, los periodistas a los que nos leen o nos siguen a través de la televisión, los políticos a quienes les votan y a los que no les votan y, en el caso de las empresas, deben escuchar mucho más a los clientes. Allí donde la escucha se emplea como "bandera" se comunica mucho mejor, es clave.

ODH: *¿Qué consejos le darías a los odontólogos para convertirse en buenos comunicadores?*

MCV: Creo que hay muchos cursos de formación en las empresas, en



todos los ámbitos, pero pocos en comunicación. Me parece importante que haya formación de seguridad en el trabajo, informática, pero creo que la comunicación hay que normalizarla, hay que enseñar a comunicar y enseñar a escuchar. En el área de los lectores de vuestra revista, los odontólogos, y para todos los profesionales de la sanidad en general es clave saber escuchar al paciente.

ODH: *En los últimos años España ha atravesado una gravísima crisis económica de la que aún nos estamos recuperando. Muchas empresas han prescindido de sus profesionales de comunicación y marketing para ajustar sus costes. ¿Qué opinión le merece esta estrategia empresarial?*

MCV: La crisis nos ha traído demasiados recortes que han incidido mucho más en nuestras insuficiencias. Como se da la circunstancia de que la comunicación era importante para muchas empresas pero no era algo asignado, no se promovía desde el convencimiento, ha sido fácil suprimirla y ahí han encontrado muchos problemas algunas empresas.

ODH: *¿Qué recomendaciones daría para superar el miedo escénico?*

MCV: Lo ideal hubiera sido que el sistema educativo español hubiera

“
Lo ideal sería que el sistema educativo español contara con actividades obligatorias como teatro o debate, y así tener herramientas para superar el "miedo escénico" desde pequeños.

”

contado con actividades obligatorias como el teatro o el debate para poder tener suficientes herramientas desde pequeños para superar ese "miedo escénico", pero al igual que se supera el miedo a volar, ese cosquilleo que sentimos al hablar en público también se puede "traer a bajar", se puede vencer con una relativa facilidad. No comunicar bien dentro de las empresas, aunque sean muy pequeñas, limita a todos los efectos las posibilidades empresariales.

ODH: *¿Qué proyectos está desarrollando en estos momentos?*

MCV: Estoy impulsando una escuela de negocios que se llama Next, la estamos desarrollando en el Instituto de Comunicación

Empresarial y estamos muy contentos, ya que ya tenemos 200 matrículas de personas que vienen de 10 países diferentes, para hacer cosas diferentes. Por supuesto, haremos comunicación, *Big Data*, ciberseguridad, estudios que nos conducen a las profesiones del futuro. Estoy apasionado con esto. Vamos a cumplir 10 años en el Instituto por el que han pasado 10.000 personas •





CONGRESO BIENAL coem

Actualización Multidisciplinar
en Odontología

10 y 11 de febrero de 2017 Kinépolis - Madrid



Dr. Maurice Salama

> Prótesis



Dr. Christian Coachman

> Odontología Digital



Dr. William Arnett

> Cirugía Ortognática y Ortodoncia



Dr. Federico Ferraris

> Estética



Dr. Giovanni Zucchelli

> Implantes y Periodoncia



Dr. Ove Peters

> Endodoncia



Dr. Stéphane Simon

> Endodoncia y Odontopediatría

Y además... PROGRAMA DE
EVENTOS PARALELOS



AUTORES:

DR. JULIÁN CAMPO.

Odontólogo. jcampo@ucm.es

DR. JORGE CANO.

Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral
(Reino Unido).

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

Patólogo. Especialista en Patología
de Cabeza y Cuello.

jmontans@anatomia.e.telefonica.net



Caso clínico: Patología oral en imágenes

INTRODUCCIÓN

Mujer de 38 años que presenta en la exploración lesiones blancas extensas en paladar y labios superior e inferior (**figs. 1 y 2**). Además presenta lesiones en piel (**fig. 3**). La paciente refiere que tiene las lesiones desde hace varios meses y han ido a más. No refiere hábitos nocivos, ni fuma ni bebe ni toma ninguna medicación. Se decide realizar biopsia incisional para confirmar el diagnóstico de presunción de Liquefación Plano Oral (LPO), o de Lupus Eritematoso Discoide (LED).

El **estudio histopatológico** de la biopsia realizada, reveló un epitelio escamoso estratificado, con hiperqueratosis, paraqueratosis con degeneración vacuolar de la capa basal y un infiltrado linfocítico subepitelial y en algunas zonas con distribución perivascular y con depósitos de mucina intersticial en el colágeno (**figs. 5-7**). También puede observarse dilatación vascular con ede-

ma en la submucosa o subepidérmico. En muchos aspectos histopatológicos y clínicos esta lesión de LED puede confundirse con el Liquefación Plano Oral (LPO), con el que hay que establecer el diagnóstico diferencial.

En estos casos asintomáticos de LED se debe realizar seguimiento y solamente tratarlos con corticoides tópicos cuando el paciente tiene sintomatología dolorosa. En este caso, debido a la extensión de las lesiones en labios y por motivos estéticos, se decidió la aplicación de corticoides tópicos en orabase, en este caso acetónido de triamcinolona al 0,3% (**fig. 4**).

A pesar de que el paciente no parece tener afectación sistémica de la enfermedad se le recomienda se realice pruebas serológicas para anticuerpos antinucleares ANA, y otros menos específicos como anticuerpos a Ro y La (SS-A y SS-B) para descartar un Lupus Eritematoso Sistémico (LES).



FIGURA 1: Lesión blanca lineal con retículas en labio inferior (Foto inicial)



FIGURA 2: Lesiones blancas que no se desprenden al raspado en paladar superior muy extensas con patrón reticular e incluso en forma "radial" o "rayos de sol" desde la zona central más eritematosa. Obsérvese que en zona central de paladar y encía de premolares superiores, estas lesiones blancas alternan con algunas zonas eritematosas que no le molestan al paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente las lesiones de LED se parecen mucho a lesiones de LPO erosivo pero tienden a tener una distribución menos simétrica. Las estrías queratósicas en LED son más delicadas y sutiles que las estrías de Wickham en el LPO, y suelen mostrar un patrón radial característico desde un foco central (como sucede en la lesión del paladar de este caso en la **Figura 2**).

RESUMEN

El lupus eritematoso puede presentarse en dos variantes clínicas; el LES (Lupus Eritematoso Sistémico) y la forma más crónica de LED (Lupus Eritematoso Discoide), como el caso aquí descrito. El LED es menos agresivo y afecta predominantemente a la piel y raramente evoluciona a LES, que es más grave por su posible afectación a múltiples órganos entre

los que se encuentran los riñones, articulaciones, corazón y pulmones. Ambos tipos pueden presentar lesiones orales. La etiología exacta del LED es desconocida; pero se piensa que se trata de una enfermedad autoinmune afectando ambas ramas del sistema inmunológico (humoral y la mediada por células). Se han identificado auto-anticuerpos dirigidos contra antígenos celulares en núcleo y citoplasma. Estos anticuerpos pueden ser detectados en suero y ser responsable de las reacciones positivas a los anticuerpos antinucleares (ANA) que pueden ayudar al diagnóstico, especialmente en casos de LES. En los casos de LED el mejor método diagnóstico sigue siendo la biopsia cutánea y/o intraoral. Clínicamente las lesiones de LED afectan especialmente a mujeres de mediana edad y estas aparecen frecuentemente en piel (de la cara y

cuero cabelludo), así como en labio e intraoralmente (especialmente en encía y mucosa bucal). La afectación de la piel de la cara en patrón de “alas de mariposa” o rash malar está frecuentemente asociado a los casos de LES. Estas lesiones de LED son muy similares a las del LPO, con el que habría que establecer el diagnóstico diferencial. El tratamiento del LED suele realizarse mediante corticoides tópicos. En casos refractarios al tratamiento se pueden utilizar antimaláricos y sulfonas. Los corticoides sistémicos se reservan para el tratamiento de las formas sistémicas (LES). En muchas ocasiones la primera manifestación de la enfermedad es a nivel de la cavidad oral por lo que el Odontólogo puede contribuir al diagnóstico precoz de esta entidad clínica, que en el caso del LES puede tener importantes implicaciones sistémicas •

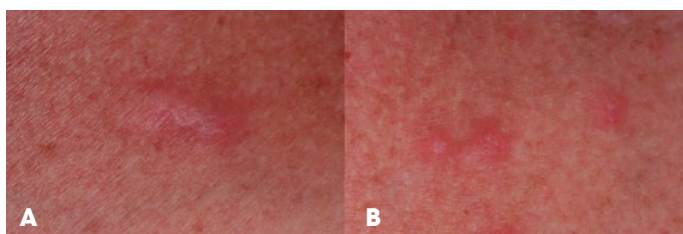


FIGURA 3:
A) Lesiones en piel. Obsérvese que también se reconocen zonas hiperqueratosis.
B) Zonas también de hipopigmentación central.

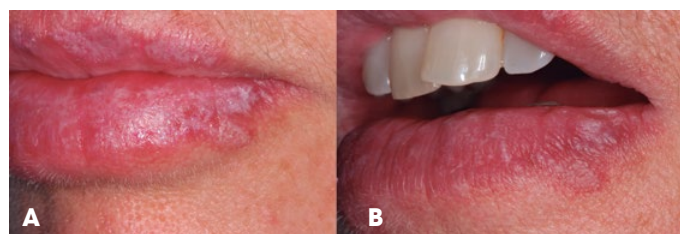


FIGURA 4:
A) Lesiones iniciales de LED en labios (izda)
B) Lesiones de LED en labio tras 15 días con tratamiento de Acetónido de Triamcinolona al 0,3% en orabase

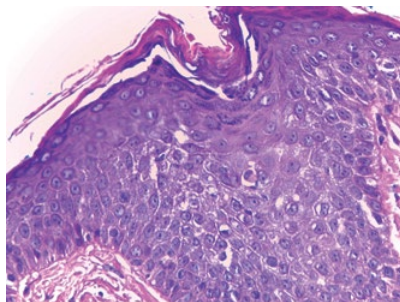


FIGURA 5: Microfotografía 100x H/E. Epitelio escamoso estratificado hiperqueratósico y paraqueratósico con una zona de tapones córneos foliculares típica en algunos casos de LED en piel (ya que están asociados a folículos pilosos).

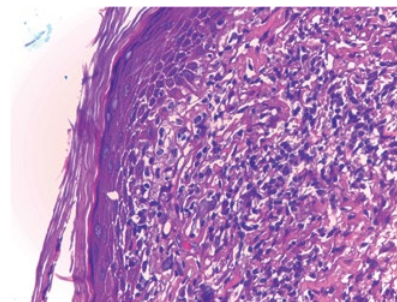


FIGURA 6: Microfotografía 400x H/E. Lupus eritematoso discoide (LED). Esta imagen muestra una zona de atrofia epitelial asociada a degeneración vacuolar de la capa basal junto con un infiltrado linfocítico perivascular superficial y profundo.

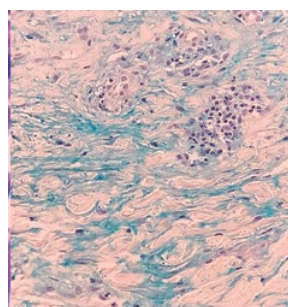


FIGURA 7: Microfotografía 400x H/E. LED. Tinción con hierro coloidal: Depósitos intersticiales de mucina e infiltrados perivascular.

