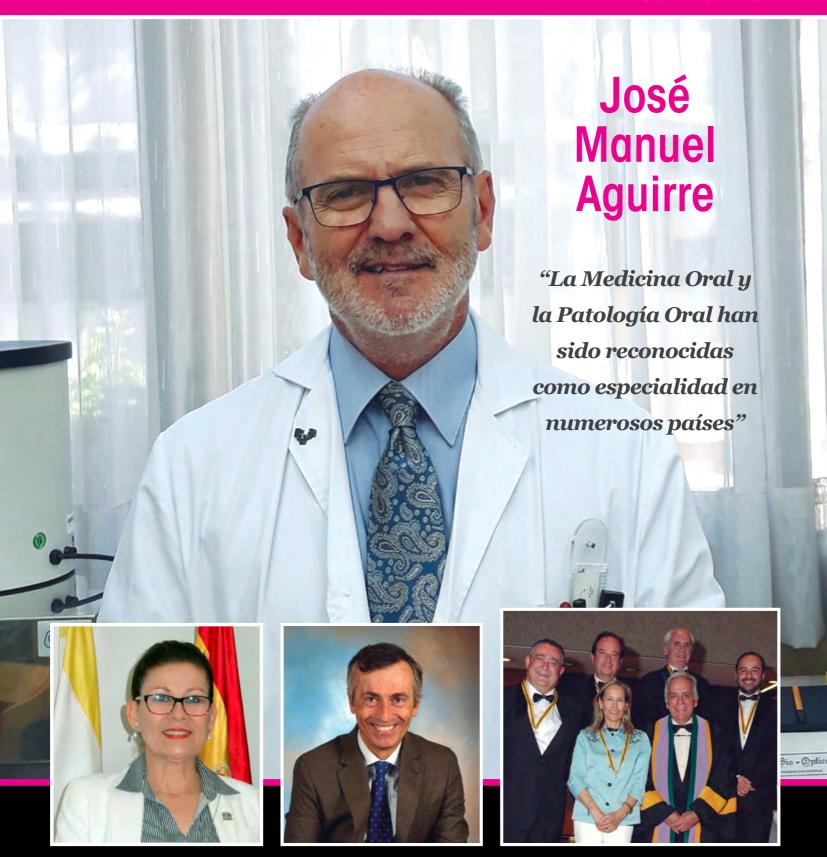
# ODONTOLOGOS de hoy PUBLICACIÓN BIMESTRAL Volumen 6

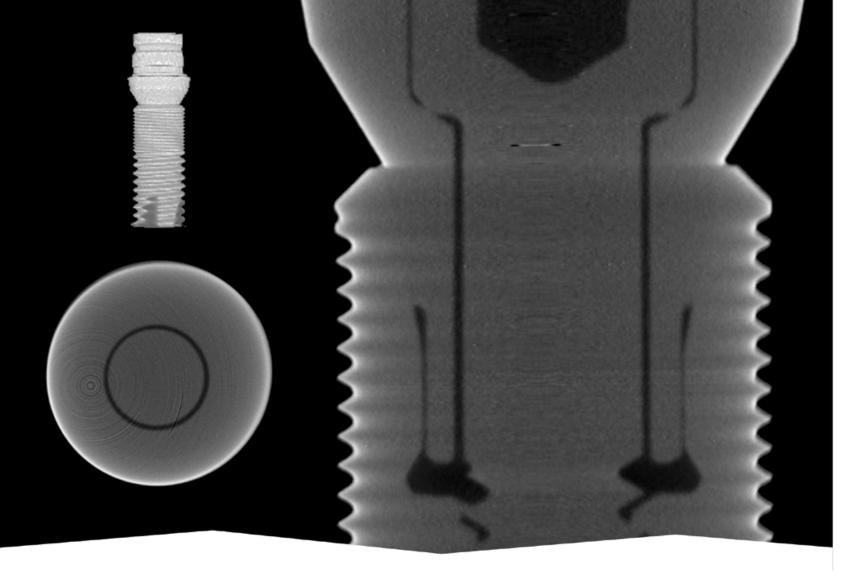
PUBLICACIÓN BIMESTRAL
VOIUMEN 6
N° 29 SEP/OCT 2017
EDICIÓN IBEROAMÉRICA



Dra. Marilú Y. Galván
Domínguez
Nuevo miembro de nuestro

Comité Científico

Hablamos con Serafín Cuenca Nuevos miembros del International College of Dentists (ICD)



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

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

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





- 6 Editorial
- 8 Opinión

## 12 Tribuna de salud pública

- 14 Actualidad
- 16 REPORTAJES

#### 22 Entrevista

- 22 José Manuel Aguirre Urizar Catedrático de Estomatología
- 26 Serafín Cuenca Echevarría Consultor Internacional y Profesor

## 28 Ciencia y salud

28 CASO CLÍNICO

Restauraciones de composite ORMOCER complejas directas en la región posterior

32 CASO CLÍNICO

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

38 CASO CLÍNICO

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

42 PATOLOGÍA ORAL EN IMÁGENES

Quiste de Gorlin (Quiste Odontogénico Calcificante)

### 44 Mejora tu gestión

- 44 War is coming Alberto Manzano
- 45 El mejor activo de tu clínica: tu equipo Eduard Martín

### 46 Destinos

- 45 Santiago de Compostela La ciudad de los Peregrinos
- 48 Kenia El secreto de "Memorias de África"
- 54 Empresas

### 56 Formación



#### ODONTÓLOGOS DE HOY

Fernando Gutiérrez de Guzmán editor@odontologosdehoy.com

Francisco Antonio García Gómez d.cientifica@odontologosdehoy.com

#### REDACTORA JEFF

María José García

redaccion@odontologosdehoy.com

#### **DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:**

Rolando Peniche Marcín, México.

#### CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

#### CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiguer

**CORRESPONDENTE EM PORTUGAI** Irene María Ventura de Carvalho Ramos

#### **CORRESPONSAL EN CHILE**

Luis Alberto Vicentela

**CORRESPONDENTE EM BRASIL** 

**Daniela Lemos Carcereri** 

#### **CORRESPONSAL EN ARGENTINA**

Silvina Beatriz Villalba

**CORRESPONSAL EN VENEZUELA** Carolina Hernández Ponce

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN**:

#### Oklok

**Amaya Pérez Echeveste** 

web@odontologosdehoy.com

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

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.

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucofacial v 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.

Joáo Caramês. Catedrático Facultad de Medicina Dentária Universidad de Lisboa. Director Instituto de Implantología. Lisboa. Portugal.

Francisco Cardona Tortaiada. 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 Seiguer. 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 Cata-

F. Javier Cortés Matinicorena. 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 v Oclusión. Universidad de Valencia

Marilu Y. Galván Domínguez. Presidente C.O.N.A.E.D.O. México

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 v Maxilofacial, U.P.V. Bilbao.

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

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

Juan José Guarro Miguel. 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

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Esto-

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica Universidad

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 Badaioz.

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.

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

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

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

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Econo-

David Ribas. Profesor Asociado de Odontopediatría Universidad de Sevilla

Manuel Ribera Uribe. Profesor de Gerodontolo-

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

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

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

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

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

#### Irene María Ventura de Carvalho Ramos.

Profesora asociada de Odontopediatría en la Facultad Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz del Campus Universitário Monte de Caparica, Setúbal, Portugal,

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

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

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

> © Publicaciones Siglo XXI, S.L. C/ Mártires Concepcionistas 7,5° Izq. Telf: 911 93 59 59 D.L.: M-6480-2013

ISSN: 2255-582X

## ODONTOLOGOS SEP/OCT 2017

#### Brigadas españolas de la FOS Yucatán

Odontología Social en México

19



16

El International College of

miembros

En Londres los días

15 v 16 de junio

Dentists recibió a los nuevos

2° Congreso Anual de Directores de Escuelas y Facultades de Odontología de México acreditadas



#### SUSCRIPCIONES:

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

- Dirección Postal Completa
- Correo Electrónico

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



## Solidaridad todos los días

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN **EDITOR** 

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

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

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





## I JORNADAS IBEROAMERICANAS Y III INTERNACIONALES DE ODONTOLOGÍA SOCIAL



#### **Directores:**

Antonio Castaño Séiguer Juan Antonio Márquez Rodríguez.