VI Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral

Los pósters ganadores

Presentamos en esta edición los pósters ganadores del concurso celebrado en San Sebastián el pasado mes de julio, con motivo del VI Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral.

PÓSTER 1: La prótesis obturadora en el paciente. Tratado de cáncer oral: serie de casos

Arteaga Losada L, França Vieira da Silva I, Huaman Choque U, Motilva Astorga J, López López J, Jané Salas E. Universidad de Barcelona.

PÓSTER 2: Estudio de pérdida de heterocigocidad en carcinoma de células escamosas oral único y múltiple en marcadores microsatélites asociados a la cancerización de campo.

Sánchez-Alfaro J.1*, Martín-Salvago D.2, Ruiz-Ávila I.3, Ramos-García P.4, González-Ruiz I.5, Navarro-Treviño F.6, Gil-Montoya, J.A.5, González-Moles M.A.5

1. Escuela Odontología, Universidad de Granada, España.
2. Hospital de Jaén, Jaén, España.6 Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
3. Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España.
4. Escuela de Doctorado de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.
5. Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España
6. Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
7. Departamento de Estomatología, Universidad de Granada, España.

También presentamos un póster presentado en el Congreso de la Asociación Española de Endodoncia, celebrado en la misma ciudad de San Sebastián en octubre.

PÓSTER 3: Manejo clínico endodóncico de las fracturas radiculares horizontales (FRH)

Manzano Saiz A, Micó Muñoz P, Escribano Escribá B, Micó Martínez P, Alberio Monteagudo A. Universidad Europea de Valencia.



PÓSTER 1

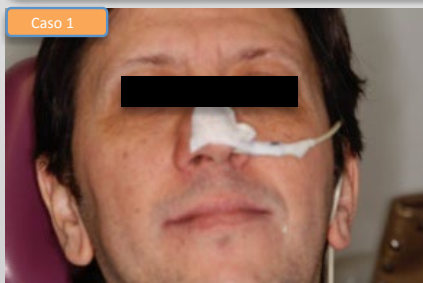
La prótesis obturadora en el paciente. Tratado de cáncer oral: serie de casos

Arteaga Losada L, França Vieira da Silva I, Huaman Choque U, Montilva Astorga J, López López J, Jané Salas E.

Introducción: Los defectos maxilares pueden ser de causa congénita o adquirida. El 2,8% de los tumores malignos de cabeza y cuello causan defectos maxilofaciales. La maxilectomía puede dejar graves deficiencias en la función masticatoria, deglutoria, fonatoria y como consecuencia deficiencias en la calidad de vida. El obturador es una prótesis removible que ejerce efecto de barrera en los defectos quirúrgicos ocasionados

Objetivo: Presentar nuestra experiencia de prótesis obturadora en pacientes con comunicación oro-nasal y oro-faríngea, secundaria a cirugía oncológica y como segundo objetivo, realizar un revisión bibliográfica sobre cáncer oral y prótesis obturadora a fin de evaluar el restablecimiento de las funciones perdidas y la calidad de vida del paciente

Caso 1

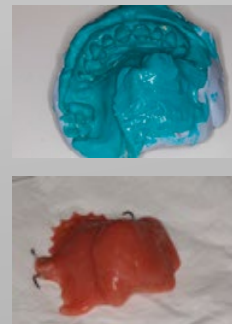


2 años después

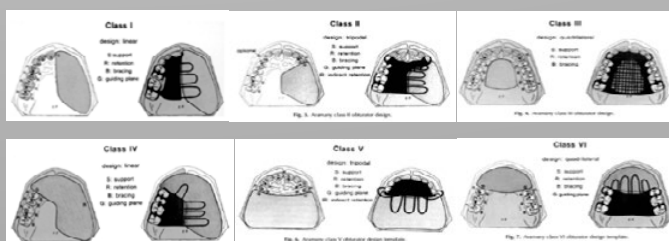


Materiales y métodos: Seleccionamos los casos que hacen referencia a las prótesis obturadoras realizadas en nuestro Máster. Asimismo una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed de los últimos 5 años con las palabras claves "oral cancer" y "obturator prosthesis"

Caso 5



Caso	Sexo	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Clasificación Aramany	Apertura
1	M	45	Carcinoma oral de células escamosas del paladar	Cirugía + injerto cutáneo	V	30 mm
2	M	77	Carcinoma laríngeo	Cirugía + RDT	V	30mm
3	M	47	Hemangiopericitoma orbitario	Cirugía	III	12mm
4	F	61	Carcinoma adenoides quístico del paladar	Cirugía + IMRT	III	22mm
5	M	57	Adenocarcinoma polimorfo Del paladar	Cirugía + RDT	IV	10mm



Parr, Gregory R. et al. Prosthodontic principles in the framework design of maxillary obturator prostheses. Journal of Prosthetic Dent Issue 5, 405 - 411

Resultados: Se encuentran 25 artículos de los cuales se seleccionan 12, descartando los que no se centran en el propósito de la revisión. La literatura coincide con nuestra casuística en que los pacientes rehabilitados con prótesis obturadora, tienen una mejoría en sus funciones perdidas y una mejora en su calidad de vida

Conclusión: Es una buena solución provisional en casos de comunicación, que en ocasiones por la situación clínica del paciente puede ser definitiva. Requiere de una evaluación particular valorando factores tan dispares como la apertura bucal o la estética

PÓSTER 2

Estudio de pérdida de heterocigocidad en carcinoma de células escamosas oral único y múltiple en marcadores microsatélites asociados a la cancerización de campo.

Sánchez-Alfaro J.^{1*}, Martín-Salvago D.², Ruiz-Ávila I.³, Ramos-García P.⁴, González-Ruiz I.⁵, Navarro-Treviño F.⁶, Gil-Montoya J.A.⁵, González-Moles M.A.⁵.

¹ Escuela Odontología, Universidad de Granada, España.
² Hospital de Jaén, Jaén, España.
³ Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
⁴ Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España.
⁵ Escuela de Doctorado de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España.

⁶ Departamento de Patología, Hospital de San Cecilio, España.
⁷ Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real, España.
⁸ Departamento de Estomatología, Universidad de Granada, España.



INTRODUCCIÓN

La cancerización de campo se ha definido como un proceso en el cual existe evidencia concluyente de que las lesiones premalignas y los carcinomas múltiples surgen de un precursor clonal común.¹⁻⁵ El concepto de pérdida de heterocigocidad (LOH) hace referencia a la pérdida de material genético. Su trascendencia radica en que las fracciones del genoma perdidas, albergan genes supresores tumorales (GST) que por tal motivo pierden su función, generando células con inestabilidad genómica y, por lo tanto con riesgo elevado de adquirir nuevos eventos oncogénicos.^{1,6,7,9} La mayor parte de los estudios concuerdan que la aberración molecular ligada a la LOH en diferentes regiones cromosómicas es un evento oncogénico habitual y precoz en la carcinogénesis de cabeza y cuello.^{4,5,7} Se ha demostrado la existencia de una asociación entre las pérdidas alélicas en determinados loci cromosómicos, particularmente las ubicadas en los loci cromosómicos 3p, 9p y 17p, y el riesgo de progresión de lesiones premalignas a cáncer.^{2,3,5} A su vez, el análisis de LOH en tejido tumoral ha sido utilizado para evaluar el pronóstico de los pacientes con carcinoma de células escamosas oral (OSCC) y de cabeza y cuello (HNSCC) evidenciando que las lesiones que presentan LOH en 3p, y 9p poseen mayor riesgo de desarrollo tumoral múltiple.^{1,4,6}

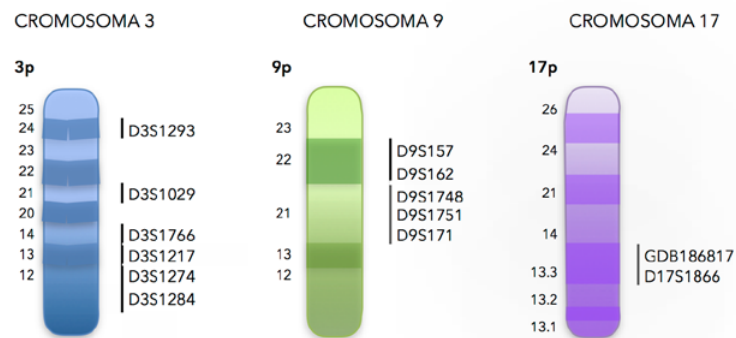
OBJETIVO

Encontrar marcadores específicos que puedan comportarse como marcadores de campo premaligno y de riesgo de desarrollo tumoral múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS

A través de disección tisular de bloques parafinados se obtuvieron muestras correspondientes a tejido tumoral (OSCC), epitelio no tumoral (NTE); adyacente al tumor (NTAE) y lejano al tumor (NTDE) de 25 pacientes, siendo 16 tumores únicos y 9 tumores múltiples. Se estudió la presencia de LOH en ciertos marcadores al compararse con tejido no tumoral coriónico (fibroblastos) el cual también fue obtenido por disección. Los marcadores de microsatélites utilizados fueron: D3S1029, D3S1274, D3S1284, D9S157, D9S1748, D9S1751, D3S1217, D3S1293, D9S162, GDB186817, GDB191095, GDB196683, D17S1866, D3S1766, D9S171.

MARCADORES UTILIZADOS EN ESTUDIO



RESULTADOS

En tumores únicos, el 62% de los pacientes mostró LOH en al menos un marcador común entre OSCC y tejido no tumoral (NTE). El marcador D17S1866 exhibió la mayor frecuencia de LOH. En tumores múltiples, seis de los nueve pacientes poseían en común LOH de algún marcador. D9S162 presentó la mayor frecuencia de LOH, presentándose en un caso en dos de sus OSCC junto con sus NTE y, en otro paciente, en NTAE y NTDE pero no en OSCC.

CASOS TUMORES ÚNICOS

	LOH EN MUESTRAS	TEJIDOS INVOLUCRADOS	MARCADOR INVOLUCRADO
CASO 2	POSITIVO	OSCC- NTDE	D17S1866
CASO 5	POSITIVO	OSCC- NTDE- NTAE	GDB186817
CASO 6	POSITIVO	OSCC- NTDE	D3S1766
CASO 7	POSITIVO	OSCC- NTAE	D17S1866
		OSCC- NTDE	D9S1751
CASO 10	POSITIVO	OSCC- NTAE	GDB191095
			GDB196683
			D17S1866
CASO 11	POSITIVO	OSCC- NTAE	D9S171
CASO 12	POSITIVO	NTAE- NTDE	D3S1284
		NTAE- NTDE	D9S162
CASO 14	POSITIVO	OSCC- NTAE	D3S1217
			GDB191095
			D17S1866
			D3S1766
CASO 15	POSITIVO	OSCC- NTDE- NTAE	D3S1293
CASO 16	POSITIVO	OSCC- NTAE	D3S1284
			GDB196683
			D17S1866

CASOS TUMORES MÚLTIPLES

	LOH EN MUESTRAS	TEJIDOS INVOLUCRADOS	MARCADOR INVOLUCRADO
CASO 1	POSITIVO	OSCC1- NTDE1-NTAE1	D3S1217
		OSCC1- NTAE1	D17S1866
CASO 3	POSITIVO	OSCC3- OSCC1	D3S1217
		OSCC1 - OSCC2	D3S1293
		OSCC1- NTDE1- OSCC2- NTAE2	D9S162
CASO 4	POSITIVO	OSCC1- NTAE1	GDB186817
CASO 5	POSITIVO	NTAE- NTDE	D9S162
CASO 7	POSITIVO	OSCC1- NTDE1	GDB186817
CASO 8	POSITIVO	OSCC1- NTDE1	D9S1751

CONCLUSIONES

Existen marcadores específicos que se presentan tanto en el tejido tumoral como en el epitelio no tumoral adyacente y distante por lo que ellos podrían servir como marcadores de existencia de campo premaligno y desarrollo tumoral múltiple.

REFERENCIAS

1. Partridge M, Pateromichelakis S, Phillips E, Emilion GG, A'Hern RP, Langdon JD. A case-control study confirms that microsatellite assay can identify patients at risk of developing oral squamous cell carcinoma within a field of cancerization. Cancer Res. 2000 Jul 15;60(14):3893-8.
2. Rosin 2000 5: Rosin MP, Cheng X, Poh C, Lam WL, Huang Y, Lovas J, Berean K, Epstein JB, Priddy R, Le ND, Zhang L. Use of allelic loss to predict malignant risk for low-grade oral epithelial dysplasia. Clin Cancer Res. 2000 Feb;6(2):357-62.
3. Califano J, Westra WH, Meisinger G, Coto R, Koch WM, Sidransky D. Genetic progression and clonal relationship of recurrent premalignant head and neck lesions. Clin Cancer Res. 2000 Feb;6(2):347-52.
4. Partridge M, Pateromichelakis S, Phillips E, Emilion G, Langdon J. Profiling clonality and progression in multiple premalignant and malignant oral lesions identifies a subgroup of cases with a distinct presentation of squamous cell carcinoma. Clin Cancer Res. 2001 Jul;7(7):1860-6.
5. Rosin MP, Lam WL, Poh C, Le ND, Li RJ, Zeng T, Priddy R, Zhang L. 3p14 and 7p21 loss is a simple tool for predicting second oral malignancy at previously treated oral cancer sites. Cancer Res. 2002 Nov 15;62(22):6447-50.
6. Sabharwal R, Mahendra A, Moon NJ, Gupta P, Jain A, Gupta S. Genetically altered fields in head and neck cancer and second field tumor. South Asian J Cancer. 2014 Jul;3(3):151-3.
7. Simple M, Suresh A, Das D, Kuriakose MA. Cancer stem cells and field cancerization of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2015 Jul;51(7):643-51.

PÓSTER 3

Manejo clínico endodóncico de las fracturas radiculares horizontales (FRH)



Universidad
Europea Valencia

Manzano Saiz A, Micó Muñoz P, Escribano Escrivá B, Micó Martínez P, Alberio Monteagudo A.

Universidad Europea de Valencia. Departamento de Odontología.
Área Docente de Endodoncia y Odontología Restauradora



INTRODUCCIÓN

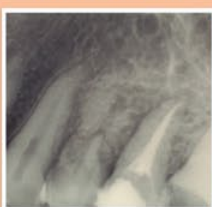
Las fracturas radiculares ocurren en el 0,5-7% de los traumatismos en dentición permanente¹. Las fracturas en $\frac{1}{3}$ medio de la raíz son las más frecuentes². Existen 4 tipos de reparación (por tejido calcificado, conectivo, óseo o por tejido de granulación) que dependerá fundamentalmente de la localización de la fractura y del estado de vitalidad pulpar³. El objetivo de este trabajo es informar sobre el manejo clínico de las FRH y sus diferentes resultados.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

1) FRH $\frac{1}{3}$ MEDIO Hallazgo **casual** en 2.4 por dolor en 2.5. **No tratamiento.**



Diagnóstico



Rev. 15 días

2) FRH $\frac{1}{3}$ MEDIO Fractura en 1.1 con **luxación lateral** hacia lingual. Se reposicionó el diente y se **ferulizó** con composite durante **4 semanas**. **Controles sin hallazgos patológicos.**



Diagnóstico



Ferulización



Rev. 6 m



Rev. 12 m

3) FRH $\frac{1}{3}$ CERVICAL Fractura radicular conminuta cervical en 1.3 sin desplazamiento. **Ferulización** con alambre de acero trenzado durante **4 meses**. **Controles sin hallazgos patológicos.**



Foto inicial



Diagnóstico



Ferulización



Ferulización 4 m



Rev. 12 m



Rev. 12 m

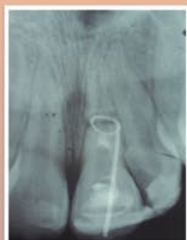
4) FRH $\frac{1}{3}$ CERVICAL Fractura radicular cervical en 2.1 inmaduro con **luxación lateral** hacia palatino. **Ferulización** con composite tras reposicionamiento. A los 2 meses aparece un **absceso**, que tratamos con Ca(OH)_2 en porción coronal. Al mes aparece **fístula** y recambiamos el Ca(OH)_2 . Se finaliza el caso con la endodoncia, **manteniendo la porción apical sin tratar**. **Controles sin hallazgos patológicos.**



Diagnóstico



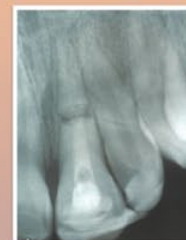
Rev. 2 m



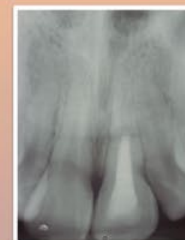
Rev. 3 m



Rev. 4 m



Rev. 6 m



Rev. 12 m

DISCUSIÓN

Los principales factores pronósticos de estas fracturas son: tiempo desde fractura a inicio de tratamiento, grado de movilidad, localización de la fractura, vitalidad pulpar y grado de desarrollo radicular^{4, 5}.

Hay que tener en cuenta que las FRH pueden pasar inadvertidas y no suelen necesitar tratamiento pulpar, solo control⁶; el fragmento apical también suele permanecer vital; en caso de necrosis (25% casos), habría que extraerlo quirúrgicamente⁷.

El condicionante oclusal en implantología



FÉLIX-MANUEL NIETO BAYÓN

Académico correspondiente, Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid
Clínica Estomatológica medico - quirúrgica,
Dr. Nieto Bayón - Valladolid.
fmnietobayon@hotmail.com

RESUMEN

La pérdida de cualquier miembro u órgano de nuestro cuerpo, por pequeño que éste sea, siempre ha merecido consideración especial y ha despertado el interés para tratar de reponerlo a la mayor brevedad posible. Esto es y ha sido una constante tan antigua como la humanidad misma. Dentro del tema que nos ocupa, que es la **reposición dental** a través de **implantes**, trataremos de realizar una **revisión histórica** desde el momento en que tenemos testimonios fidedignos implantológicos, año 7000 A.C., hasta nuestros días; valorando su evolución a través de la historia y remarcando cómo las ausencias dentales siempre fueron motivo de estudio crítico por escritores y artistas.

Describiremos los tipos y características de diferentes implantes dentales, definiendo el concepto de **osteointegración** con el metal **Titanio (Ti)**, descubrimiento aportado por el sueco Per—Ingvar Branemark, así como las enfermedades periimplantarias y los factores determinantes del fracaso de los mismos.

Finalizaremos comentando el tratamiento protésico sobre implantes y cómo la **Oclusión Dentaria (OD) fisiológica** es el fundamento para el éxito implantológico.

PALABRAS CLAVE:

Implantes, Osteointegración, Oclusión dentaria.

ABSTRACT

The loss of any limb or organ of our body, however small it may be, has always deserved special consideration and triggered the initiative to replace it as soon as possible. This has been a constant in human history.

In this paper, we conduct a historical review of dental replacement through implants, starting from the moment we have reliable testimonies of implantology —7000 b. C. — and moving on up to the present. We assess the evolution of implantology through history and analyze the critical study of dental absences by writers and artists.

We describe the types and characteristics of different dental implants and define the concept of osseointegration with the metal titanium (Ti), discovered by the Swede Ingvar Branemark. We further define the peri-implant diseases and describe the factors determining the failure of dental implants.

In the final part of the paper, we comment on the prosthetic treatment on implants and put forward that physiological DO is the foundation for implant success.

KEY WORDS:

Implants, osseointegration, dental occlusion

1. INTRODUCCIÓN

Los **dientes**, siempre han sido objeto de una consideración especial dentro de las partes de nuestro cuerpo. Habiendo proyectado su influjo de tal suerte que han merecido una atención superlativa, tanto en las personas como en la sociedad, y no digamos entre escritores y artistas.

El tener dientes o no, se ha interpretado invariablemente cual símbolo y paradigma de **belleza o fealdad**, o como hecho diferenciador entre **el bien y el mal**. En distintas otras ocasiones fueron utilizados para caricaturizar situaciones ridículas, de sarcástica mofa o desgarradora crítica. Así, tanto escultores, escritores, imagineros, pintores, fotógrafos, etc., encontraron en los dientes un filón donde expresar sus intenciones, deseos y matices, a fin de poder describir y definir con exactitud las características más representativas de sus personajes, tal como: la bonhomía, la maldad, lo hermoso y bello, lo disforme, lo aterrador...

Para nuestro más universal escritor, **D. Miguel de Cervantes Saavedra**, que en este año conmemoramos el 400 aniversario de su muerte, tampoco pasó desapercibido el órgano dental en su obra maestra *Don Quijote de la Mancha* y, de estas maneras se dirige El Caballero de la Triste Figura a su escudero:

"Porque te hago saber, Sancho, que la boca sin muelas es como molino sin piedra, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante". Volviendo a referenciar los dientes en otro pasaje:

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

Metió Sancho los dedos y, estándole tentando, le dijo: ¿Cuántas muelas solía vuestra merced tener en esta parte?

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

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

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

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

2. CONDICIONANTE OCLUSAL EN IMPLANTOLOGÍA

La íntima relación existente entre el Implante Dental (**ID**) y la Oclusión Dentaria (**OD**) hace de ésta el condicionante imprescindible para el éxito en los tratamientos protéticos implanto soportados.

Es por ello complicado hablar de implantes sin mencionar la (OD), ya que de ella dependerá en gran medida la fijación, duración y oseointegración de los implantes, en definitiva el éxito del tratamiento.

3. IMPLANTES DENTALES.

3.1 Historia de la implantología

Como sabemos, el deseo de reponer miembros perdidos, siempre ha sido una constante en la humanidad.



Implante y diente

En la mitología egipcia observamos como Osiris (dios del bien), es descuartizado en su lucha contra su hermano Seth (dios del mal) y sus restos esparcidos por el universo. La diosa Isis (esposa y hermana de Osiris) y su hijo adoptivo Anubis, recuperarán sus despojos y le recompondrán para devolverle la vida, quedando embarazada de él, y así nacerá Horus.

En la **prehistoria** (año 7.500 a.C), se han encontrado un Maxilar Superior con un implante dental a nivel del 25, realizado con el hueso de la falange de un dedo y en Mandíbula unos implantes incisales confeccionados con concha de molusco, que datan del año 6.000 a.C. Igualmente del año 3.000 a.C se conservan arcadas dentarias adornadas con tallados y piedras preciosas supuestamente para embellecer la sonrisa.