SOLICITADA LA ACREDITACIÓN POR LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

ORGANIZA:

**Fundación Odontología Social** 

#### LA RÁBIDA, PALOS DE LA FRONTERA · HUELVA

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

250 plazas

#### **INSCRIPCIÓN:**

PROFESIONALES 95€\*

ESTUDIANTES DE GRADO Y GRADOS SUPERIORES 45€\*

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















































## Una Odontología "deshumanizada"

PROF. JAVIER SANZ. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



## ¿Dónde se arreglan la boca nuestros ancianos?

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

Residencias de ancianos y

general carecen de dentista.

centros para discapacitados en

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

Este panorama tiene sus aspectos positivos y negativos pero no se puede negar que la odontología está en condiciones de llegar, al menos por oferta y accesibilidad, a todos los ciudadanos. Los condicionantes culturales, las diferentes sensibilidades y prioridades del público en relación a su propio cuidado bucal y el concepto extendido de que la salud es un derecho y por tanto no habría que pagarlo en efectivo, son desde luego limitaciones cuando, por la edad o por la discapacidad, dejan de venir

para el acceso a la asistencia dental. El envejecimiento de la población también lo es. Del mismo modo, la discapacidad psíquica. El final de nuestros días y el deterioro físico y mental exige un plus de recursos asistenciales, so-

ciales y económicos a la par que un esfuerzo legislador calidad de nuestra odontología, ni la miríada de dentistas para proteger a una población frágil y pluripatológica. La proliferación de residencias de ancianos y centros para discapacitados ha obligado a las autoridades sanitarias a exigir la existencia de recursos asistenciales que aumenten la salud y la calidad de vida. Todas las residencias e instituciones sanitarias que acogen la discapacitación o minusvalía psíquica tienen obligatoriamente médico, enfermeros, terapeutas ocupacionales, psicólogos... pero en general carecen de dentista y cuando lo tienen es en modo limitado y voluntariamente. En estos momentos en que nuestra oferta dental es desgraciadamente más amplia que la demanda, cuando la realidad demográfica es la que es y la sensibilidad social hacia el cuidado de nuestros ancianos y pacientes con limitaciones es un hecho, parece una paradoja que las normas reguladoras en nuestra profesión. las instituciones que alojan a estos pacientes no obliguen

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

Si existe la oferta, la sensibilidad y el conocimiento necesario para atender a este, cada vez más numeroso, sector de la población, nos tendríamos que preguntar a dónde van los pacientes a solucionar sus problemas dentales

a nuestras consultas convencionales o a los centros de atención primaria. La respuesta es obvia. No van a ningún sitio. Se salen del sistema sanitario top ten, de la asistencia pública universal y ni se benefician de la

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

No hay peor ciego que el que no quiere ver •



## TRIBUNA DE SALUD PÚBLICA



## Comunidad de Madrid: nueva oportunidad perdida

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

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

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

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

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

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



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

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

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

- 1. Simón Salazar F, Aguirre Urízar JM. 25 años del PADI en el País Vasco (1990-2014). RCOE 2015;20(3):165-178.
- 2. Cortés Martinicorena FJ. El sistema PADI. Estudio de las comunidades autónomas que proveen atención dental con este modelo. RCOE 2016;21(4):191-199 •



# **HIGIENISTAS**



a través de nuestra web www.higienistasdehoy.com

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

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

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

por los socios participantes y el Programa de Salud de la UE cuenta con un presupuesto total de 6.963.604 euros que engloban los 4.178.162 aportados por la Comisión

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

de Sanidad, liderará los bloques de trabajo de Diseminación, Co-

La iniciativa está financiada municación y Uso prudente de los en el mundo en 2050 si no se toman antibióticos a través del equipo del "Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)", estrategia coordinada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) que cuenta con la participación de seis ministerios y todas las comunidades autónomas.

La resistencia a los antibióticos es responsable cada año en Europa de 25.000 muertes y supone un coste de 1.500 millones de euros derivados de la atención sanitaria iniciativas ya existentes y la pro- y la pérdida de productividad. Una situación de alarma global que se España, a través del Ministerio está convirtiendo en un importante problema de salud pública global que causará 10 millones de muertes

medidas para atajar el problema •

Esta iniciativa tiene como objetivo aunar todos los esfuerzos para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos y las infecciones asociadas. 99

## CONFIRMACIÓN DE IMPORTANTES PONENTES

## X Congreso Internacional de Actualización en Implantología Ticare



Dr. Andrea Mombelli (Suiza) han confirmado su participación como ponentes en la X<sup>a</sup> Edición del Congreso de Actualización en Implantología de Ticare, que se celebrará los días 16 y 17 de febrero de 2018 en

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

El Dr. Carlos Navarro Vila y el el Palacio Municipal de Congresos y Dr. Alberto Monje (España), de Madrid.

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

entre otros.

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



## EN EL MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE ESTE AYUNTAMIENTO Y EL COEM El COEM, el Ayto. de Villanueva de la Cañada y las clínicas diseñan acciones para mejorar la salud bucodental

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

ha celebrado en el marco del conve- ción escolar; una campaña de salud nio de colaboración suscrito entre el Ayuntamiento y el COEM.

de la salud bucodental de nuestros vecinos", destacó el alcalde, quien agradeció al Colegio Oficial de Odontólogos así como a las clínicas villanovenses su disposición a colaborar.

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

dental dirigida a las personas mayores que lleva por lema "60 y +" que "Estoy seguro de que estas actua- les facilitará el acceso a tratamientos ciones van a redundar en la mejora dentales en las clínicas de Villanueva de la Cañada así como actividades de prevención v asistenciales con condiciones especiales, incluidas las económicas. También se van a realizar campañas de difusión sobre el cuidado dental para bebés, niños, jóvenes y adultos así como para pacientes oncológicos •



## EN LONDRES LOS DÍAS 15 Y 16 DE JUNIO **El International College of Dentists** recibe a nuevos miembros

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

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

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

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

fesional y vocación de servicio a sus una ceremonia de gala, la Ceremonia pacientes y a la sociedad. Se valora de Inducción, en la que están presenla profesionalidad, la docencia, la investigación y la solidaridad. Solamente se puede acceder a ella por invitación, después de la revisión y la aceptación del currículo por el "Board of Reagents".

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

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

tes todos los asistentes a la reunión. En ella se hace entrega de las credenciales que les acredita como miembros del ICD.

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

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



Presidentes de los diferentes países de Europa

66 Desde Odontólogos de Hoy enviamos nuestra felicitación a los nuevos miembros.



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



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





Imagen con algunos de los asistentes españoles



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

16 ODONTÓLOGOS de hoy ODONTÓLOGOS de hoy 17 **REPORTAJE REPORTAJE** 

## **ODONTOLOGÍA SOCIAL EN MÉXICO** Brigadas españolas de la FOS en Yucatán

ticiparon este verano en proyectos cido por las autoridades mexicanas de Odontología Social en Yucatán (México).

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

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

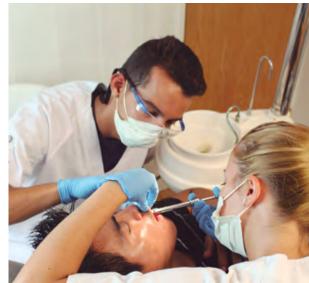
Catorce cooperantes españoles par- 2017", programa que ha sido reconocomo uno de los mejores que se desarrollan en el área de salud pública.

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

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

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









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

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

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



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





18 ODONTÓLOGOS de hoy ODONTÓLOGOS de hoy 19 REPORTAJE

## 2° Congreso Anual de Directores de Escuelas y Facultades de Odontología de México acreditadas

Organizado por CONAEDO, entidad que preside la Dra. Marilu Y. Galván Domínguez El martes 17 de octubre del presente año tuvo lugar la inauguración del 2º Congreso Anual de Directores de Escuelas y Facultades de Odontología de México acreditadas.





Uno de los fines de CONAEDO es contribuir al conocimiento y mejora de la enseñanza de la odontología en el país.









El CONAEDO se instituye con la participación de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, A.C. (FMFEO); la Asociación Dental Mexicana, A. C.(ADM), Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas, (ADM); el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C., (CNCD) y el Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A. C., (CENEVAL).



- Contribuir al conocimiento y mejoramiento de la calidad de la enseñanza de la odontología en las instituciones de educación superior del país, siguiendo un modelo que responda a las necesidades sociales y geográficas de México y a las condiciones del ejercicio de la profesión.
- Contribuir al establecimiento de paradigmas modelos de enseñanza de la odontología acordes con los avances de la ciencia y la tecnología y con los requerimientos del ejercicio profesional derivados, tanto de las necesidades de la sociedad como de los futuros profesionistas.
- Promover el mejoramiento de la calidad del ejercicio profesional de la odontología, y fomentar la actualización periódica de los profesionistas.
- Informar a instituciones educativas, organizaciones de estudiantes, padres de familia, organismos públicos y privados e interesados, acerca de las condiciones de la enseñanza de la odontología.

- Aplicar los procesos de acreditación a los planes y programas académicos de las Facultades y Escuelas de Odontología. Actualizar permanentemente las normas, y procedimientos para el proceso de acreditación.
- Definir las normas, criterios, estándares y procesos de certificación y recertificación para el ejercicio de la profesión a los profesionistas de la práctica general, así como a los especialistas de la odontología. Actualizar permanentemente las normas, criterios y procedimientos para el proceso de certificación y recertificación del ejercicio profesional.
- Informar y difundir a través de los medios de comunicación que se consideren convenientes, las listas de las Facultades y Escuelas de Odontología, cuyos planes y programas académicos hayan sido acreditados, así como las listas de los profesionistas de práctica general y especialistas en odontología, que sean certificados y recertificados.

- Apoyar y participar en todo tipo de negociaciones internacionales, relacionadas con el comercio transfronterizo de servicios, en materia de acreditación de planes y programas académicos; así como la certificación y recertificación de profesionistas de práctica general y especialistas en odontología.
- Celebrar y ejecutar toda clase de contratos civiles o mercantiles que tengan relación o conexión con su objeto social.
- Velar por la idoneidad de los procesos de Acreditación, Certificación y Recertificación.
- Asesorar a las instituciones correspondientes sobre las solicitudes de apertura de nuevas escuelas, academias o instituciones que pretendan ofrecer educación odontológica en cualquier nivel o grado académico.
- Fomentar y promover los estudios de investigaciones que contribuyan al mejoramiento y desarrollo de la calidad del ejercicio profesional de la Odontología





## JOSÉ MANUEL AGUIRRE URIZAR

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



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

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

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

REDACCIÓN

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



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

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

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

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



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

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

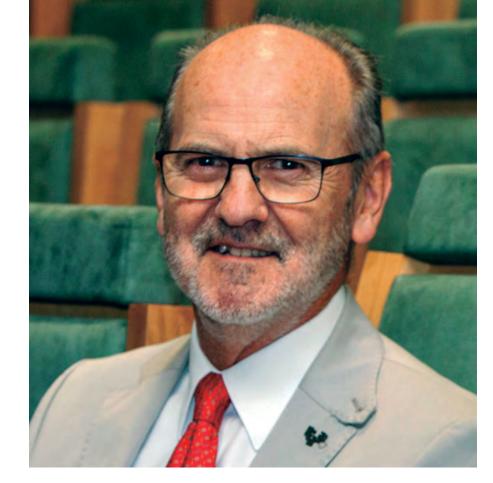
La medicina oral y la patología oral son dos aspectos inseparables que constituyen el fundamento del diagnóstico de la mayoría de las enfermedades orales y maxilofaciales, de un modo especial en los TOPMs y el cáncer oral. Por ello, es muy importante que los odontólogos tengan unos conocimien-Lamentablemente,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

46

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

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

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

## EXPOENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES 15-17 Marzo **2018** 





## INNOVACIÓN, TECNOLOGÍA Y FUTURO DIGITAL

www.expodental.ifema.es

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



**ENTREVISTA** 

## SERAFÍN CUENCA ECHEVARRÍA

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



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

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

REDACCIÓN

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

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

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

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

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

taba, el daño ya estaba hecho. Por no solo cumplir, sino superar esas ello se evolucionó al Aseguramiento de la Calidad: Establecer unos procesos o forma de hacer las cosas que GARANTICEN la calidad de los productos y servicios. Actualmente, y sin abandonar lo anterior, se la Gestión. ha evolucionado de la Gestión de la Calidad a la Calidad de la Gestión, o Excelencia. Hoy, desde un planteamiento de gestión, el concepto "calidad" engloba todo lo anterior.

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

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

expectativas. ¿Cuántas veces nos encontramos con un paciente que creíamos que estaba satisfecho y se ha ido a la competencia? Aquí estamos hablando ya de Excelencia en

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

**SC:** EFQM son las siglas de la *Euro*pean Foundation for Quality Management. Es una Fundación creada en 1989 a instancia de la Comisión Europea por algunas de las principales empresas de la Unión con el objetivo de mejorar la competitividad de las organizaciones europeas. Desde la EFQM gestionamos el Modelo EFQM de Excelencia. Tomando como referencia los valores europeos e incorporando las mejores prácticas de gestión observadas, el Modelo identifica lo que las organizaciones deben hacer, independientemente de su tamaño o sector de actividad, para alcanzar unos resultados óptipero necesitamos un cliente fiel, mos de una forma sostenible. Es el un cliente que vuelva y nos reco- referente en la Excelencia en la Ges-

Hay clínicas que no **ODH:** Muchas empresas se anuncian haciendo alarde de poseer una "ISO". ¿Significa esto que tienen algo que las distingue realmente de otras? ¿En qué consiste?

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

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

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

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

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

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

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

conocen el grado de ni de sus empleados. ¿cómo van a mejorarlo?, que no conocen lo que satisfacción de sus pacientes ni de sus empleados. ¿Cómo van a mejorarlo?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**26** ODONTÓLOGOS de hoy ODONTÓLOGOS de hoy 27



DRA. CLARENCE TAM. AUCKLAND, NUEVA ZELANDA.

**AUTORA:** 

## Caso Clínico

## Restauraciones de composite ORMOCER complejas directas en la región posterior

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

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

A la paciente se le administró anestesia local con 1 ampolla de articaína al 4% con epinefrina en dilución 1:100.000, y los dientes se aislaron con dique de goma antes de la eliminación de las restauraciones existentes. Para garantizar una base de dentina dura y sin caries, se efectuaron tres controles consecutivos con un detector de caries (Caries Marker, VOCO). Asimismo se midió el grosor de las cúspides restantes: en su base, las cúspides medían 3 mm. Se practicó un fuerte biselado del borde para, con una reducción mínima en la zona de las cúspides, es decir, con una gran superficie de contacto, poder utilizar la mayor cantidad posible del material de restauración planificado. Para las zonas cavitarias a tratar no se planificaron contactos céntricos ni otros contactos funcionales extensos.

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

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

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

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

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

#### **JUSTIFICACIÓN DEL MATERIAL ESCOGIDO**

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

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

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

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



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

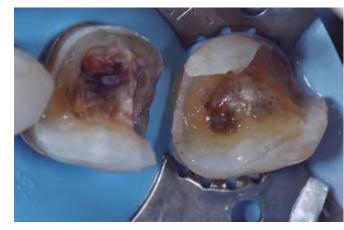


Fig 2. Preparación concluida con fuerte biselado del borde como alternativa a la reducción de altura recta de las cúspides. Éstas presentaban como mínimo 3 mm de grosor en su base. La conformación oclusal debe realizarse muy cuidadosamente, a fin de minimizar la carga de excursión lateral sobre las cúspides.

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

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

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

**CIENCIA Y SALUD CIENCIA Y SALUD** 

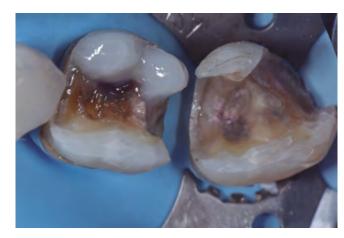


Fig 3. Los dientes se sometieron a una microabrasión con aire con 27 µm de óxido de aluminio. A continuación se realizó un grabado ácido selectivo del esmalte con Futurabond U. Las cúspides linguales se modelaron con un ORMOCER de base exclusivamente cerámica para restauración en bloque (Admira Fusion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



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

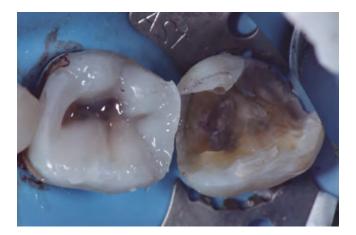


Fig 5. Las laminillas bucales se modelaron individualmente, empezando por la laminilla mesiobucal.