En **Egipto** se encuentra testimonio de Hesy-Ra como cirujano dentista en el año 3.000 a.C y dientes transplantados sujetos entre sí, por hilos y cintas de cobre.

Ya en el **Medievo** (año 1.000-1.799), nos encontramos con **Albucasis**, quien describe el reimplante dental, siendo considerado como el **padre de la Cirugía**.

Ambroise Paré (1530), padre de la cirugía moderna, nos comenta en su libro *Obras completas* el primer transplante y reimplante dental. Siendo posteriormente los cirujanos barberos, quienes realizaban transplantes dentales, con plebeyos como donantes.

El francés **Pierre Fauchard** (1678-1761), realiza también transplantes dentales y, está considerado el "padre" de la Odontología moderna.

Francisco Martínez Castrillo, 1557, escribe *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*. Considerado el segundo libro mundial de Odontología.

John Hunter (Long Calderwood, 1728 - Londres, 16 de octubre de 1793) fue cirujano y anatomista, implantó un diente humano que no había completado su apicofornia-ción en la cresta de un gallo.



Albucasis



Ambroise Paré

Implantología premoderna, destacamos a :

- **Maggiolo** (1809): Diseña un implante de oro.
- **Harris** (1887): Implante con raíz de platino revestida de plomo.
- **Berry** (1888): Recomendó el plomo.
- **Wright**: Patentó una estructura de platino.
- **Friel**: Hizo agujeros en la raíz del implante.
- **Payne** (1901): Cápsula de plata en alvéolo y corona sobre la estructura.
- **Algarve** (1909): Demostró el fracaso de Payne por su toxicidad.
- **Greenfield** (1911): Utiliza cesta de iridio y oro de 24 quilates.
- **Venable** (1937): Desarrolló la aleación de Co-Cr-Mb, denominada Vitallium.

Implantología moderna:

Tenemos dos escuelas clásicas:

1. **Subperióstica de Dahl** que utiliza implantes yuxta-óseos en el año 1940.
2. **Intraósea de Formigini**, con implantes endo-óseos en 1947.

Se comienza utilizando agujas y tornillos endoóseos de acero inoxidable, que también se oxidan, y se compone además de hierro, de un 14% de níquel, un 18% de cromo, un 2% de manganeso y un 3% de molibdeno.

Pero fue **Formigini**, padre de la implantología **endoósea**, quien en 1947 crea el Implante espiral de tantalio. Posteriormente **Linkow**, en 1960, presenta el implante de lámina. Y **Chercheve**, en 1962, el implante espiral en doble hélice (Cr-Co).

Implantología en España:

- **Pascual Vallespín**: Modifica la técnica subperióstica.
- En los años 60, **Feliciano Salagaray**, **Baldomero Sol** y **Manuel Irigoyen** fueron los pioneros de los ID en España.
- **A. Perrón**, en 1967 publica el primer libro sobre Implantología en España.

Oseointegración

El suizo Armand Dumond con el italiano Stefano Tramonte fueron los primeros en fabricar un implante dental autorroscante en Ti (1959) y colocarlo en boca. Pero fue el sueco Per-Ingvar Brånemark quien por serendipia, (palabra de origen inglés que se utiliza, principalmente, para casos de descubrimientos científicos que se producen por casualidad y que se encuentran sin buscarlos). Así fue como, experimentando en el Laboratorio de Microscopia Vital de la Universidad de Lund (Suecia), intentando grabar las transformaciones óseas en una tibia de conejo a través de una microcámara fotográfica de Titanio (Ti) sujeta por un tornillo de tantalio, al intentar retirarla del hueso no pudo, por encontrarse integrada en el mismo. Desde entonces este fenómeno es conocido con el nombre de Oseointegración u Osteointegración y el Ti considerado material biocompatible.

El Ti como metal no se encuentra libre en la naturaleza, pero es el noveno en abundancia en la corteza terrestre, y está presente en la mayoría de las rocas ígneas y sedimentos derivados de ellas. Su número atómico es 22 y su peso atómico 47.867. Existen 27 grados de Ti, considerándose puros del 1 al 4.

Para los componentes protésicos (tornillos y pilares), se utiliza Ti de grado 5, que llevan aleación de Aluminio y Vanadio. Es un metal que en contacto con la atmósfera se oxida en milisegundos, transformándose su superficie en Óxido de Titanio, dicho óxido se comporta como un material bio-inerte.

Per-Ingvar Brånemark en 1977 definió la Oseointegración como la "Conexión íntima, directa, funcional y mantenida en el tiempo, entre el hueso vivo y un implante, sometido o no a carga".



Per-Ingvar Brånemark

3.2. Implantes dentales endoóseos

Tipos:

Podemos realizar clasificaciones de implantes según su forma, su naturaleza y su situación en los maxilares. Así tendremos:

- Según forma: atornillados, impactados, autorroscantes y de lámina.
- Según naturaleza: Titanio, Circonio y aleaciones cerámicas de Hidroxiapatita.
- Y de acuerdo a su situación: alveolares, zigomáticos y pterigoideos.

Componentes de un implante dental

1. El ID propiamente dicho: con forma de tornillo o lámina, que hará de raíz y se integra en el hueso.
2. El pilar transmucoso: es la pieza que unirá el implante con la corona y va conectado al implante por un tornillo. Los pilares se fabrican con diferentes diseños (dependiendo de su uso) y longitudes. Para las restauraciones de dientes individuales es muy importante disponer de un dispositivo antirotación que impida el movimiento del pilar y la corona sobre el implante. Dicho dispositivo de conexión implante-pilar puede ser atornillado con

XIX TALLER INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA ORAL

Medicina Oral: Desafíos diagnósticos y terapéuticos



Invitado Internacional

**Jueves 19 y Viernes
20 de enero de 2017**
Facultad de Odontología
Universidad de Chile

Dr. José Vicente Bagán Sebastián, Especialista en Estomatología. Catedrático de Medicina Bucal y Jefe de Servicio de Estomatología del Hospital General Universitario de Valencia.

Conferencias

Enfermedades ampollares **Dr. José Bagán**
Liquen plano **Dr. José Bagán**
Linfoma en cavidad oral **Dr. José Bagán**
Ecotomografía y RNM en patología maxilofacial **Dr. Jorge Pinares**
Cáncer de piel **Dr. Andrés Figueroa**
Tumores odontogénicos **Dr. Enrico Escobar**
Experiencia hospitalaria en patología oral **Dra. Milly Yañez**
Infecciones oportunistas bucomaxilofaciales **Dra. Patricia Palma**

Mesa Redonda con invitados nacionales e internacionales:

«Metabolismo óseo y Osteonecrosis por medicamentos»

Dra. Claudia Campusano, Dr. Rodrigo Fariña, Dr. José Bagán

Sesión clínico-patológica / Presentación de poster

PÚBLICO GENERAL

\$100.000 (antes del 30/11/2016 \$85.000)

ACADÉMICOS UNIVERSIDAD DE CHILE

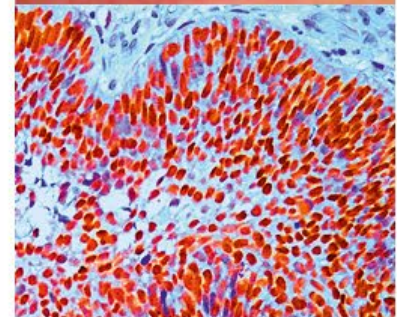
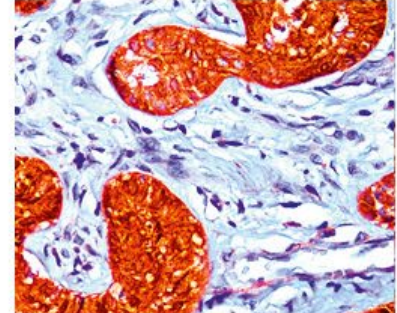
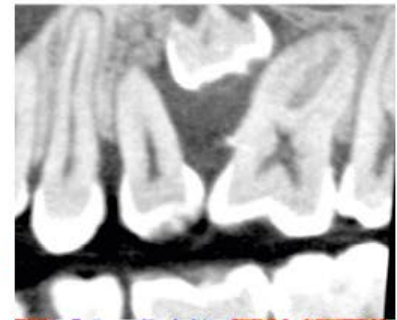
\$ 75.000 (antes del 30/11/2016 \$60.000)

CIRUJANO DENTISTAS EN FORMACIÓN DE POSTÍTULO

\$60.000 (antes del 30/11/2016 \$50.000)

ESTUDIANTES DE PREGRADO

\$40.000 (antes del 30/11/2016 \$30.000)



Envío de resúmenes hasta el 5 de diciembre de 2016, email: taller2017@odontologia.uchile.cl
Más información en www.odontologia.uchile.cl

CURSOS PRE TALLER / MIÉRCOLES 18 DE ENERO 2017

Visualización de lesiones centrales a través de cone-beam Dr. Daniel Pinto y Dra. Sylvia Osorio

Odontología y sus especialidades, contexto ético y legal Dr. Luis Ciocca y Dra. María Angélica Torres

Valor por curso: \$50.000.- Pre-inscripciones: taller2017@odontologia.uchile.cl

Contacto del Departamento de Patología y medicina Oral 22 978 1791 - Secretaria del departamento Claudia Salce Espínola

hexágono u octógono interno, externo, de conexión conométrica y de conexión con pilar cementado.

3. La Corona: es la prótesis que imita al diente natural. Pudiendo ser de circonio, porcelana o de porcelana sobre metal, y colocada de forma atornillada o cementada.

Criterios para el éxito en implantología:

Según Albrektsson :

- ID inmóvil clínicamente.
- No existe radiolucencia periimplantaria a R.X.
- Pérdida ósea vertical menor de 0,2 mm por año.
- No dolor.
- Que el implante permita la colocación de una prótesis.

Estadísticamente, se dice que el éxito de los ID es superior al 95%, quince años después de su colocación. Puede existir una pérdida primaria, por acto quirúrgico inadecuado e infecciones, en un 5,3% de los casos y, una pérdida tardía, en la mayoría de los casos de origen oclusal, de un 4,7%.

Con el fin de valorar el grado de fijación (osteointegración) de un implante, realizamos el análisis de la frecuencia de resonancia, con un instrumento denominado Ostell, el cual mide a través de ondas, el coeficiente de estabilidad implantaria (ISQ). Si el ISQ es superior a 49, tendremos una posibilidad alta de éxito y si es igual o mayor de 60, podremos realizar carga inmediata.



Ostell

Principales causas de fracaso en ID

1. Tratamiento inadecuado por hueso deficiente, implante impropio, prótesis con cantilevers, defectuosa OD, etc..
2. Mala higiene bucal.
3. Infecciones: periimplantitis y mucositis.
4. Hábitos nocivos: bruxismo, tabaquismo... etc..
5. Enfermedades sistémicas: SIDA, diabetes, osteoporosis.

Periimplantitis: Enfermedad inflamatoria alrededor del hueso de un ID. Está provocado por una infección bacteriana. Las enfermedades sistémicas que se asocian a esta enfermedad son, la leucemia, el SIDA y alteraciones endocrinas y metabólicas como diabetes, embarazo y osteoporosis.