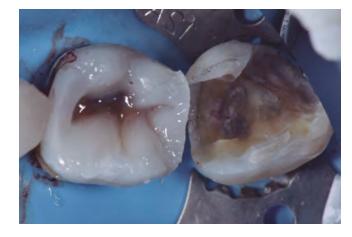


Fig 6. Tras el fraguado completo de todas las laminillas bucales, se aplicó el tono FinalTouch marrón (VOCO) sobre la base de las laminillas, en el marco de la «técnica Tam interlobe staining».

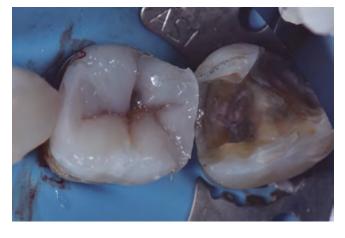


Fig 7. La cúspide mesiolingual se modeló y procesó con un cepillo, para crear las depresiones en las laminillas mesiolinguales y mediolinguales. La tonalidad marrón queda así parcialmente cubierta, de modo que solo permanece ligeramente visible y proporciona una apariencia natural.

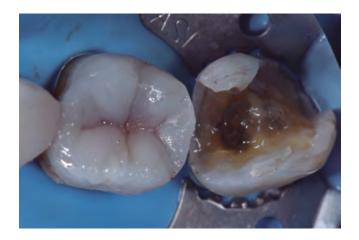


Fig 8. La cúspide distolingual se modeló y procesó con un cepillo, para crear los repliegues en las restantes laminillas circundantes y completar la superficie oclusal. El tono resulta muy fiel al natural. Acabado de las crestas marginales antes de la preparación de la pieza 47. El grabado selectivo,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



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



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



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



**CIENCIA Y SALUD CIENCIA Y SALUD** 



**AUTOR:** 

## PROF. DR. JÜRGEN MANHART. MÚNICH

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

#### **RESUMEN**

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

#### **PALABRAS CLAVE**

tauraciones adhesivas.

#### INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la oferta de materiales de composite plásticos directos se ha ampliado de manera significativa [6,21,22]. El extraordinario aumento de las exigencias estéticas de los pacientes ha comportado que, a los composites universales tradicionales, se hayan sumado en el mercado numerosos composites denominados "estéticos", que destacan por comercializarse en cantidad suficiente de matices variados y en diferentes grados de opacidad / translucidez [25]. Aplicando la técnica de estratificación policromática con tonos de dentina opacos, masas de esmalte translúcidas y, dado el caso, tonos de cuerpo pueden obtenerse restauraciones directas de gran calidad estética, las cuales prácticamente no pueden distinguirse de la substancia dental dura y compiten en estética con las restauraciones íntegramente de cerámica. Estos sistemas de composite comprenden. en parte, más de 30 masas diferentes de composite de distintos tonos y grados de translucidez. No obstante,

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

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



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



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



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

volumen en la región posterior. Por esta razón, existe una gran demanda en el mercado de materiales basados en composite que sean fáciles, rápidos de tratar, y por consiguiente, económicos, para este campo de aplicación [2]. Con este fin se han desarrollado los composites para obturación en bloque en los últimos años: estos materiales pueden colocarse en la cavidad con mayor rapidez, en capas de 4-5 mm de grosor con tiempos de fraguado breves de 10-20 s por incremento, aplicando una técnica simplificada con una elevada potencia de la lámpara de polimerización [5,8,20,27,28]. La "obturación en bloque" ("bulk fill", en inglés) significa propiamente que la cavidad dentaria puede obturarse *lege artis* en un solo paso sin aplicar la técnica de estratificación [14]. En el presente, la única manera de efectuar la obturación en bloque con materiales plásticos consiste en utilizar cementos, que, debido a sus deficientes propiedades mecánicas, no proporcionan obturaciones clínicamente estables a largo plazo en la región posterior de la dentadura permanente sometida a presión masticatoria y, por ello, solamente son aptos para restauraciones provisionales / prótesis provisionales de larga duración [10,16,24], o bien composites de reconstrucción de muñón quimiopolimerizables o de fraguado dual, los cuales, sin embargo, no están autorizados para utilizarse como material de restauración ni resultan apropiados para este tipo de aplicaciones debido a sus características de manipulación (p. ej., conformación de la superficie oclusal). Bien mirado, los composites para obturación en bloque disponibles actualmente para la técnica de obturación simplificada en la región posterior no son materiales de colocación en bloque, puesto que las extensiones proximales de las cavidades clínicas a menudo son más profundas que la profundidad máxima de endurecimiento de estos materiales (4-5 mm) [9,11]. No obstante, escogiendo el material de obturación apropiado pueden restaurarse en 2 incrementos cavidades con una profundidad máxima de 8 mm, lo que comprende las dimensiones de la mayor parte de defectos que se tratan en la práctica clínica diaria.

La mayoría de composites contienen matrices orgánicas de monómeros basadas en la química del metacrilato tradicional [35]. Como soluciones alternativas, la tecnología del silorano [13,17,18,23,38,45] y la química de Ormocer [15,31,32,39,41-44] han aportado fórmulas nuevas. Por una parte, las resinas Ormocer ("organically modified ceramics") constituten materiales compuestos inorgánicos no metálicos modificados orgánicamente [12]. Los materiales Ormocer se distribuyen entre polímeros inorgánicos y orgánicos, presentando redes tanto inorgánicas como orgánicas [33,34,44]. Este grupo de materiales fue desarrollado por el Instituto Fraunhofer de Investigación en Silicatos y, con la colaboración de socios de la industria dental, se comercializó como material de restauración odontológico por vez primera en el año 1998 [42,43]. Desde entonces, los composites basados en Ormocer han experimentado un desarrollo considerable en este campo de aplicaciones. Ahora bien, las aplicaciones de Ormocer no se limitan al uso como materiales compactos en odontología, sino que va lleva años utilizándose con excelentes resultados, entre otros, en la electrónica, la tecnología de microsistemas, el refinado de plásticos o la conservación y también como revestimiento anticorrosivo, revestimiento funcional de superficies de vidrio y revestimiento de protección altamente resistente al rayado [4,36,40].

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

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

#### **CIENCIA Y SALUD**



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



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



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

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

#### CASO CLÍNICO

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

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

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

Acto seguido, la cavidad se limita con una matriz par-

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



### EL MÁS RESISTENTE DE SU CLASE



#### Bloque excepcional para restauraciones CAD / CAM

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











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



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



Fig 9. Fotopolimerización del agente adhesivo durante 10 s.



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



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



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



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



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



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



1. Burke FJ, Palin WM, James A, Mackenzie L, Sands P. The current status of materials for posterior composite restorations: the advent of low shrink. Dent Update 2009;36:401-402.

están disponibles en el mercado composites que ofre-

cen profundidades de endurecimiento optimizadas y,

por tanto, permiten practicar obturaciones posteriores

con buenos resultados clínicos y estéticos mediante un

procedimiento más económico en comparación con los

composites híbridos tradicionales [1,30] La oferta de

materiales adhesivos plásticos con gran profundidad de

endurecimiento se ha ampliado recientemente con la

incorporación de una variante de Ormocer nanohíbri-

do, la cual se suma a los composites para obturación en

bloque con química de metacrilato tradicional •

2. Burtscher P. Von geschichteten Inkrementen zur Vier-Millimeter-Bulk-Fill-Technik - Anforderungen an Kom osit und Lichthärtung. DZW Die Zahnarzt Woche 2011; Ausgabe 39/2011:6-8.

3. Caughman WF, Caughman GB, Shiflett RA, Rueggeberg F, Schuster GS. Correlation of cytotoxicity, filler loading and curing time of dental composi-

tes. Biomaterials 1991;12:737-740. 4. Ciriminna R, Fidalgo A, Pandarus V, Beland F, Ilharco LM, Pagliaro M. The sol-gel route to advanced silica-based materials and recent applications. Chem Rev 2013;113:6592-6620.

5. Czasch P, Ilie N. In vitro comparison of mechanical properties and degree of cure of bulk fill composites. Clin Oral Investig 2013;17:227-235.

6. Ferracane JL, Resin composite - state of the art. Dent Mater 2011;27:29-38 7. Ferracane JL, Greener EH. The effect of resin formulation on the degree of conversion and mechanical properties of dental restorative resins. J Biomed

8. Finan L, Palin WM, Moskwa N, McGinley EL, Fleming GJ. The influence of irradiation potential on the degree of conversion and mechanical properties of two bulk-fill flowable RBC base materials. Dent Mater 2013:29:906-912.

9. Frankenberger R, Biffar R, Fecht G, Tietze P, Rosenbaum F. Die richtige Basisversorgung - Expertenzirkel. Dental Magazin 2012;30:12-24.

10. Frankenberger R, Garcia-Godoy F, Kramer N. Clinical Performance of Viscous Glass Ionomer Cement in Posterior Cavities over Two Years, Int. Dent 2009; Article ID: 781462, doi:781410.781155/782009/781462.

11. Frankenberger R, Vosen V, Krämer N, Roggendorf M. Bulk-Fill-Komposite: Mit dicken Schichten einfacher zum Erfolg? Quintessenz 2012;65:579-584. 12. Greiwe K, Schottner G. ORMOCERe: Eine neue Werkstoffklasse. FhG-Berichte 1990;2:64-67.

13. Guggenberger R, Weinmann W. Exploring beyond methacrylates. American Journal of Dentistry 2000;13:82-84. 14. Hickel R. Neueste Komposite - viele Behauptungen. BZB Bayerisches Za-

irzteblatt 2012;49:50-53.

15. Hickel R, Dasch W, Janda R, Tyas M, Anusavice K. New direct restorative materials. FDI Commission Project. Int Dent J 1998;48:3-16.

16. Hickel R. Ernst CP, Haller B, et al. Direkte Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich - Indikation und Lebensdauer. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) aus dem Jahr 2005. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 2005;60:543-545.

17. Ilie N. Hickel R. Silorane-based dental composite: behavior and abilities Dent Mater J 2006;25:445-454.

18. Ilie N, Hickel R. Macro-, micro- and nano-mechanical investigations on silorane and methacrylate-based composites. Dent Mater 2009;25:810-819. 19. Ilie N, Hickel R. Resin composite restorative materials. Aust Dent J 2011;56 Suppl 1:59-66. 20. Ilie N, Stawarczyk B. Bulk-Fill-Komposite: neue Entwicklungen



22. Kunzelmann KH. Komposite – komplexe Wunder moderner Dentaltechnologie. Teil 2: Matrixchemie. Ästhetische Zahnmedizin 2008;11:22-35. 23. Lien W, Vandewalle KS. Physical properties of a new silorane-based restorative system. Dent Mater 2010;26:337-344.

24. Lohbauer U. Dental Glass Ionomer Cements as Permanent Filling Materials? - Properties, Limitations and Future Trends. Materials 2010;3:76-96. 25. Manhart J. Charakterisierung direkter zahnärztlicher Füllungsmaterialien für den Seitenzahnbereich. Alternativen zum Amalgam? Quintes-

senz 2006;57:465-481. 26. Manhart J. Direkte Kompositrestauration: Frontzahnästhetik in Perfektion, ZWP Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis 2009:15:42-50.

27. Manhart J. Neues Konzept zum Ersatz von Dentin in der kompositbasierten Seitenzahnversorgung. ZWR Das Deutsche Zahnärzteblatt 2010;119:118-125. 28. Manhart J. Muss es immer Kaviar sein? – Die

Frage nach dem Aufwand für Komposite im Seitenzahnbereich. ZMK 2011;27:10-15.

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

30. Manhart J, Chen HY, Hickel R. Three-year reposterior composite QuiXfil in class I and II cavities. Clin Oral Investig 2009;13:301-307. 31. Manhart J, Hollwich B, Mehl A, Kunzelmann

KH, Hickel R. Randqualität von Ormocer- und Kompositfüllungen in Klasse-II-Kavitäten nach künstlicher Alterung. Deutsche Zahnärzt iche Zeitschrift 1999;54:89-95.

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

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



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



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

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

2002;287:339-347. 35. Peutzfeldt A. Resin composites in dentistry: the monomer systems. Eur J Oral Sci 1997;105:97-116. 36. Schmidt H, Wolter H. Organically modified ceramics and their applications. Journal of Non-

Füllungstherapie einfacher, schneller und erfolgreicher? teamwork J Cont Dent Educ 2013;16:318-323.

38. Weinmann W, Thalacker C, Guggenberger R. Siloranes in dental composites. Dent Mater

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

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

41. Wolter H, Storch W. Neuartige Silanklasse -Werkstoffe für Formkörper. ISC-Tätigkeitsbericht 1992 1992:61-72.

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

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

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

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

mW/cm<sup>2</sup>) durante 20 s (fig. 12). Durante la restauración de la superficie proximal mesial, se convirtió la cavidad de clase II inicial en una cavidad, en la prácti-

ción de nuevo durante 20 s (fig. 16).

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

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

#### **CONCLUSIONES**

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

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

Crystalline Solids 1990;121:428-435.

37. Tauböck TT. Bulk-Fill-Kom-posite. die Füllungstherapie einfel

40. Wolter H. Schmidt H. Isolationsschichten auf

#### **AUTORES:**

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

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

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

#### CÉSAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

Odontólogo. Colaborador del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid. JOSÉ M° MARTÍNEZ-GONZÁLEZ.

Profesor Titular de Ciruaía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

## Caso Clínico

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

#### INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

#### CASO CLÍNICO

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

Previamente a la realización de la cirugía se solicitó la realización de un estudio tomográfico para establecer la extensión de la lesión y la relación de la misma con las estructuras advacentes. En el corte sagital se observó que el quiste se encuentra en contacto con la región apical del 23, pero como su vitalidad fue positiva no se planificó tratamiento alguno a la espera de la evolución en el tiempo. En cuanto a su extensión en los cortes sagitales y coronales se observó que en sentido apical estaba próximo al suelo de las fosas nasales, pero éste se mantenía íntegro. Mientras que en sentido vestíbulo palatino, el quiste abarcaba desde la cortical vestibular a la palatina pero igualmente se mantenían intactas (Figuras 2-3). Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a realizar la intervención quirúrgica, Bajo anestesia local con articaína al 4%, se procedió a diseñar un colgajo semilunar modificado, con una incisión festoneada horizontal de canino a canino, a 3 mm del margen gingival, con el objetivo de minimizar la recesión gingival postquirúrgica. Al levantar el colgajo se observó que la cortical



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



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

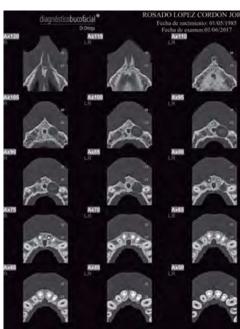


Fig 3. Corte coronal que muestra extensión vestíbulo-palatina de la lesión.

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

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

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

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

#### DISCUSIÓN

La regeneración ósea consiste en el reemplazo de un tejido dañado por células propias de ese tejido, reconstituyéndose la arquitectura y función del mismo. La regeneración del tejido óseo tras la cirugía periapical requiere el reclutamiento y diferenciación de las células madres propias del hueso, la presencia de factores de crecimiento necesarios para la migración, proliferación y diferenciación de dichas células además de las moléculas de adhesión, la matriz extracelular y ciertas proteínas no colagénicas. De lo contrario sólo tendrá lugar una reparación de tejido en la cual no se reestablece la arquitectura ni la función original del mismo (8,9).

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

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

**CIENCIA Y SALUD CIENCIA Y SALUD** 



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



Fig 5. Contenido mucopurulento de la lesión.



Fig 6. Enucleación de la lesión.



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



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



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



Fig 10. Sutura no reabsorbible monofilamente de 5.0.



Fig 11. Aspecto clínico a los 15 días.