Mucositis: Reacción inflamatoria alrededor de los tejidos blandos que rodean al implante dental. Sus síntomas son enrojecimiento, sangrado y dolor entre otros.

Prótesis Implantosoportadas

Los ID se asemejan a unas raíces artificiales, para poder colocar sobre ellas prótesis semejantes a nuestros dientes, a fin de restituir los espacios edéntulos.

En la actualidad, lo más novedoso son los registros por ordenador, a través de imágenes en 3D de las arcadas dentarias, para la confección de prótesis, con el denominado Sistema CAD/CAM (Diseño Asistido por Computadora / Fabricación asistida por Computadora). Las secuencias de este sistema son: escaneado, diseño mediante software tridimensional, fresado, sinterizado (tratamiento térmico de un material, a una temperatura inferior a la de fusión, para aumentar su resistencia) y recubrimiento de cerámica.



Prótesis implantosoportada

4. OCLUSIÓN DENTARIA COMO BASE DEL ÉXITO IMPLANTOLÓGICO

Definimos OD como la relación morfológica y funcional dinámica entre todos los componentes del Aparato Estomatognático (AE).

El AE está conformado por los dientes, tejidos de soporte, articulaciones y, todo ello engranado por un sistema Neuro-Muscular.

La OD es la dovela, la piedra angular en la que nos fundamentamos para cualquier tipo de rehabilitación dental, incluida la rehabilitación con implantes (RI).



Rehabilitación

Factores Oclusales en la RI

- La relación Implante-Hueso es una anquilosis funcional, sin amortiguador periodontal y sin sensación propioceptiva.
- Las cargas sobre implantes deben ser axiales.
- Los implantes han de ser lo más largos y anchos posibles, sin comprometer tejidos adyacentes.
- Fijar el número necesario de implantes.
- Conseguir un buen ajuste pasivo de las prótesis.

El tipo de OD que realizaremos en prótesis sobre implantes guardará las mismas normas que cualquier tipo de rehabilitación:

Función fisiológica de las articulaciones del AE.

Oclusión funcional mutuamente protegida, guía canina, guía anterior y el mayor número de contactos entre ambas arcadas dentarias.

No prematuridades ni interferencias, ni trauma oclusal primario en lado de trabajo y secundario en lado de balanceo. Consiguiendo una correcta dimensión vertical, tanto en reposo, como oclusal •

BIBLIOGRAFÍA:

1. ALBREKTSSON T, JANSSON T, LEKHOLM U. "Osseointegrated implants". Dent Clin N Am, 30: 151-177. 1986
2. ALONSO A. ALBERTINI A. BECHELLI A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1999
3. ASH, MAJOR M.-Oclusión. 1996
4. BERT, MARC, MISSIKA, PATRICK. "Implantes Osteointegrados". Masson, 1ª Edición. 1994
5. CAMPOS ORTEGA, AGUSTÍN, Rehabilitación oral y oclusal. 2000
6. CARDA C, PEYDRÓ A. "Aspectos estructurales del periodonto de inserción: estudio del tejido óseo". Labor dental-Vol. 9- n°6; 12/2008. Formación continuada ESORIB.
7. CARL E. MISCH. "Implantología Contemporánea". Elsevier Mosby, 3ª Edición.
8. CARL E. MISCH. "Prótesis Dental sobre Implantes". Elsevier Mosby.
9. DAWSON, P.E., "Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales". Ed. Salvat. Barcelona. 1991
10. DAWSON, P.E., Oclusión funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la ATM". Ed. Quintessence. 2009
11. DE LEEUW R. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and Management. 4th Ed. Quintessence. 2008
12. DOS SANTOS J.- Gnatología. Principios y conceptos. Ed. Impreandes. Caracas. 1992
13. ECHEVERRI GUZMÁN, ENRIQUE, Neurofisiología de la oclusión / Enrique Echeverri Guzmán, Gisela Sencherman Kovalski. 1993
14. FERNANDO P. "Implantología Oral. Alternativas para una prótesis exitosa". Amolca. 2008
15. HOBO S., ICHIDA E., GARCÍA L. "Osteointegración y Rehabilitación Oclusal". Marban, Edición española. 1997
16. HOBO, SUMIYA, Osteointegración y rehabilitación oclusal / Sumiya Hobo, Eiji Ichida, Lily T. García. 1996
17. KORNFELD, M : Rehabilitación bucal. 1972
18. LAURITZEN, ARNE G.-Atlas de análisis oclusal. 1977
19. MCNEILL. Fundamentos científicos y aplicaciones prácticas de la oclusión. Quintessence. Barcelona. 2005
20. NORMAN CRANIN A. "Atlas en color de implantología oral". Mosby, 2ª Edición
21. OKESON J.- Oclusión y afecciones temporomandibulares. Ed. Elsevier. Barcelona. 2008
22. PESSINA E, BOSSO M y VINCI AM.- Articuladores y arcos faciales en prótesis odontológica y gnatológica . Ed..Masson. Barcelona. 1995
23. POSSELT, Ulf-Fisiología de la oclusión y rehabilitación. 1981
24. RAMFJORD S.P., ASH M. Oclusión. Ed. Interamericana. México. 1996
25. ROSENSTIEL, S.F., LAND, M.F. y FUJIMOTO, J., "Prótesis Fija Contemporánea". Ed.Elsevier. Barcelona. 2009
26. SCHILLINGBURG H.T., et al. "Fundamentos esenciales en protodoncia fija". Ed. Quintessence.Barcelona. 2000
27. SCOTTI R. Pernos de fibra: Bases teóricas y aplicaciones prácticas. Ed Masson. Barcelona. 2004
28. THOMAS, PK : Rehabilitación oral. 1969
29. WEISS C. "Tissue integration of dental endosseous implant: Description and comparative analysis of the fibro-osseous integration and osseous integration systems". J Oral Implant, 12:169-214. 1986
30. ZARB G. "Introduction to osseointegration in clinical dentistry". J Prosthet Dent, 49:824. 1983

ODONTÓLOGOS

de hoy

Compromiso RIGOR Y CIENCIA



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com



Falso Valor Añadido, ¿lo estás usando tú también?

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

Parece que todo el mundo está de acuerdo en que hay que aportar un valor añadido a sus pacientes para así conseguir diferenciarse del resto y que lo acaben eligiendo como su dentista. Sirve también para tomar distancia con ese otro tipo de clínicas que buscan captar a su público con precios bajos. Y es que, aunque la batalla de precios es una estrategia perfectamente válida en el mundo de los negocios, es muy complicada de llevar a cabo en clínicas privadas.

Lo que está claro es que *todas las clínicas que no se diferencien por un valor añadido están condenadas a competir por precio*. Y aún si elegimos la opción de la guerra de precios como estrategia, no estaría mal desarrollar alguna otra ventaja competitiva para estar preparado para cuando una clínica entre en nuestra zona de influencia con precios más económicos, ya que tarde o temprano, pasará.

Pese a la concienciación en mostrar ese valor añadido en nuestro trabajo diario, nos encontramos constantemente con clínicas que confunden lo que es un valor añadido real, publicitando por ejemplo una nueva lámpara para hacer blanqueamientos, un nuevo implante dental, o un mejor ajuste de las prótesis al usar tecnología CAD-CAM. Todo esto son cosas que mejoran la calidad del tratamiento, pero no son valores añadidos para nuestros pacientes. Resumiendo mucho podríamos decir que *un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la Odontología*. Y la suma de valores añadidos percibidos constituye lo que llamamos la “experiencia de usuario” de nuestros pacientes.

Debemos saber que todo producto o servicio tiene dos dimensiones bien diferenciadas: la dimensión nuclear y la dimensión ampliada. En el caso de una clínica dental, la dimensión nuclear sería el diagnóstico, el tratamiento, el ajuste marginal de nuestras prótesis, la estabilidad primaria del implante, etc.. La mayoría de los pacientes no lo pueden valorar suficientemente porque no tienen la formación específica que lo permi-

te, y cuando decimos “suficientemente” nos referimos a “suficientemente como para pagar más por ello”. La dimensión ampliada sería el cómo le reciben, el tiempo de espera, la amabilidad del personal, la claridad de las explicaciones, la sensación de higiene, tener prensa diaria en la sala de espera, una sala de relax tras la cirugía, etc.. Éstas son las cosas que el paciente sabe y puede valorar, tanto positiva como negativamente si no se cumplen, y cuantos más valores añadidos percibidos, más fácil será que el paciente se quede con nosotros, ya que relativizará mucho más el precio.

“

Un valor añadido real serían todas aquellas mejoras que se agregan a la consulta sin que tengan que ver con la odontología.

”

Toda la dimensión nuclear de nuestros servicios es importante, es sumamente importante para la satisfacción final de los tratamientos, pero no sirve tanto para la toma de decisión del paciente. Además, el paciente, cada vez más exigente, da por supuesto que usamos los mejores implantes, la última tecnología, y el mejor ajuste de nuestras prótesis. Tenemos que entender de una vez que *el mercado no premia el esfuerzo, premia el valor añadido*, y además, únicamente el valor añadido que percibe el usuario, y ahí es de vital importancia que nuestro equipo esté bien formado en temas de comunicación efectiva con nuestros pacientes. Debemos tener presente también que la calidad en la atención dental no debe limitarse únicamente al nivel de ejecución técnica de nuestros tratamientos sino también complementarlo con una atención personal adecuada según la tipología de paciente •



CREATE IT.

iCare+

Sistema automático de limpieza
desinfección y lubricación
para instrumental rotatorio

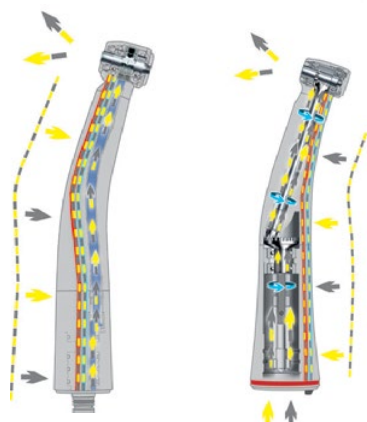
- Capacidad para cuatro instrumentos:
2 turbinas y 2 conexiones Intra
- Apto para instrumental con spray interno y/o externo
- Tres tipos de programas:
Limpieza · Desinfección · Lubricación

Certificado ISO 15883 y 15883-5

5.250 €*
8.358 €*



iCare+ C2
n.clean
n.cid
aceite de mantenimiento
2 adaptadores turbina a elegir



MODELO **n.clean**

Solución de limpieza y aclarado
con efecto detergente, bacteriostático y fungistático

135 €*
180 €*



MODELO **n.cid**

Solución bactericida, fungicida y virucida

135 €*
191 €*



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



¿Es rentable mi clínica dental?

EDUARD MARTÍN
CEO ASESORÍA DENTAL CONSULTING

Esta pregunta la debemos hacer una vez a la semana, mes, trimestre, semestre y año, pero ¿sabemos obtener la respuesta correcta?

En ADC siempre hablamos de los conceptos que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar la **rentabilidad de nuestra clínica** como negocio, como por ejemplo saber interpretar las diferencias entre facturación y producción, pero hay un sinnúmero de parámetros que indican y ofrecen la **información** adecuada para obtener una respuesta correcta y proporcionar una guía para corregir los posibles problemas y dar lugar a un cambio en la tendencia del resultado y obtener beneficios de nuestro trabajo.