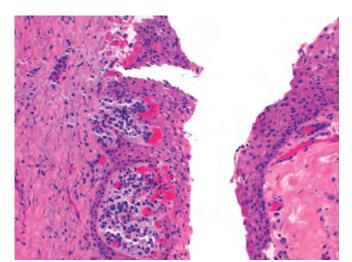


Fig 12. Imagen histológica de epitelio no atípico de quiste radicular.

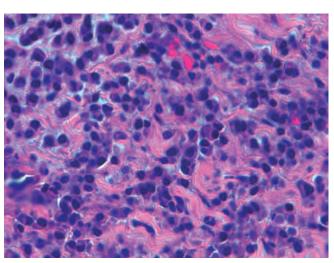


Fig 13. Imagen células plasmáticas de quiste radicular.



Fig 14. Trabeculado óseo a los 3 meses.



Fig 15. Trabeculado óseo a los 6 meses.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

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

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

**40** ODONTÓLOGOS de hoy

CIENCIA Y SALUD



#### **AUTORES:**

#### DR. JULIÁN CAMPO. Odontólogo. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología UCM.

jcampo@ucm.es

#### DR. JORGE CANO.

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

#### DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO.

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

## Patología Oral en Imágenes Quiste de Gorlin (Quiste Odontogénico Calcificante)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

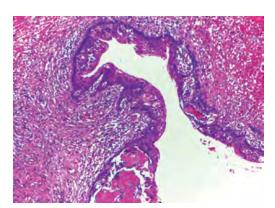


Fig 3. Microfotografia 100x H/E. Lesión quística con pared fibrosa y revestimiento epitelial "ameloblastomatoso" con engrosamientos donde se observan células fantasmas.

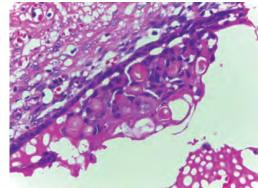


Fig 4. Microfotografia 400x H/E. Quiste odontogénico calcificante donde se pueden observar las células epiteliales queratinizadas características ("células fantasmas") protruyendo hacia la luz del quiste.



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

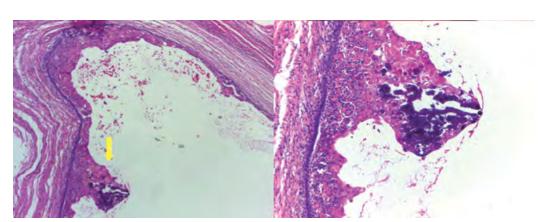


Fig 6. Microfotografia 40x H/E. Quiste odontogénico calcificante donde se observa la luz, la pared fibrosa y el revestimiento epitelial característico antes comentado. En la imagen de la derecha (400 x H/E.) se puede ver la ampliación de zona inferior izquierda (flecha amarilla). Obsérvense las calcificaciones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

**42** ODONTÓLOGOS de hoy **43** 

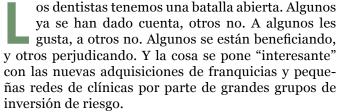
MEJORA TU GESTIÓN



## War is coming

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

alberto@plansynergia.com



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

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

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

#### **SOLUCIONES: ¿SE PUEDE GANAR LA BATALLA?**

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

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

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

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

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

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

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

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



## El mejor activo de tu clínica: tu equipo

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

www.asesoriadental.com

¿Cuál es el objetivo principal de una clínica

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

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

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

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

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

Invertir en conocimientos produce siempre los mejores beneficios. —Benjamin Franklin 🤊 🤊

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

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

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

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

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



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

> Su oferta es rica tanto en cantidad como en calidad. Su agenda cultural es, igualmente, inigualable.

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

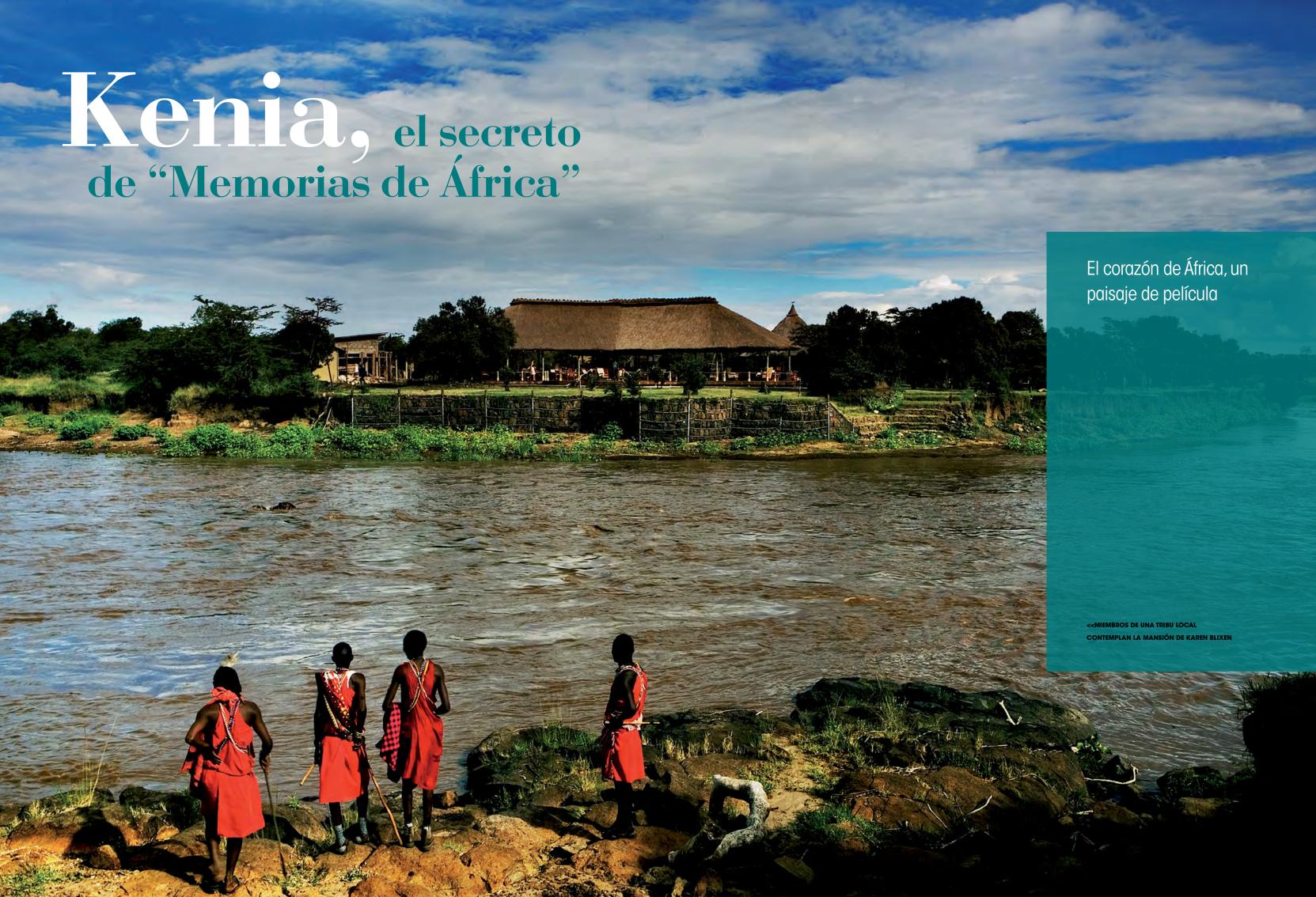
podemos destacar la Catedral de Santiago, de imponente monumentalidad. Es el final del viaje de los peregrinos, cita ineludible para todos aquellos que rinden visita al Apóstol, una gran construcción en la que confluyen varios estilos arquitectónicos.

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

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







**DESTINOS DESTINOS** 

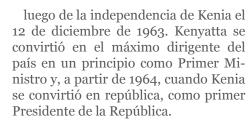
> no de los países africanos más atractivos para cualquier viajero "vocacional" es Kenia. Es la tierra en que la autora de *Lejos* de África, Karen Blixen, fue completamente feliz. Otros escritores han alabado las grandezas de este lugar: Hemingway, Hunter, Conrad... Desde que los primeros colonos se dieron cuenta del placer de recorrer a caballo las praderas del valle del Rift o de encender una hoguera en una granja a la orilla de un lago, muchos han sido los que han querido descubrir el secreto que atrapa a quienes no quieren dejar de vivir en África. ¿Qué les hizo emigrar y enamorarse de esta tierra?