Por este motivo todos los datos son importantes y debemos saber en todo momento **qué está pasando en nuestra clínica dental** en cualquiera de sus áreas de trabajo, y cuando algo se desvíe de los parámetros establecidos como estándar corregirlo de manera inmediata. Pero para ello debemos tener unos controles hechos a medida donde conoceremos nuestras fortalezas y debilidades. Sin duda, una de las características en que coinciden las grandes empresas de cualquier sector está basada en sus métricas de control y herramientas de autoanálisis.

Primero de todo, debemos tener claro qué información deseamos conocer de nuestra clínica y desarrollar unas plantillas de control.

Por ejemplo: ¿cuántas visitas tengo al mes?

En este artículo desarrollaremos brevemente este ejemplo, siguiendo los pasos que debemos realizar en

el proceso de control para obtener la información y datos de nuestra clínica. El conjunto de controles da lugar a una auditoría interna y su información nos da ventaja respecto a la competencia, al disponer de información sobre la tendencia de nuestra clínica en el sector, dándonos rapidez en la capacidad de respuesta para solucionar posibles debilidades y potenciar las fortalezas.



Los controles de la auditoría interna deben realizarse de todos los datos que deseamos conocer y nos sean de utilidad, dividiéndolos en controles individuales (recepción, ventas, compras, etc.) y controles globales (satisfacción del paciente, rentabilidad, etc.).

- 1. Anotar los datos:** Nuestro responsable de recepción será el encargado de anotar todas las citas nuevas, *Old Contacts*, revisiones, etc. que soliciten hora con nosotros y desglosarlos en la plantilla. La adecuada recogida de datos es muy importante en el proceso, ya que de ello dependerá el resultado y la información obtenida, por este motivo debemos establecer un protocolo de lo que necesitamos conocer.
- 2. Medirlos:** Tendremos unos datos finales que nos orientarán acerca de cuál es nuestro potencial como clínica y podré tener una previsión de los tra-

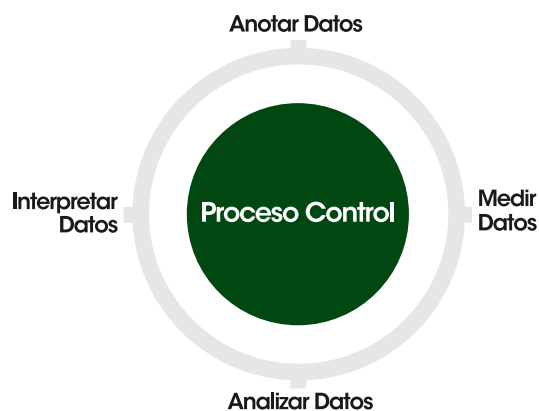
“

Una de las características en que coinciden las grandes empresas de cualquier sector es en tener controles a medida para conocer sus fortalezas y debilidades.

”

tamientos que puedo realizar, la efectividad de mi equipo, así como una buena experiencia del paciente. Una vez tenemos todos los datos, debemos seleccionarlos estableciendo criterios que nos sirvan para obtener las diferentes informaciones.

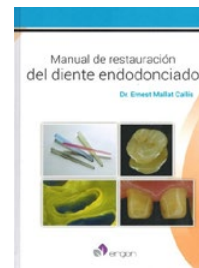
3. **Canalizarlos:** Haremos un análisis del resultado final, comparándolo con la información histórica de años anteriores, días y semanas que hay más acogida, meses con menos afluencia, etc. para ver la tendencia normal durante el año y poder realizar acciones, anticipándonos a los resultados que ya conocemos.
4. **Interpretarlos:** Esta es la parte más importante para poder ver si estamos en una tendencia positiva, estable o negativa. Una vez realizada la lectura de la herramienta de control deberemos tomar una decisión para corregir y mejorar o mantener y mejorar (siempre hay que mejorar). Para poder interpretar debemos conocer cuáles son los parámetros que nos indicarán que nuestra estrategia y nuestra gestión es adecuada o que necesitamos modificarla.



Este ejemplo es muy sencillo, pero con una plantilla elaborada a medida podríamos saber la cantidad de primeras que tenemos al mes y la cantidad de antiguos pacientes que vuelven a nuestra clínica, así como la facturación media de un antiguo paciente, donde valoraremos la importancia de la **fidelización** y la necesidad-capacidad de inversión de la clínica para su captación, qué día de la semana tiene una tendencia de más solicitud de primeras y, por consiguiente, podríamos adecuar nuestras agendas para que se quedaran y atenderles ese mismo día (siempre dar cita en 24 horas), etc.. Una vez obtengamos los resultados, nuestra estrategia de **marketing dental** empezará a trabajar conociendo qué debe hacer mi clínica, ya que todas las clínicas dentales no son iguales, y por ello los controles deben adaptarse de forma individualizada y a la medida de cada una.

Los controles pueden ser infinitos en nuestra clínica dental, y con información bien recogida y medida podemos ver y corregir nuestras debilidades en un sector donde la competencia nunca duerme.

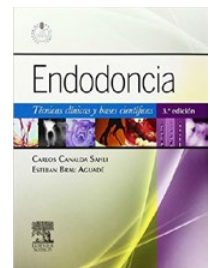
Si no se mide lo que se hace, no se puede controlar. Si no se puede controlar, no se puede dirigir. Y si no se puede dirigir, no se puede mejorar ●



Manual de restauración del diente endodonciado
Mallat



Estética & Función
Metodología para clínicos y técnicos dentales
Nannini



Endodoncia
Técnicas clínicas y bases científicas
Canadla



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



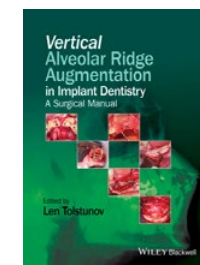
Ortodoncia para el niño y el adolescente
Boileau



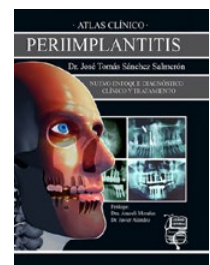
Manual de trastornos temporomandibulares
Wright



Prótesis dental sobre implantes
Misch



Vertical Alveolar Ridge Augmentation in Implant Dentistry
Tolstunov



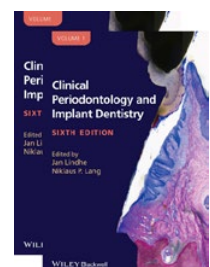
Atlas Clínico de periimplantitis
Sánchez Salmerón



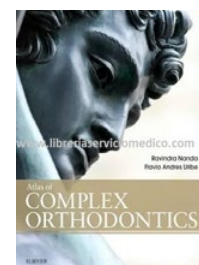
Tips Claves en odontología estética
Hirata



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





Fuerte corrección en el mercado global de deuda. ¿Y ahora qué?

ALEX FUSTÉ

CHIEF GLOBAL ECONOMIST
ANDBANK

alex.fuste@andbank.com

@AlexfusteAlex

El nuevo liderazgo en los EUA ha provocado una fuerte corrección en el mercado global de deuda, resultando en fuertes pérdidas en todas las carteras conservadoras. Me inclino a pensar que el complejo análisis del resultado electoral, así como sus posibles implicaciones, han estado muy cargados de emociones, y podría darse el caso, tal y como ha ocurrido en la mayoría de los episodios electorales en el pasado, que la reacción inmediata del mercado se demuestre, una vez más, equivocada con el paso del tiempo.

Veamos. El pensar general descansa hoy en un razonamiento convincente: La aplastante victoria republicana en las elecciones de los EUA acrecienta el aumento en las expectativas de inflación, de ahí la fuerte corrección del mercado de deuda. Debo admitir que las intenciones programáticas del Sr. Trump destilan un cierto aroma inflacionista. Veamos: estímulo fiscal con gasto en infraestructura, salarios más altos, proteccionismo, menores impuestos, etc. No hace falta ser Hércules Poirot para intuir que todas estas ideas sugieren presiones alcistas en precios.

Sobre los aumentos salariales, ciertamente Trump tiene que entregar lo que prometió, especialmente después de lograr la hegemonía absoluta del partido republicano en ambas cámaras, lo que de facto le deja sin ninguna excusa para no cumplir las promesas. En cuanto al proteccionismo, una vez consultados algunos colegas mas veteranos en estos asuntos, parece poco creíble (según me dicen) que Trump imponga una tarifa del 45% a las importaciones chinas, o un 35% a las importaciones de coches desde México, así como el requerimiento de componentes nacionales en los productos de electrónica y tecnología. Sin embargo, la retórica observada y el hecho de que la estructura de tarifas es una prerrogativa presidencial que no requiere de aprobación del congreso, me hace pensar que la política de tarifas comerciales sí sufrirá algún cambio. Hasta aquí, todo normal y, por lo tanto, se justifica una corrección del mercado de deuda. Sin embargo, permítanme hacerles una observación.

El aumento en las TIRs globales (y especialmente en los EUA), es en sí un riesgo de tal magnitud que me permite afirmar lo siguiente: cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después. De la misma manera, me atrevería a decir que, cuanto más suban las TIRs, más bajarán las bolsas después. ¿Por qué alguien puede pensar en estos términos?

“

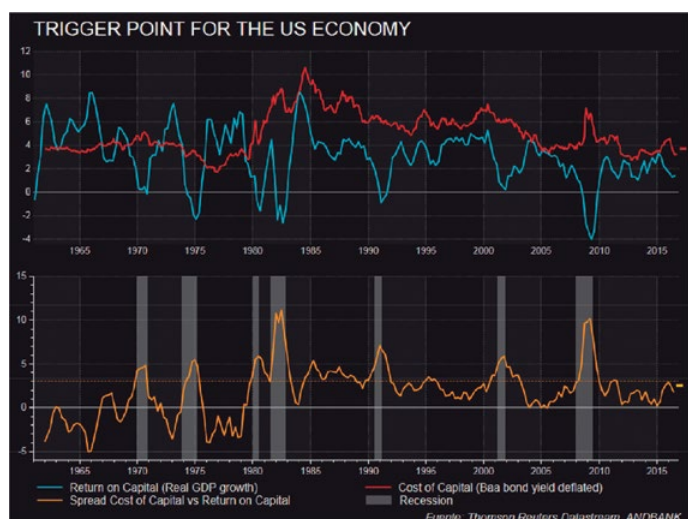
*Cuanto más suban las TIRs,
más intensamente bajarán después.*

”

Cuando trato de analizar la salud de una economía, y su probable desarrollo, lo que hago es mirar la relación entre Coste del Capital (CC) y Retorno del Capital (ROIC). Cuando esta relación se deteriora de manera que el CC aumenta hasta alcanzar el ROIC, entonces los emprendedores dejarán de hacer uso del capital (dejarán de invertir), haciendo que la economía entre en recesión. La pregunta incómoda de hoy es simple: ¿representa la fuerte subida de TIRs un aumento en el coste del capital? La respuesta obvia es que sí.