> Kenia, oficialmente República de **Kenia**, es un país del este africano, que tiene fronteras con Etiopía al norte, Somalia al este, Tanzania al sur, Uganda al oeste y Sudán del Sur al noroeste, con el océano Índico bañando su costa

sureste. El lago Victoria está situado al suroeste y está compartido con Uganda y Tanzania. Su capital es Nairobi. La superficie del país es de 580.000 km² y su población es de 39 millones de personas con gentes de numerosas culturas y orígenes. El origen del nombre del país se debe al Monte Kenia, un lugar tradicional del país y la segunda montaña más alta de África.

La historia colonial de Kenia comienza con el establecimiento de un protectorado alemán sobre las posesiones costeras del sultán de Zanzíbar en 1885, seguido por la llegada de la Compañía Británica de África Oriental en 1888. La incipiente rivalidad imperial terminó cuando Alemania otorgó sus posesiones costeras a Gran Bretaña en 1890, a condición de que ésta respetase su dominio sobre sus recientemente adquiridas posesiones en la actual Tanzania.

A partir de octubre de 1952 y hasta diciembre de 1959, Kenia se mantuvo bajo un estado de emergencia como consecuencia de una rebelión en contra del dominio británico. Las primeras elecciones directas de africanos para el Consejo Legislativo se llevaron a cabo en 1957. A pesar de las esperanzas británicas de otorgar el mando de la nación a un grupo de líderes africanos "moderados", fue la Kenya African National Union (KANU, Unión Nacional Africana de Kenia) de Jomo Kenyatta la fuerza política que formó el primer gobierno



El turismo es actualmente la mayor fuente de divisas extranjeras de Kenia, seguido por las flores, el té v el café. En 2006 el turismo generó 803 millones de dólares en contraste a los 699 millones de dólares del año anterior. Pero Kenia es mucho más que datos que reflejan el potencial de futuro de este maravilloso país. El cine se ha encargado de ello.

Desde que el pasado 26 de mayo muriera el director de cine, Sydney Pollack, que llevó al cine Memorias de África inmortalizando el afamado libro y la historia de amor entre de Denys Finch Hatton y Karen Blixen, interpretados por Robert Redfort y Meryl Streep, la melodía de John Barry ha vuelto a sonar en los medios televisivos y radiofónicos que han querido así homenajear al director y productor estadounidense: las dulces notas nos han hecho rememorar y evocar las maravillas del paisaje de Kenia, un paisaje que no queda tan lejos para quienes deciden, vivir su propia historia en Kenia.

Karen Blixen deseaba con su libro Lejos de África ganar el dinero suficiente para poder volver a África pero la Segunda Guerra Mundial frustró sus deseos, no así los de miles de lectores que se han dejado transportar a través de sus palabras o de la película de Pollack, al paraíso de Kenia.

#### Un paisaje de película

"Yo tenía una granja en África, al pie de las colinas de Ngong. El ecuador atravesaba aquellas tierras altas a un centenar de millas al norte, y la granja se asentaba a una altura de unos seis mil pies. Durante el día te sentías a una gran altitud, cerca del sol, las primeras horas de la mañana y las tardes eran límpidas y sosegadas y, las noches, frías. La situación geográfica y la altitud se combinaban para formar un paisaje único en el mundo. No era excesivo ni opulento; era el África destilada a seis mil pies de altura, como la intensa y refinada esencia de un continente. Las panorámicas eran inmensamente vacías. Todo lo que se veía estaba hecho para la grandeza y la libertad, y poseía una inigualable nobleza."

Las palabras con las que Blixen describe África son fieles retazos de una realidad inagotable que, aún hoy, a pesar de los años y el turismo cada vez más acosador, deslumbra al viajero. El Monte Kenia, que da nombre al país, se encuentra en el centro del territorio, al norte de Nairobi, y es la cumbre más alta del país y la segunda de África, tras el Kilimanjaro que, aunque se encuentra en Tanzania, también está parcialmente en Kenia. Ambos, como fieles centinelas que vigilan la tierra de los masai mara, reciben al viajero en su llegada a la capital Nairobi, la ciudad Verde en el Sol. La brisa del verano suave, traída a través de los nudillos que unen las colinas Ngong, es un dulce preludio del hallazgo de la













paz africana que reposa en barrios coloniales como Hurlingham y Parklands.

En esta ciudad que es, sin dudarlo, la más grande del África oriental a pesar de su altiva juventud, comienza el recorrido de película con la visita al museo Karen Blixen: el gramófono o el reloj de cuco usados en el rodaje y, sobre todo, los muebles originales de la baronesa, entre ellos su máquina de escribir o réplicas de sus pinturas dan vida al lugar que fue su hogar durante la mayor parte del tiempo que vivió en Kenia. El museo se encuentra en uno de los barrios más hermosos de las afueras de la capital, llamado Karen en su honor. Hermosas mansiones coloniales y jardines ocupan lo que en su día fue la granja de Karen Blixen, que tenía una superficie de 24 kilómetros cuadrados, de los que dos y medio constituían la plantación de café.

#### El país del safari

Kenia es el país del safari por excelencia. La palabra "safari" en suahili significa "viaje" y evoca, en la mayoría de los viajeros, la aventura en las profundas



tierras de África del Este. Kenia, "la cuna de la humanidad", goza de la variedad de animales salvajes más importantes del continente. Por ello, los itinerarios están vertebrados por las visitas a las reservas naturales.

Los parques nacionales son una ruta ineludible de la región, la visita al parque nacional de Nairobi, cuyo límite bordea la ciudad y el aeropuerto, será el primer contacto con la fauna salvaje: orix beissa, gacelas generuk, jirafas reticuladas, lesser kudu (una rareza en Kenia), elefantes, leones, leopardos e incluso el rinoceronte. Aunque la mayor variedad de estos animales se encuentra en el parque nacional de Meru, reserva donde el famoso naturalista George Adamson dedicó gran parte de su vida al estudio de los felinos y, en particular, al de los leones.



#### KAREN BLIXEN, UNA VIDA DE PELÍCULA

A comienzos del siglo XX, Karen Blixen (nombre real de la escritora danesa Isak Dinesen), decide casarse con un amigo e irse a vivir a una de las colonias británicas de África, concretamente en Kenia, para dirigir una plantación de café. Este matrimonio de conveniencia pronto se viene abajo, debido al carácter mujeriego de su marido y a la falta de amor. Su sueño se ve truncado por las dificultades económicas de la plantación, aunque se siente feliz porque poco a poco se encuentra más a gusto con el lugar y sus gentes. Conoce allí a un cazador profesional, Denys Finch Hatton, aventurero y liberal, que le hace recobrar la alegría de vivir. Pero su visión respectiva del amor difiere, debido a que él no concibe la vida sin su independencia y ella precisa de un compañero fiel. Un incendio destruye la cosecha de café y Karen se arruina, teniendo que volver a Europa, y aunque en aquel momento ya estaban separados, Denys se ofrece a ayudarla. El último día de Karen en Kenia, Denys tiene un accidente en su avioneta y fallece. Lo entierran en las colinas de Ngong, quedando su recuerdo como el motivo de su autobiografía.

Un vuelo en avioneta privada a las orillas del lago Naivasha llevará a los viajeros a una granja colonial de principios de siglo donde los huéspedes podrán vivir las escenas cotidianas de Karen Blixen y Denys Finch Hatton. Con unos preciosos jardines junto al lago, la paz y tranquilidad que se respira es increíble; pequeñas gacelas corretean por sus alrededores, así como multitud de aves atraídas por la abundante comida que encuentran en este paraje tan singular. Por las noches, grupos de hipopótamos acuden en busca de la hierba que necesitan para su dieta diaria. La ruta de los parques termina con el Masai Mara y su río Mara, donde podrán hacer un sobrevuelo en globo por la sabana.

#### **NUBA** inmortaliza la región

Antes de acostarse de vuelta en su país, el viajero cerrará los ojos con la imagen de un atardecer en el gran valle del Rift, una vez más, sobrevolará sus montañas y grandes lagos y verá la puesta de sol convertir en estilizadas sombras las esbeltas acacias de copa plana o los robustos Baobas, el árbol que Dios plantó al revés, elevando al cielo sus fantasmagóricas ramas según dicen los nativos, son sus raíces.

Sólo NUBA ayuda a conocer lo que Finch-Hatton a Karen Blixen: los rincones más secretos de la sabana. Un viaje lleno de pequeños detalles y a la medida de cualquier sueño que quiera realizar el viajero y que, será, sin duda, una experiencia única •



NUBA, LA FIRMA ESPECIALIZADA EN EL DISEÑO DE VIAJES A MEDIDA POR LOS CINCO CONTINENTES.

www.nuba.net

**52** ODONTÓLOGOS de hoy **53** 

#### **FACILITARÁ SU ALMACENAMIENTO**

## Ticare lanza un nuevo packaging para la prótesis

sus aditamentos protésicos con el objetivo de proteger, aumentar la visibilidad y facilitar su almacenamiento. A partir del mes de septiembre y paulapackaging que seguirá contando con identificación del aditamento •

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

El pequeño tamaño de la nueva pretinamente, todos los aditamentos pro- sentación facilitará su almacenamientésicos se irán envasando en su nuevo to y la perfecta visibilidad mejorará la



### Nuevo modelo de Fresas Helicoidales



lecho óseo.

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

El departamento de I+D+i de Tica- bién con recubrimiento de carburo re ha diseñado un nuevo modelo de diamantado (RCD), que aporta una fresas helicoidales que aumentan mayor resistencia y alta visibilidad. el control sobre el eje de fresado Ambas líneas son compatibles con reduciendo el calentamiento del el sistema de topes para fresas que ofrece la máxima seguridad en el momento del fresado •



#### UNA PLATAFORMA DE APRENDIZAJE VIRTUAL

## Más de 50 vídeos en el canal de Youtube de Osteógenos

Osteógenos amplía y mejora su mucogingival.

La dilatada experiencia de Osteócanal de Youtube adaptándose a genos en el campo de la regeneración las tendencias globales, con el ob- tisular les ha permitido reunir una jetivo de ofrecer una plataforma gran cantidad de cirugías realizadas de aprendizaje virtual para la vi- por prestigiosos doctores, como Ansualización de cirugías sobre re- tonio Murillo, Patrick Palacci, Antogeneración ósea guiada y cirugía nio Barone, Holmes Ortega o Paulo Mesquita.



www.youtube.com/osteogenos

## Prosigue el Plan de Formación de Osteógenos

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

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



#### **DURANTE UNA SEMANA DE TRABAJO EN VALENCIA**

### Reunión comercial Ticare - Mozo Grau

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

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

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





**EL PASADO 27 DE JULIO** 

### DVD celebró una formación técnica Kavo en Barcelona

formación a su equipo técnico acerca de la marca •

La jornada tuvo lugar en la de la marca Kavo, con el objetivo de sala de formación y showroom actualizar conocimientos, despejar de las nuevas instalaciones de dudas y compartir ideas para mejo-DVD, en Sant Boi de Llobregat. rar el servicio de instalación, diag-DVD organizó recientemente una nóstico y reparaciones en los equipos





## Nuevo espacio digital DVD: El blog del Odontomecum

Tres años después del lanzamiento Blog del Odontomecum es converde su actual tienda online, DVD da tir al lector en el eje de la transun paso más en su consolidación en formación digital. Por ello, tanel entorno digital, estrenando un es- to en el blog como en las redes pacio destinado a compartir contenidos para los profesionales del sector, protagonismo." que tendrá como desafío el acercamiento a los usuarios.

Área Digital de DVD, comentó que medios, como dispositivos móviles o "el principal objetivo del nuevo tabletas, adaptándose a las distin-

sociales los usuarios tendrán más

El nuevo blog cuenta con un diseño responsive que permite a los usua-Teresa Mora, Responsable del rios acceder a la web desde diferentes



tas resoluciones de pantalla v facilitando un acceso más sencillo a la información •

**54** ODONTÓLOGOS de hoy ODONTÓLOGOS de hoy 55

#### EN EL AULA DE FORMACIÓN TICARE, EN VALLADOLID

## Ticare Training & Education sigue con su programa formativo

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

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

Esta formación se desarrollará

Valladolid. Dos días en los que los de condiciones frente a los nuevos asistentes podrán conocer y actualizar las nuevas herramientas y estrategias del marketing actual, anaen el aula de Formación Ticare, en ca que permita competir en igualdad conocimientos •

agentes del mercado.

En la formación se alternarán las charlas con los talleres de *Role-Play* lizando de una manera objetiva las pudiendo, de esta manera, poner tendencias del mercado para poder en práctica las habilidades recién implementar una estrategia de mar- aprendidas y afianzar así dichos

#### **EL PASADO MES DE JULIO**

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



El Prof. Dr. Tarek Elsharkawy, De- controles de calidad a los que se socano de Dental and Oral Medicine mete cada pieza. Faculty–Ahram Canadian Pyrade cada producto y los estrictos de SECIB •

Tras su visita, la firma acompamids University de Egipto, y la ñó a los doctores al hospital de La Dra. Rehab Elsharkawy, profesora Princesa en Madrid donde asistiede Faculty of Oral and Dental Me- ron a una cirugía realizada por el dicine, Cairo University visitaron Dr. Luis Naval para, a continuael pasado mes de julio las instala- ción, desplazarse a Barcelona para ciones de Ticare, para conocer más visitar la Universidad de Barcelona sobre la filosofía de Tissue Care, los junto con el Dr. Rui Figueiredo, y el cuidadosos procesos de fabricación Dr. Eduard Valmaseda, presidente

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

ciente con maxilar atrófico, debemos tener conocimientos sobre estética

Para conseguir rehabilitar a un pate/gingiva, de tal modo que se pueda para una estética oral natural, como conseguir una sonrisa armoniosa.

gingival y las relaciones entre dien- principios y criterios fundamentales, incisales, entre otros •

por ejemplo la simetría de la sonrisa, Durante este curso se abordarán los la línea del labio inferior y los bordes



## LA DRA. JOANA GARÇEZ EN VIGO LOS DÍAS 27 Y 28 DE OCTUBRE Estratificación de Composites en el Sector Anterior

La Dra. Joana Garçez impartirá octubre.

planear y elaborar restauraciones Empress Direct •

El objetivo del curso será adqui- estéticas directas en el sector anel curso de formación en Compo- rir a lo largo de 2 días formativos terior y profundizar en las técnicas sites en Vigo los días 27 y 28 de las competencias necesarias para de estratificación con el sistema IPS

#### **OBRA DE HYO-SANG PARK**

## Microimplantes en Ortodoncia aplicada a la Cirugía Ortognática

**Obra de Hyo-Sang Park, Profe**- ción y problemas de oclusión en la sor y Catedrático del Departamento de ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de la mandíbula. Nacional Kyungpook, Daegu, Corea.

**Presentado en la edición espa-** de un nuevo método que utiliza a los ñola por la Dra. María Eugenia Cabaña Muñoz, ortodoncista. Distribuido en España por Editorial Atlantis (www.atlantise- y de la asimetría facial • ditorial.com).

Los microimplantes hoy en día suponen cambios innovadores y se han convertido en una de las herramientas esenciales en los tratamientos de ortodoncia. Se han establecido como uno de los elementos claves en el control del movimiento dentario en casos de des-compensacirugía ortognática, así como, para estabilizar o modificar la posición

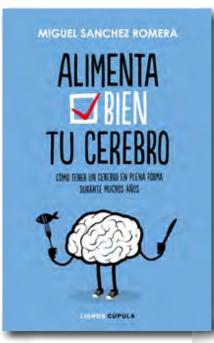
El objetivo de este trabajo es presentar y analizar las posibilidades microimplantes de manera eficiente en el tratamiento quirúrgico de la maloclusión esquelética de Clase III

> **Atlantis editorial** Science & Technology S.L.L.



## EXPLICA LA IMPORTANCIA DE TENER BUENOS HÁBITOS PARA MANTENER EN FORMA AL CEREBRO El "chef neurólogo" publica "Alimenta bien tu cerebro"

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



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

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

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

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

**56** ODONTÓLOGOS de hoy ODONTÓLOGOS de hoy 57



## X Congreso de Actualización en Implantología