En el grafico adjunto encontrarán la relación histórica entre estas dos variables (CC y ROIC), así como el spread entre ambas variables –parte inferior del gráfico–. La línea roja representa el coste del capital (uso como proxy el índice Corporate bond Yield Moody's BBB), y la marca roja el nivel actual de ese coste del capital una vez incluido el fuerte aumento de las TIRs. La línea azul representa el retorno del capital, que viene bajando desde 2015. En la parte inferior del gráfico, la línea naranja representa el diferencial entre ambas magnitudes. Se puede observar como este diferencial se ha ampliado (deteriorado), lo que apunta a que el coste del capital de las empresas BBB ha subido

mucho en relación al retorno del capital a nivel nacional. La marca naranja define el nivel actual de ese diferencial (una vez recogido el aumento en las TIRs). La lectura es simple. Cada vez que esta línea naranja (diferencial entre Coste de Capital y Retorno de Capital) se sitúa cerca del 3 (o 300 pbs), la economía entra en recesión. Es por ello que el nivel actual, cercano a 3, me invita a pensar que si las TIRs siguen subiendo (50 p.b más desde los niveles actuales), la economía USA entrará en recesión, y las TIRs empezarán a bajar de forma pronunciada.



Visión Renta Fija USD: A corto plazo pueden subir algo más las TIRs en dólares. A largo plazo, la visión es mucho más tranquilizadora. Cuanto más suban las TIRs, más intensamente bajarán después.

US Dólar: El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo (algo que resultaría en una mejoría de la balanza por cuenta corriente y, de facto, en una mayor escasez de dólares en el mundo). Eso sin mencionar que la Fed se desplaza hacia políticas de normalización en respuesta a las expectativas inflacionistas por las políticas de Trump. En los primeros cuatro años de Reagan, la combinación de un repunte en los ritmos de actividad en USA, la escasez de dólares, y problemas en algunas economías emergentes, originó un fortalecimiento del dólar que acabó derivando en una tendencia que se auto-alimentaba.

Mercados Emergentes: En el mundo emergente los bonos hubieran sido el activo estrella de 2017 con una victoria de Hillary Clinton (y políticas monetarias globales continuistas). Ahora la visión es diferente. Recomendaría mantener sólo aquellos bonos de países emergentes fiscalmente responsables (y que lo señalicen muy claramente con hechos y reformas. No bastan las palabras). Aquellos que tengan un problema de elevado endeudamiento en dólares sufrirán con un dólar

“

El billete verde puede entrar en un nuevo ciclo alcista si Trump experimenta con el proteccionismo.

”

alto (debido a la escasez del billete verde). Si a esto añadimos el nuevo paradigma de proteccionismo, el resultado es una visión negativa para estas economías y sus mercados financieros. Los mejores posicionados son aquellos con economías cerradas o mercados domésticos suficientemente grandes y que no sufren una gran dependencia de financiación en dólares (India, Rusia y Brasil). No obstante, y siendo honesto con ustedes, dada la estrecha correlación entre todos los mercados emergentes se me hace difícil ver que puedan escapar a las correcciones iniciales.

Europa: El viejo continente no tiene un problema de endeudamiento en dólares, más bien, los problemas en esta región son “made in Europe”, y valga decir que son significativos. Tengo la desagradable impresión de que, de igual modo que el Brexit resultó ser un elemento asombrosamente predictivo en la disruptiva victoria de Trump, ésta pueda ser el anuncio de algún shock político en Europa. Al fin y al cabo el Brexit legitimó a los políticos europeos que proponen la desintegración de la UE; y no nos engañemos, la victoria de Trump fortalece a estos mismos políticos rupturistas, que sin duda van a esgrimir el argumento de que la realidad está de su lado. Sin pretender ser derrotista (pero piénsenlo bien), tenemos a la vista en Europa cuatro pruebas de fuego: referéndum en Italia el 4 de diciembre, elecciones en Holanda en marzo, elecciones en Francia en mayo y elecciones en Alemania en septiembre. Un susto en uno sólo de estos eventos puede resultar letal para el proyecto de la UE y del Euro, y mucho me temo que sus efectos no puedan ser compensados por el BCE. En resumen, es muy probable que la UE se convierta en el próximo foco de tensiones políticas. Tensiones que pudieran ser críticas para el propio proyecto de la UE, o de la euro área.

Mercados de Renta Variable: Parece que la mejor opción a corto plazo es USA. Valores apalancados al crecimiento doméstico. Sin embargo, con los índices en máximos, márgenes en máximos, ciclo en su séptimo año, salarios arriba (menos márgenes), costes de funding al alza (menos márgenes), las multinacionales sin poner en precio la amenaza del proteccionismo, etc. tengo la impresión de que Wall Street está poniendo en precio la perfección. A medio y largo plazo, la visión no es tan buena ●

Las Meninas

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



RESEÑA ARTÍSTICA

Enfrentarse a *Las meninas* constituye todo un desafío para quienes creen dominar la totalidad de los adjetivos que definen la admiración ante una magna obra de arte. Compleja, creíble, real, son algunos de estos interminables calificativos. Se pintó en el Cuarto del Príncipe del Alcázar de Madrid. Doña María Agustina Sarmiento y doña Isabel de Velasco, meninas de la reina, atienden a la infanta Margarita, a la que entretienen los enanos Mari Bárbola y Nicolasito Pertusato, que azuza a un mastín, mientras la dama de honor doña Marcela de Ulloa, junto a un guardadamas, y José Nieto, el aposentador, al fondo, contemplan la escena. En el espejo se ven reflejados los rostros de Felipe IV y Mariana de Austria, padres de la

infanta, pintados por el último de los protagonistas, Diego Velázquez (1599-1660). La perspectiva se despliega mediante la multiplicación de fuentes de luz, creando un ilusionismo característico de los artistas de la época, introduciendo al espectador no solo en lo que se aprecia de la escena, sino en lo que no, pero se sugiere.

La interpretación más común sostiene que los reyes, que están siendo retratados por Velázquez y se reflejan en un espejo en segundo plano, ocuparían el lugar del espectador, mientras que el pintor, la infanta Margarita y sus asistentes componen la escena que el artista nos presenta. El maestro le ha dado la vuelta a la pintura, también en sentido literal, pues el hecho pictórico en sí se convierte

en motivo principal, en consonancia con las aspiraciones de arte liberal que los pintores reclamaron durante el siglo XVII.

Pero la excepcionalidad de *Las meninas* no se agota en este original planteamiento compositivo. Las generosas dimensiones del cuadro, que dependen de una ejecución necesariamente ajustada a la mano del artista, nos permiten reconstruir pincelada a pincelada la gestación visual de los detalles, el pelo, las vestiduras y las impresiones de color. Esta conciencia del arte de la pintura como tema y como acto, no estorba sino que acompaña la verosímil sugerencia de las más mínimas cualidades creadas por un pincel, como la luz que rompe la escena e, incluso, el aire que se interpone ante el espectador.

RESEÑA PATOLÓGICA

Margarita de Austria muestra un síndrome de Albright al concurrir pubertad precoz, palidez por posible anemia ferropénica por las menstruaciones y telarquía (desarrollo precoz de las mamas). Las lesiones óseas (displasia fibrosa poliostótica) no se pueden determinar en la historia pictórica. Falleció en 1673, a los veintidós años de edad, posiblemente por una malignización del bocio hipertiroideo. Sin embargo, la opinión más difundida hasta hoy es que fue a consecuencia del difícil parto de su cuarta hija.

La enfermedad de Albright se caracteriza por manchas de color café en la piel y pubertad prematura (menarquía en la niñez y desarrollo prematuro de los caracteres sexuales secundarios). Además, en raras ocasiones este síndrome se puede asociar a una forma de gigantismo.

También es característica una alteración ósea denominada displasia fibrosa poliostótica, que incrementa el riesgo de fracturas. *Las meninas* serían asimismo imágenes especulares (se cree que Velázquez

pintó el cuadro mirando a un supuesto espejo que abarcara toda la escena). Por fortuna, el rostro mismo de la infanta Margarita presenta un rasgo asimétrico. Se trata de una mancha muy característica, con una parte de forma alargada, como de bumerán, y más oscura, dispuesta sobre otra parte más irregular, de tono menos oscuro, que se extiende por la sien, la cual aparece a la izquierda (en la parte derecha del rostro) en *Las meninas* y a la derecha (en la parte izquierda del rostro) en otros retratos de la infanta. Estas manchas no pudieron interpretarse de manera correcta hasta época reciente, después de la limpieza del cuadro. El doctor Vito Franco afirma que el tipo de mancha que la infanta presenta podría ser un café au lait spot, un tipo de mancha con una morfología diferente de otras manchas comunes, característica del síndrome de McCune-Albright (displasia fibrosa del esqueleto, pseudopubertad precoz, manchas “café con leche” de la piel), que algunos especialistas en pediatría han diag-

nosticado para la infanta. Normalmente, en esta enfermedad, dichas manchas aparecen solo en una mitad del cuerpo, no atravesando la línea media. Por tanto, si se acepta la hipótesis de que la infanta hubiera padecido realmente la enfermedad referida, la mancha aparecería solo en un lado de su cuerpo, es decir, la mancha no podría haber sido simétrica. Las manchas se distinguen al menos en otro de los retratos en el lado opuesto al de *Las meninas*; aparecen en la sien izquierda de la infanta en el retrato con traje blanco del Kunsthistorisches Museum (1656) y en el de 1659, también del mismo museo. Igualmente, en la obra del Prado, vestida de rojo y en el de luto de Martínez del Mazo encontramos de nuevo la mancha completa, con la misma forma, en la parte izquierda de la cara, con la ventaja de que en este caso se trata de un retrato prácticamente frontal, lo que permite comprobar que por lo menos la mancha en forma de bumerán aparecía solo en la parte izquierda de la cara de la infanta ●

ARTISTIC REVIEW

Facing *Las meninas* is a challenge for those who believe they master all the adjectives that define admiration when placed before a great work of art. Complex, believable, real, are some of these endless epithets. It was painted in the Chamber of the Prince in the Alcazar de Madrid. Lady Mary Agustina Sarmiento and Elizabeth de Velasco, “meninas” of the Queen, assist the Infant Margaret, which is being entertained by the dwarfs Mari Bárbola and Nicolás Pertusato, who is somehow trying to bother a mastiff, while the lady-in-waiting Dona Marcela de Ulloa, together with a lady’s assistant and José Nieto, at the background, contemplate the scene. In the mirror, the faces of Philip IV and

Marian of Austria, parents of the Infant are reflected, painted by the last of the protagonists, Diego Velázquez (1599-1660). The perspective is deployed by multiplying light sources, creating the distinctive magic of the artists of the time, introducing the viewer not only in what is seen in the scene, but in what is not, although it is suggested.

The most common interpretation holds that the monarchs, who are being portrayed by Velázquez, would take the place of the viewer, and are reflected in a mirror in the background, while the painter, the Infant Margaret and her assistants make up the scene Velázquez introduces to us. Velázquez has also literally, turned the painted around, as the pictorial

fact itself becomes the main reason, in line with the aspirations of liberal art that painters claimed during that century. But the exceptional nature of *Las meninas* is not exhausted in this original compositional approach. The generous dimensions of the painting, which depend on a necessarily adjusted execution to the artist’s hand, allow us to reconstruct stroke by stroke the visual creation of the details, hair, clothes and color prints.

This awareness of the art of painting as a subject and as an act, does not hinder but accompanies the plausible suggestion of the slightest qualities created by a brush, such as the light that breaks the scene and even the air that stands between viewer and the painting.

PATHOLOGICAL REVIEW

Margaret of Austria shows a syndrome of Albright since precocious puberty, pallor caused by a possible iron deficiency anemia due to menstruations and thelarche (early breast development) concur. Bone lesions (polyostotic fibrous dysplasia) cannot be determined in the pictorial story. Margaret died in 1673, when she was twenty, possibly due to a malignant disruption of the hyperthyroid goiter.

However, the most widespread opinion to this day is that it was a result of the difficult birth of her fourth child. Therefore, Margaret presents the world almost painted Albright disease, nearly three centuries before its description. This ailment is characterized by coffee colored spots on the skin, premature puberty (menarche in childhood and early development of secondary sexual characteristics) and, on rare occasions, this syndrome can be associated to a form of gigantism. It is also characteristic a bone condition called polyostotic fibrous dysplasia, which increases

the risk of fractures in these patients. *Las meninas* would also be mirror images (Velázquez is believed to have painted this work looking into a supposed mirror that reflected the whole scene).

Fortunately, the face of the Infanta Margaret has an asymmetric feature. It is a very characteristic spot, with an elongated shaped part, like a boomerang, and darker, over another more irregular part, less dark in tone, extending at the temple, appearing to the left (in the right side of the face) in *Las meninas* and to the right (on the left side of the face) in other portraits of the Infanta. These spots were not properly interpreted until recently, after cleaning the painting.

Dr. Vito Franco states that the type of spot that the Infanta presents could be a café au lait spot, a type of spot with a different morphology from other common spots, characteristic of McCune-Albright syndrome (fibrous dysplasia of the skeleton, early pseudopuberty, “latte” spots on the skin), which some pediatric

specialists have diagnosed for the Infanta. Typically, in this condition, such spots appear only on one half of the body, not surpassing the mid line. Therefore, if the hypothesis that the Infant had actually suffered the referred disease is accepted, the spot would appear only on one side of her body, that is, the stain could not have been symmetrical. The spots appear in at least another one of the portraits, on the opposite side to that of the *Las meninas*. It can be seen, in fact, that these spots appear on the left temple of portrait of the princess in white outfit at the Kunsthistorisches Museum (1656) or in the one of 1659, also in the same museum. Similarly, in the work of El Prado, dressed in red and in the one in mourning of Martínez del Mazo we can find again the full spot, with the same shape, on the left side of the face, with the advantage that in this case it is a nearly totally frontal portrait, which lets us see that at least the boomerang shaped spot appears only on the left side of the face of the Infant ●

EL PASADO NOVIEMBRE EN BADAJOZ LA PRESENTACIÓN DE "EL ROSTRO ENFERMO" CONGREGÓ A NUMEROSAS PERSONALIDADES

El pasado 17 de noviembre se celebró la presentación del nuevo libro de los hermanos Monje Gil, "El Rostro Enfermo", nuevo proyecto de ambos profesionales, del que "Odontólogos de Hoy" está publicando algunos destacados capítulos.

La obra es un ensayo en el que se analizan 50 obras de arte de la pintura de todas las épocas, desde el punto de vista histórico, artístico, y desde el prisma de las patologías de la cirugía maxilofacial.

Florencio Monje Gil es cirujano maxilofacial, actualmente Jefe de Servicio del Infanta Cristina de Badajoz, Director de CICOM, y Presidente de FEDICOM. Su hermano y coautor, Isidoro Monje Gil, es Licenciado en Geografía e Historia, y en la actualidad es profesor del Colegio Español Juan Ramón Jiménez, de Casablanca, Marruecos.

Presentación multitudinaria

La presentación se celebró en el edificio Siglo XXI, Torre Caja Badajoz, un espacio emblemático de la ciudad. El evento contó con la asistencia de unas 300 personas, y tuvo como invitados de honor al Presidente de la Junta de Extremadura, Guillermo Fernández de Vara, y al Alcalde de la ciudad, Francisco Javier Frago. El acto fue presentado por el Presidente del Colegio de Farmacéuticos, Cecilio Venegas, y por el Presidente de la Fundación Caja Badajoz, Emilio Vázquez, entidad colaboradora en la edición del libro. Asistieron también el Consejero de Sanidad de Extremadura, el Sr. Verjeles, y el Presidente del Colegio de Médicos de Badajoz, el Sr. Hidalgo.

Los autores disfrutaron de una maravillosa velada, mágica y entraña-



ble, rodeados de familiares y amigos en la que desvelaron que ya están pensando en una nueva obra.



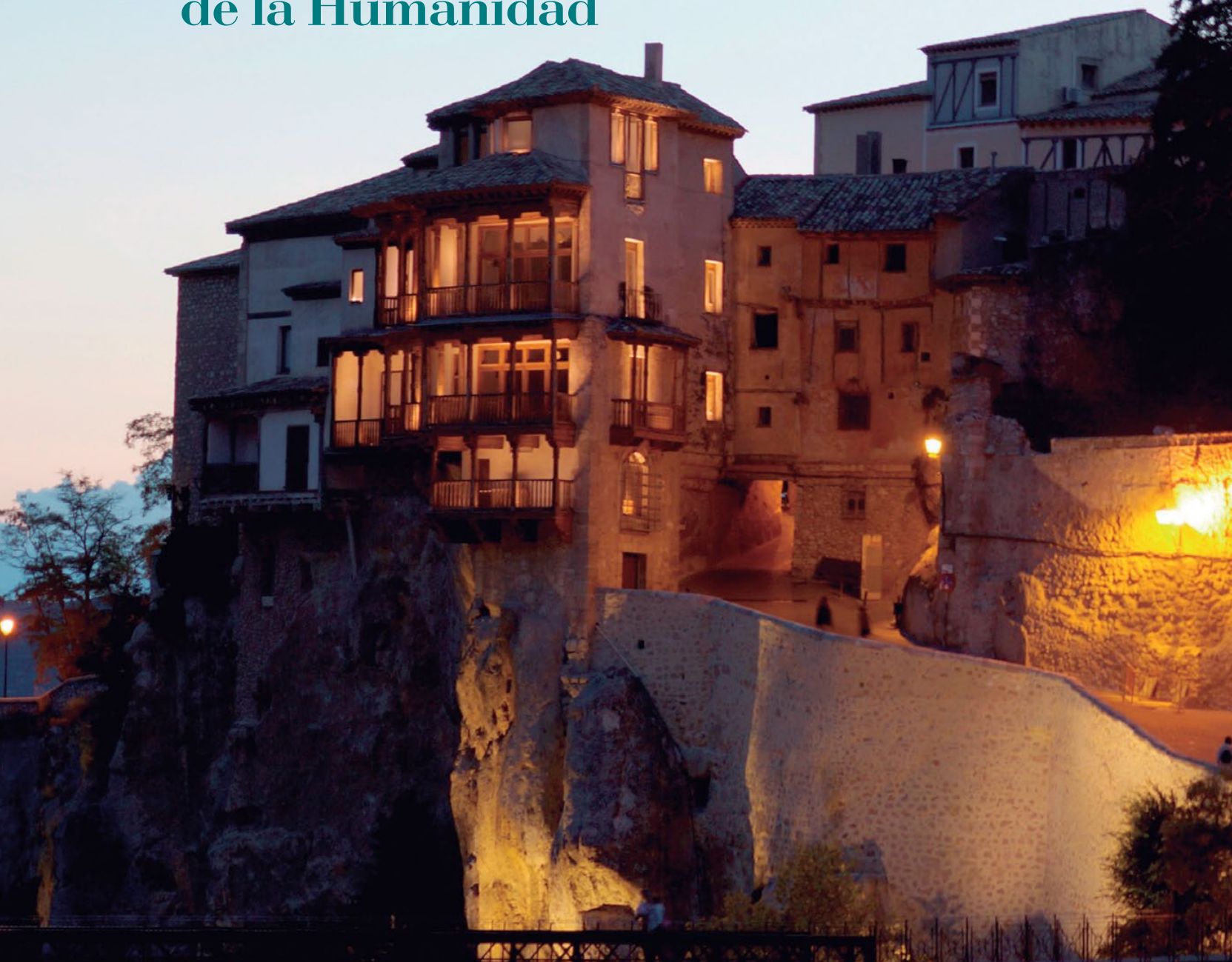
Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy

Cuenca, ciudad Patrimonio de la Humanidad



Cuenca es una de las ciudades más emblemáticas de la Comunidad de Castilla—La Mancha. Su importante patrimonio histórico y arquitectónico, que se extiende por toda la ciudad antigua, aunque focalizado en edificios como la Catedral o las *Casas Colgadas*, se ha convertido en el símbolo de la ciudad.

La ciudad de Cuenca se divide en dos zonas bien diferenciadas: la ciudad antigua y la ciudad nueva. La primera está situada sobre un cerro rocoso bordeado por las hoces del río Júcar al norte y su afluente el río Huécar al sur. Este último río desemboca en la parte baja de la ciudad antigua, poco antes del llamado Puente de San Antón. Al oeste y sur de la ciudad antigua, y separada por el río Huécar, se extiende la ciudad nueva, con su centro neurálgico en la calle de Carretería.

“
Gran parte del casco histórico es, en sí, un mirador sobre las hoces del río Júcar o del Huécar.
”

Cuenca conserva en su casco antiguo un patrimonio arquitectónico rico y bien conservado, entre cuyas características destaca su marcada integración en el marco físico. De hecho, gran parte del casco histórico es, en sí, un mirador sobre las hoces del río Júcar o del Huécar, un entorno natural de gran valor. Todo su conjunto arquitectónico la convierten en un importante núcleo de atracción turística para el visitante nacional e internacional.

Las Casas Colgadas de Cuenca

Las Casas Colgadas, también conocidas como **Casas Voladas** o **Casas del Rey**, son un conjunto de edificios civiles, señas de identidad de la ciudad manchega. En el pasado era frecuente este elemento arquitectónico en el borde este de la ciudad antigua, situado frente a la hoz del río Huécar, aunque hoy sólo perdura una pequeña parte de ellas. De todas, las más conocidas son un conjunto de tres de estas estructuras con balcones de madera.

Estas viviendas se denominan así por poseer una parte de ellas, los balcones, en voladizo, es decir, sin material sólido bajo ellas, sólo vacío o aire, aunque están fijadas a la pared de abajo hacia adentro por soportes diagonales para no derrumbarse.

De origen incierto, se tiene constancia de su existencia ya en el siglo XV. A lo largo de su historia han pasado por diversas remodelaciones, siendo la más reciente la realizada durante la década de 1920.

Han sido utilizadas como viviendas de uso particular y Casa Consistorial. Actualmente alojan el Museo de Arte Abstracto Español de Cuenca, de la Fundación Juan March.

La **Catedral de Cuenca** es otro de los atractivos turísticos de la ciudad. Se empezó a construir en el siglo XII en el mismo emplazamiento en que se levantaba la mezquita aljama y



representa uno de los ejemplos más tempranos del gótico en España. Se trata de un edificio excepcional con elementos de la transición del románico al gótico y otros del siglo XIII y del XV. Tiene planta de cruz latina, con tres naves y transepto. Muestra reminiscencias del Císter en sus bóvedas, mientras que la linterna cuadrada tiene inspiración inglesa de la escuela anglo-normanda ●





ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

Preservación de los **tejidos**

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

MOZOGRAU®



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY