

*Feliz Navidad*



## VI JORNADA De Actualización en Implantología

Sevilla, 8 Feb 2019



en  
Hotel Silken Al Andalus Palace



**Amos García Rojas**, presidente Asociación Española Vacunología:

Lo verdaderamente progresivo es vacunarse.



**Yolanda Jiménez Soriano**, vicedecana de Odontología de la Universidad de Valencia:

Esta época difícil está preparando profesionales muy bien formados.



**Antoni Gómez**, presidente del COEC:

Ninguno de los políticos con quienes he hablado va a una clínica low cost; ni ellos ni su familia.

## VI JORNADAS de Actualización en Implantología

*Implantología en estado puro*

Hotel Silken Al-Andalus Palace | Sevilla

### Programa provisional odontólogos



Influencia del componente transgingival en la osteointegración  
Dr. Juan Blanco Carrión



Biología de la periimplantitis  
Dr. Pablo Galindo Moreno



Complicaciones estéticas relacionadas con los tejidos blandos en implantología  
Dr. Luis Antonio Aguirre Zorzano



Ventajas e inconvenientes de la implantoplastia en el tratamiento de la periimplantitis  
Dr. Rui Figueiredo



Acondicionamiento de tejidos blandos para la prevención y tratamiento de la peri-implantitis  
Dr. Alberto Monje



La conexión implantoprotética: dónde, cómo y cuál  
Dr. Juan Manuel Vadillo Martínez



Claves del éxito en zona estética: manejo de tejidos blandos y regeneración ósea  
Dr. Alberto Salgado Velázquez



Protocolos simplificados y consejos clínicos para el manejo del déficit óseo en la clínica dental  
Dr. Constantino Colmenero Ruiz



Alta exigencia en Restauraciones anteriores sobre implantes  
Sr. Carlos de Gracia Ruíz



Distintos métodos de resolver comprimidos estéticos  
Dr. Álvaro Casasola Mata



Medicina oral aplicada a la implantología  
Dr. Pablo Gutiérrez Torres

Moderadores: Dr. Pablo Domínguez Cardoso y Dr. Emilio Jiménez Castellanos; Dr. Arturo Pérez Sánchez y Dra. Angels Pujol García; Dr. Alberto González García y Dr. José Luis Gutiérrez; Dr. Antonio J. Flichy y Dra. Maribel González Martín

### Programa para protésicos



Síntesis  
Sr. Manuel Izquierdo Gutiérrez



Importancia del marco gingival en prótesis sobre implantes  
Sr. Luis Miguel Vera Fernández



Flujo digital en el laboratorio dental: ¿Opción u obligación?  
Sr. Carlos Plata Vega



Parámetros estéticos como guía de tratamiento implantoprotésico  
Dra. Patricia Pizarro Luengo



Oclusión: Aliada en rehabilitación implantológica  
Dra. Mari Carmen Ramos Martínez



Acercándonos al CAM  
Sr. Agustín Ripoll Puig



Acercándonos al CAM  
Sr. Agustín Ripoll Pello



Carga inmediata... más que un provisional  
Sr. Javier Ortolá Dinnbier



Transformación o síndrome de fachada digital: la formación digital como estrategia en la prótesis sobre implantes  
Sr. Fernando Folguera Arbas



Cad Cam o Cad Cam  
Sr. Iñigo García González



Caminando hacia el presente. Qué supuso para el laboratorio la transformación analógica a Flujo Digital y el día a día de un laboratorio  
Sr. Jose Vidal Gomila

**8 DE FEBRERO DE 2019**

*guarda esta fecha*

más información e inscripciones en [www.ticareimplants.com](http://www.ticareimplants.com)

Entre las noticias de los caso "Idental" y otros, que durante el año han llenado la mayor parte del espacio dedicado a nuestra profesión en los medios de comunicación generales y no precisamente en positivo, hemos querido mostrar el fructífero resultado del trabajo de tantas personas en esta profesión a las que desde nuestras páginas hemos querido rendir nuestro reconocimiento. Compañeros que en los Colegios encabezados por los presidentes con los que hemos hablado dedican su tiempo a mejorar tantas cosas unas veces e impedir que empeoren más. Compañeros que desde las sociedades científicas trabajan por la formación continuada, tan importante para nuestro futuro. Compañeros

que dedican su tiempo de forma altruista a mejorar la salud de los más desfavorecidos. Docentes que desde la universidad hacen que los nuevos profesionales salgan con la formación que la sociedad exige y necesita.

Poco podemos alabar a los poderes públicos, su implicación es mínima, no pasan de las palabras y la foto oportunista.

La última noticia que llega a la redacción es de las malas o aún peores y es la discriminación a la que el Gobierno y la Universidad del País Vasco pretenden someter a los estudios del Grado de Odontología, dejándolos fuera de las nuevas instalaciones que los demás estudios sanitarios estrenarán próximamente en Basurto.

## 5 Editorial

## 6 Opinión

## 12 Tribuna de Salud Pública

## 14 Actualidad

## 36 Entrevista

**36 Yolanda Jiménez Soriano**  
Vicedecana de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia

**38 Amos García Rojas**  
Presidente de la Asociación Española de Vacunología

## 44 Ciencia y salud

**44 Utilización de un nuevo biomaterial compuesto por fosfato cálcico en preservación alveolar**

**50 Revisión sistemática del penfigoide de membranas mucosas orales**

**56 Péñfigo paraneoplásico**

**60 Epónimos (I): Clases de Angle**

## 64 Mejora tu gestión

**64 ¿Cómo crees que se han sentido tus pacientes tras una visita a tu clínica?**  
Dr. Alberto Manzano

**66 La publicidad sanitaria en odontología**  
Dr. Diego Rodríguez Menacho

## 70 Formación

## 72 Empresas

### SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, envíenos un mail a [distribucion@odontologosdehoy.com](mailto:distribucion@odontologosdehoy.com) indicando los siguientes datos:

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- N° de Colegiado Médico u Odontólogo
- Correo Electrónico
- Indíquenos si desea recibirlo en formato digital (pdf) o en papel

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

# ODONTÓLOGOS DE HOY

## EDITOR:

**Fernando Gutiérrez de Guzmán**  
editor@odontologosdehoy.com

## DIRECTOR CIENTÍFICO:

**Francisco Antonio García Gómez**  
d.cientifica@odontologosdehoy.com

## REDACTORA JEFE:

**María José García**  
redaccion@odontologosdehoy.com

## DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

**Rolando Peniche Marcín. México.**

## CORRESPONSAL BARCELONA:

**Juan José Guarro Miquel**

## CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:

**Antonio Castaño Seiquer**

## CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

**Irene María Ventura de Carvalho Ramos**

## CORRESPONSAL EN CHILE

**Luis Alberto Vicentela**

## CORRESPONDENTE EM BRASIL

**Daniela Lemos Carcereri**

## CORRESPONSAL EN ARGENTINA

**Silvina Beatriz Villalba**

## CORRESPONSAL EN VENEZUELA

**Carolina Hernández Ponce**

## DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

**Oklok**

## WEB:

**Amaya Pérez Echeveste**  
web@odontologosdehoy.com

## PUBLICIDAD:

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

## COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**José María Clemente Sala.** Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

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

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

**Cristina García Durán.** Odontóloga Madrid.

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

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

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

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

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

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

**Luis Antonio Hernández Martín.** Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Javier Relinque.** Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Raúl Óscar Castro, otra más. Nuevo varapalo judicial

Cualquiera diría que en esta profesión no hay problemas de verdad.

Hace días leíamos en los medios que A.M.A. (la Mutua de los profesionales sanitarios) y la O.M.C. (Organización Médica Colegial) se unían para defender a los médicos ante las agresiones, pensando, ingenuos nosotros, que en siguientes días veríamos un titular similar en el que apareciese la Organización Colegial de la Odontología, habida cuenta de que el Presidente del Consejo de Dentistas también es consejero de A.M.A. y no le gusta perderse la ocasión de salir en una foto.

Pero parece que el cargo de consejero de A.M.A. no es para conseguir beneficios para la profesión y para lo que lo utiliza es para participar de la millonaria retribución de la que dispone el Consejo de A.M.A., aprobado por su Junta General. Los hechos que aquí relatamos sugieren que lo que el Señor Castro hace es agredir a los dentistas.

---

*"Nos preguntamos si estos señores del Consejo creen en lo que es la institución a la que representan"*

---

Por cierto, el presidente del Consejo de Médicos tiene estatutariamente prohibido compatibilizar estos cargos.

Lo que nos encontramos es otro varapalo de los que los Juzgados ya nos tienen acostumbrados a ver, habitualmente con personajes de medio pelo que se pasan el día denunciándose por lo que sea para contarlos en la tele, pero en esta ocasión y una más para Don Raúl Oscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas de España.

Pues sí, esta es la forma de actuar del Señor Castro y su Comité Ejecutivo, que no le gusta algo, pues hala, al Juzgado con quien se ponga en medio, que para guapo el que manda y para pagar todos los demás. Nos preguntamos si estos señores del Consejo creen en lo que es la institución a la que representan, se habrán leído y si lo han hecho, habrán entendido lo que pone en los estatutos.

El caso último al que nos referimos es una querrela presentada por Don Raúl Oscar Castro contra el Doctor Julio González Iglesias, pagada con los fondos del Consejo, es decir pagada con el dinero de todos y aprobado por el Comité Ejecutivo en base según ellos a las constantes actuaciones atentatorias contra la dignidad y el buen nombre del Consejo General de Dentistas de España y de su Presidente.

El auto del Juzgado, sin perjuicio del recurso que con el dinero de todos los dentistas decida el Señor Castro presentar o no contra el Doctor González Iglesias, dice básicamente... que (el Doctor G.I.) pide información sobre unos hechos que atañen a la actuación de algún miembro del Consejo de Dentistas, y que al parecer están siendo investigados en otro Juzgado. Dicho esto y al no encontrar indicios de lo denunciado se archiva el caso.

Vamos que preguntar que si es cierto que en la caja del Consejo falta dinero, es atentar contra la dignidad del Señor Castro, cuando en otro Juzgado es el propio Señor Castro el que lo manifiesta. Imputar y tratar de delincuente al Doctor González Iglesias eso sí que en nuestra opinión tiene indicios de criminalidad, pero en qué país creen que están estos señores.

A qué viene reivindicar constantemente ese honor que nadie más que él mismo se cuestiona del Señor Castro, si del Consejo falta dinero como se presume y queda demostrado se podrá cuestionar el honor del que lo sustrajo, no del presidente y menos el del propio Consejo, otra cosa es que los hechos al final hagan pensar a la colegiación que sus representantes son unos incompetentes que no saben hacer su trabajo, y hasta plantearse seriamente para que están, pero eso no es una calumnia, eso es una legítima conclusión a la que se puede llegar y probablemente eso es lo que les preocupa, quedar como unos auténticos inútiles.

Lo que sí es grave es que a un colegiado se le niegue el derecho a preguntar por lo que ocurre en el Consejo, que se le criminalice por ejercer sus derechos y hasta sus obligaciones, pues en el caso del Doctor González Iglesias se da la circunstancia de haber sido Secretario del Consejo General y aunque legalmente nada cambia, deontológicamente está obligado a interesarse por cualquier desviación de la que tenga conocimiento, pero para eso deberían saber qué es la deontología. ●



## BlackFriday en salud. Todo el mundo en promoción

**ANTONI GÓMEZ JIMÉNEZ**

**PRESIDENT COL·LEGI OFICIAL D'ODONTÒLEGS I ESTOMATÒLEGS DE CATALUNYA**

**V**iernes negro. Después de los escándalos a raíz del cierre repentino de clínicas como Funnydent y Identical, que han provocado miles de afectados, ruido, noticias, escándalos, estafas e indignación a las redes, el Ayuntamiento de Barcelona, la Diputación, el Ayuntamiento de Tarragona, Consumo y plataformas de afectados exigen ahora al colectivo de dentistas que hagamos gestos, descuentos y solidaridad; pero simultáneamente se nos acusa de no haber hecho nada.

Llevamos años denunciando y reclamando actuaciones al al Ministerio de Sanidad, al Departament de Salut a los grupos parlamentarios catalanes y nacionales, la necesidad imperativa de la regulación/prohibición de la publicidad sanitaria.

Estamos hartos de ver a Bertín Osborne, Xavi Hernández, Javier Cárdenas, Iker Casillas, Carolina Cerezuelo y Jesús Vázquez haciendo anuncios de televisión, hartos de mutuas que regalan seguros dentales, hartos de regalos, promociones 2x1, garantías de por vida, garantías de 10 años, descuentos y subvenciones, y otras promociones.

Se ha dejado a la Odontología fuera de la cobertura de prestaciones públicas. Se ha dejado que, para tener acceso al dentista la gente tenga que creer los anuncios de la tele o fiarse de clínicas dentales que dejan folletos promocionales en el buzón. O, incluso, buscar qué descuento se puede conseguir por internet o el regalo de un implante dental por la compra de una hamburguesa.

Se ha dejado que la parte de la población que no tiene recursos para acceder al dentista haga financiaciones imposibles atraídas por las promociones. Se ha permitido que hubiera dentistas como churros, abriendo facultades privadas, somos la fábrica de dentistas de Europa.

Se creían que el low cost salvaría a una administración incompetente que no planifica y que creía que con la plaga de clínicas low cost socializarían el acceso al dentista sin poner ni un duro. "El sector ya se regulará", decían, como si se tratara de pizzerías o inmobiliarias, omitiendo deliberadamente que la Odontología es Salud y puede traer consecuencias importantes si tenemos problemas.

Ninguno de los políticos con quienes he hablado va a una clínica low cost, ni ellos ni su familia... pero la gran mayoría de la población no puede acceder al dentista. En este país te trasplantan un riñón o te hacen un cambio de sexo, pero no te salvan un diente. Y lo denunciamos, y hacemos la campaña "No piques!", y la campaña "Por una Odontología sin trucos" protagonizada por el Mago Lari, y vamos a la televisión, a las radios y salimos en

prensa, y la Autoritat Catalana de la Competència nos expedienta, y nos hace retirar la campaña "No piques!" o nos sanciona. Pero, nadie hace nada, los pacientes estafados, con problemas de salud, y ahora es el Colegio el que tiene que hacer algo.

Prohíban de una vez la publicidad sanitaria. No se puede vender la salud al que más y mejores anuncios de televisión o promociones haga. ¿Lo entienden? ¿No hacen decretos exprés en reunión de Consejo de Ministros para lo que les interesa? Pues ale! es fácil!

Regulen el número de dentistas, como se hace en Europa. Aumenten la cobertura sanitaria e incluyan la salud bucodental en las prestaciones públicas.

Hagan que se cumpla **ESCRUPULOSA** y **ESTRICTAMENTE** la Ley de Sociedades Profesionales de 2007. La propiedad, titularidad, gestión y explotación, tiene que ser de los profesionales: **DENTISTAS**. Ni empresarios con afición a los caballos, ni sociedades intermediarias, ni inversores, ni franquicias, ni fondos "buitre", ni bancos, ni aseguradoras. La odontología para los dentistas.

---

*"Ninguno de los políticos con quienes he hablado va a una clínica low cost, ni ellos ni su familia"*

---

Y ahora, por el BlackFriday, te regalan un cepillo de dientes eléctrico, o si llevas a la abuela a hacer ortodoncia te regalarán un patinete eléctrico solar, o entradas para el cine, 50% de descuento si se acepta una financiación de 60 cuotas de unos 100 eurillos de nada con garantía de por vida de Jordi Hurtado. (Eso sí, si cierra la empresa Jordi Hurtado, no se hace responsable).

Todo el mundo a la caza del paciente, a ver si el community manager de la clínica hace algo en Facebook o Instagram para traer más clientes y hacer también camisetas y gorras. Ahora es BlackFriday y, si Amazon y Mediamarket lo hacen, pues las clínicas dentales también. Si Navidad ha vendido más jamones con Bertín Osborne, pues Unidental no puede ser menos! "Dale Manolo!".

Dentro de poco, un mensajero, te traerá a domicilio un dentista acompañado de un comercial que lo supervisará todo. Está claro, la culpa es del Colegio y de los dentistas, que son "careros". Todo muy "normal". •

Tener una empresa de **éxito no es cuestión de suerte**,  
tampoco hace falta que seas un visionario,  
**es cuestión de método.**

**Dentigrity®**

**TENER ÉXITO DE  
MANERA CORRECTA**

**Diploma en  
Gestión y Dirección  
de Clínicas Dentales**

4ª Ed. Madrid febrero 2019

---

**TUS PACIENTES  
QUIEREN UN  
GRAN SERVICIO,  
NO OFERTAS**

---

**MÁS INFO**

info@plansynergia.com

o en el 664 591 337

plansynergia.com



## Amor en cada punto de sutura

**ALEJANDRA LLORENTE**  
**ODONTÓLOGA. EJERCE EN REINO UNIDO**

**T**ernura es lo que corre por sus manos, destreza, precisión y paciencia, amor en cada punto de sutura, así ha sido su vida. Pasaron los años, y durante ese tiempo cuidó de tantas personas que ya su memoria no le alcanzaba para recordar ni si quiera quien era él.

El Alzheimer se había apoderado de su mente, pero cuando nos mirábamos a los ojos el se veía en mí y yo en él. Él es como todos los dentistas un cuidador nato, incluso cuando los temblores de la vejez se han hecho dueños de sus manos.

Hace muchos años ya que se jubiló pero cuando entra en el gabinete le ves esa fuerza e ilusión, como si volviera a la clínica después de haber pasado unas largas vacaciones, deseando coger la turbina para continuar con su siguiente obra maestra.

---

*"Ian es, como todos los dentistas, un cuidador nato, incluso cuando los temblores de la vejez se han hecho dueños de sus manos"*

---

Cuando le pido que se siente en el sillón dental me dice que de ninguna manera que la que se tiene que sentar en el sillón soy yo y que él es el dentista, y le pide enérgicamente a mi enfermera que le pase los guantes.

Aunque he tratado muchas veces de convencerle de que la dentista soy yo, al final como en el ajedrez hacemos tablas y yo acepto que soy una estudiante de Odontología y él es el profesor. Entonces satisfecho me deja examinarle, me da consejos, me explica sus propias radiografías, y al final después de darme 5 estrellas muy contento se va.

Con el tiempo desarrollamos una amistad, aunque para él cada vez que nos vemos es la primera vez. Soy siempre una cara nueva, y sin embargo yo cada vez sé más de su vida.

Este dentista Escocés ha tenido una vida intensa, luchó en la Segunda Guerra Mundial, y fue capturado por los alemanes nazis, cuando volaron su tanque en Gildehaus. Fue prisionero de guerra hasta que los aliados lo liberaron. Cuando terminó la guerra volvió a un Londres muy

distinto del que conozco yo ahora para estudiar Medicina y posteriormente especializarse en Odontología.

Después de la Segunda Guerra Mundial hubo grandes avances en medicina debido al gran número de personas que regresaron heridas de la guerra pero también muchos soldados supervivientes encontraron una forma de apaciguar su mente en la medicina para dar sentido a su vida.

Ian tenía muchas cosas que olvidar, por lo que dedicó toda su energía en hacer cosas buenas por sus pacientes, como si fuera una manera de perdonarse a sí mismo por todo lo que vivió durante la guerra, por todas las cosas que ya no se podían cambiar, por que el pasado una vez se ha escrito se queda grabado en la tierra y en la memoria. Desgraciadamente esas cicatrices el tiempo no las cura.

Una vez leí que una de las mejores maneras de alcanzar la felicidad es hacer feliz a los demás y supongo que es lo que mueve la vocación de los profesionales sanitarios.

Ian pasó la mitad de su vida profesional en Londres hasta que su mujer falleció. Pese a que se había labrado una buena reputación su corazón le pedía volver a Escocia a reencontrarse con los acantilados, el viento, el mar, la chimenea de casa de sus padres, un libro y una copa de whisky.

Ian y su mujer nunca tuvieron hijos, por lo que sus pacientes eran todo para él. Cuando se jubiló su mente se fue apagando poco a poco hasta el punto en el que recordaba mejor el pasado que el presente y su hermano tuvo que hacerse cargo de él y llevárselo a Leeds. En Leeds llevaba una vida tranquila, aunque a veces le daba por decir que los alemanes iban a bombardear otra vez y que necesitaba que le arreglaran el tanque lo antes posible. Otras veces mientras comía exigía que le pasaran los fórceps inmediatamente, supongo que al tocar el metal de los cubiertos le transportaba a sus horas de cirugía.

Tengo que reconocer que es al paciente que mejor trato, porque es inevitable no sentir ternura por él. Ian me recuerda que no dejamos nunca de ser dentistas ni siquiera cuando ya no somos nosotros mismos, que la profesión forja un carácter que es imborrable, ni siquiera cuando ya no sabes cómo atarte los zapatos tu solo, ni donde vives, ni que comiste ayer.

Pese a todo cuando viene a verme a la consulta él quiere seguir cuidando de mi, pero esta vez querido amigo la vida dice que lo haga yo por ti. •

¡Vea las  
ofertas actuales!\*

4 mm

# GrandiOSO

## x-tra

### UNIENDO ESTÉTICA Y BULK FILL

- Restauraciones rápidas y estéticas en los dientes posteriores
- Nivel de dureza superior a otros composites para restauraciones en bloque – tanto en la superficie como a una profundidad de 4 mm
- Muy alto contenido de relleno (86 % en peso) y una contracción de polimerización (1,4 % en vol.) extremadamente baja
- En los colores A1, A2, A3 y universal
- Alta estabilidad al color
- Manejo excelente y simple pulido a alto brillo

\*Vea las ofertas actuales en [www.voco.dental](http://www.voco.dental) o póngase en contacto con su Consejero Dental de VOCO.

**IDS**  
**2019**

Visítenos en Colonia 12.-16.03.2019  
stand R8/S9 + P10, recinto ferial 10.2  
stand C40, recinto ferial 5.2

# GrandiOSO

## x-tra





## Los comienzos nunca son fáciles

**MARÍA BERMUDO FUENMAYOR**  
**PREMIO FIN DE ESTUDIOS GRADO DE ODONTOLOGÍA.**  
**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

**E**n los últimos tiempos, el aumento de clínicas dentales low cost es alarmante para la sociedad odontológica. Nos enfrentamos a consultas dirigidas por un empresario cuyo objetivo no es otro que el económico, dejando a un lado valores como el buen trato al paciente, la formación adecuada o el realizar un buen diagnóstico. Ahora se lleva “vender” tratamientos, olvidándonos de que nuestra profesión es salud.

Pero, ¿cómo hemos llegado a esto? La situación de los dentistas recién graduados es muy complicada. Al finalizar nuestros estudios, nos encontramos con el escenario de que necesitas al menos tres años de experiencia para trabajar, y a ser posible dos másteres y un experto. Para pagarte esta formación, necesitas dinero (y no poco, por cierto). Pero no tienes trabajo para pagarlo, con lo cual pueden darse tres situaciones: o bien tu familia puede permitirse pagarte la formación, o bien tu padre/madre es dentista, o bien acabas en una clínica low cost.

Entonces, comienzan los problemas. Trabajas bajo presión desde el principio, ajustándote a unos tiempos que no son los tuyos, los materiales no son los ideales, tienes muchísimas dudas y cometes errores sin existir nadie que te diga si lo estás haciendo bien, mal o, a veces, muy mal. Porque todos lo sabemos, de la carrera salimos con conocimientos muy básicos y con poca práctica, cosa que, en mi opinión, se podría solucionar si no existiera tanta competencia con los estudios de post-grado, dando una formación más extensa y especializada durante el grado. Pero ese es otro tema.

El caso es que, recién graduados, no tenemos capacidad para tomar decisiones complejas ni para ejecutar determinados tratamientos. No se puede empezar la casa por el tejado. No es ético hacer un “all on four” cuando apenas has puesto un implante unitario. Conozco compañeros que llegaban a casa a la 1 de la madrugada porque el paciente se tenía que ir con los implantes y la prótesis colocada, otros realizaban cirugías de implantes con la mínima formación teórica, y a los pocos meses eran los que “enseñaban” a sus nuevos compañeros, todo ello con sueldos entre un 18 y un 25% de su facturación. Se están haciendo

absolutas barbaridades en la odontología actual. Con todo esto, el paciente cada vez se vuelve más receloso, pierde la confianza en nosotros y al final, lo pagamos todos. No es raro ver pacientes que acuden desconfiados de otras clínicas, comparando presupuestos, intentando rebajar el precio de los tratamientos como si estuviera comprando en el mercadillo. Y esto es denigrante.

En mi caso, nunca he trabajado en este tipo de clínicas, pero me enfrento a otra realidad. Siempre he pensado que la mejor manera de perfeccionar tu formación es acercándote a alguien que admires y aprender su forma de trabajar. Por ello, durante mis dos últimos años de carrera fui voluntariamente a la clínica de un profesor que me enseñó muchas de las cosas que no se aprenden en los libros. Empecé a trabajar en una clínica privada, con la suerte de que mi jefa era dentista y me ayudaba con todas las dudas que me iban surgiendo. El problema surgió cuando veía que el salario que tenemos establecido por convenio no supe los gastos de alquiler de un piso, comida, gasolina y formación; a lo que hay que añadir que lo normal es que tengas un contrato en prácticas.

Cuando hablo con mis compañeros de promoción, la mayoría coincidimos en que el comienzo de nuestra vida laboral nos decepcionó. Estudiamos una carrera muy dura para después no ver esa ansiada recompensa. Buscan en ti la eficacia, pero pocos se ofrecen para enseñarte a ser eficaz. El empresario busca el rendimiento, pero no aprecia el buen trabajo realizado.

En mi opinión, creo que debemos pararnos a pensar que quizá sea mejor dar un paso atrás y olvidarnos de rellenar el currículum con miles de cursos que no significan nada; que lo de antes, el enseñar un oficio, el formar a una persona desde el principio, quizá sea más acertado que contratar a alguien cuando ya vengan mal formados de este tipo de clínicas.

No hay que olvidar que esta es una carrera de fondo, no de velocidad. Hay que hacer un gran esfuerzo al principio para ver los resultados en el futuro, creciendo siempre con ilusión hacia esta increíble profesión que es la odontología. ●

# OFERTAS NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

## Mp3. Sustituto óseo con 10% de colágeno



3 Jeringas **Mp3 1 cc** + REGALO 1 vial de **Apatos 0,5 gr** +  
1 membrana **Evolution X-fina 20x20x(0,2) mm**

Precio oferta 381€. Regalos valorados en 138€



**REGALOS**

## Duo-Teck felt. Colágeno liofilizado equino



1 Caja Membranas **Duo-Teck Felt 6 uds. 25x25x(0,2) mm**  
+ 1 Jeringa **Putty 0,5cc** + REGALO 1 Kit **Apatos + TSV Gel 0,5cc**

Precio oferta 310€. Regalo valorado en 94€



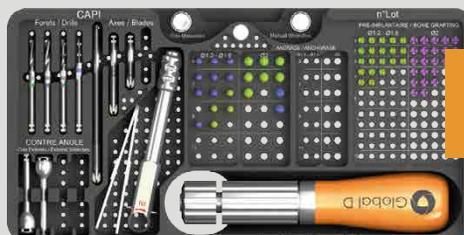
**REGALO**

## Tornillos de osteosíntesis autoperforantes



1 **Derma fina 25x25x(0,8-1)mm** + 1 **Evolution 30x30mm**  
(fina 0,4mm ó std 0,6mm) + **25 Tornillos de cualquier medida** + REGALO de **1 Caja contenedora quirúrgica**

Precio oferta 859€. Regalo valorado en 290€



**REGALO**

Imagen orientativa.

No incluye ni instrumentos ni tornillos.



## Estrategia centrada en la explotación del paciente

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

**P**or desgracia, la odontología ha sido noticia de portada los últimos meses -y hasta los últimos dos años- debido a los fraudes cometidos por empresas titulares de clínicas dentales de las llamadas marquisistas. El último escándalo, el de la empresa iDental, encima ha estado a punto de re-editarse. Un mayúsculo fraude a las personas, a las instituciones y a la salud. La mayoría de dentistas nos hemos sentido indignados por estas actuaciones de gente sin alma que abusa y pierde su propia dignidad por un poderoso caballero. El asunto es viejo: el oro o las personas.

El asunto toma gran relevancia porque llueve sobre mojado y porque, finalmente, se convierte en un problema de Salud Pública: su dimensión ya no es el fraude a unas cuantas personas si no a un número grande, creciente con los sucesivos escándalos, y unas consecuencias serias: su salud, su dignidad y el respeto debido a ellas. Y también la quiebra de su economía, que no es poco. Esta dimensión de salud pública es la que sus mafiosos organizadores no pudieron prever. A ver si esto hace que la Administración se lo tome verdaderamente en serio. Ya no es solo que a Hacienda le estén tocando el bolsillo, que es por lo que empezó el escándalo Vitaldent, es que demasiados desalmados están jugando con un servicio a la población, con su salud y su bienestar. Un servicio, por cierto, del que la sanidad pública ha hecho dejación, a diferencia de países de nuestro entorno, y que la población recibe gracias a la iniciativa privada.

Porque estos son los mimbres con los que se confeccionan estos fraudes: un campo abonado porque lo público no cubre unas necesidades reales de las personas en una área primordial como es la salud (derecho reconocido en nuestra Constitución); se permite la creación y funcionamiento de Servicios de Salud de titularidad y dirección no médica (u odontológica); se consiente una publicidad engañosa que sitúa a la salud al mismo nivel que los bienes de consumo: se ofertan implantes u orto-

doncia como quien oferta coches o filetes de bacalao. Y con estas premisas, ciertos empresarios que no son dignos de este nombre, han convertido la odontología en un mercadillo. Y como siempre, dirigido a los sectores de población más desfavorecidos, que normalmente son los que arrastran más enfermedad, tienen menos formación y menos información.

---

*"Se ofertan implantes u ortodoncia como quien oferta coches o filetes de bacalao. Ciertos empresarios han convertido la odontología en un mercadillo"*

---

En el ejercicio de la medicina y de la odontología, se habla desde hace unos años de lo que ha venido en denominarse la Estrategia Basada en las Personas. Esta forma de pensamiento que surge el año 2008 de la "Geneva Conferences on Person Centered Medicine", auspiciada por la OMS y otros organismos internacionales, trata de superar la tendencia de las últimas décadas de una medicina muy especializada, fragmentada en su atención, focalizada como ellos dicen en el órgano y que está dirigida a colocar a la persona (y su contexto) en el centro de la atención médica. Su principio iluminador es el compromiso ético con la persona y un ejercicio holístico de la atención médica. Una visión donde la ciencia es el instrumento primordial y el humanismo su esencia misma. Vamos, como las clínicas marquisistas más o menos, centradas en la explotación de las personas con permiso de la Administración. Subrayemos esto porque es la base del problema: con permiso de la Administración. ●

**NSK**

CREATE IT.

**NSK Dental Spain SA** [www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)

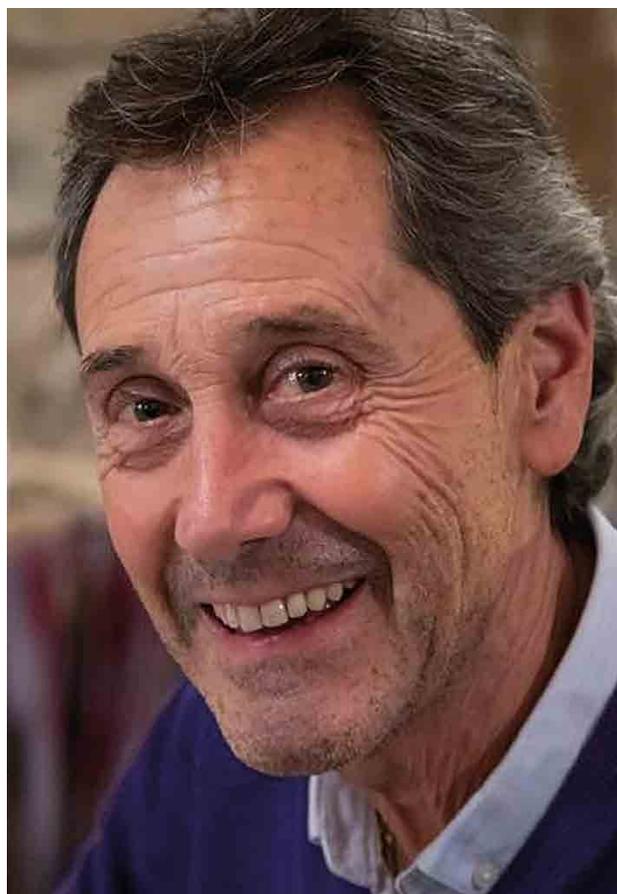
Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid · tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32 · e-mail: info@nsk-spain.es

En un ambiente de amistad toda la plantilla estuvo presente en la celebración y presentación de su nueva imagen corporativa

## Antón S.L. celebra 25 años



**antón**  
Suministros Dentales



Antón Sanz, gerente y fundador de Antón S.L..

Nuestra estrategia se centra en el cliente para ayudarle a colocar su negocio en la vanguardia del mercado, así es como define desde siempre, Antón Sanz, gerente y fundador de Antón S.L. la empresa de suministros dentales líder en la zona norte.

Todo empezó hace ya 25 años en 1993 después de diez años en el sector, cuándo con el apoyo de profesionales odontólogos y de la industria, y sobre todo mucha ilusión Antón Sanz inicio un camino que le llevaría a ser hoy el referente en distribución de productos y equipos para las clínicas dentales en la zona norte.

La evolución de clínicas y profesionales en este tiempo ha sido vertiginosa, de las mil referencias que había hace 35 años cuando se inició en el sector a las más de 50.000 referencias con que se trabaja hoy, el desarrollo de los sistemas digitales de radiología y los escáneres, las nuevas tecnolo-

gías que cambiaron el trabajo en las clínicas también obligaron a cambiar los procesos en la industria y en la distribución y Antón ha sabido estar al ritmo de los tiem-

---

*"Nuestra estrategia se centra en el cliente para ayudarle a colocar su negocio en la vanguardia del mercado"*

---

pos, adelantándose incluso a las necesidades de sus clientes.

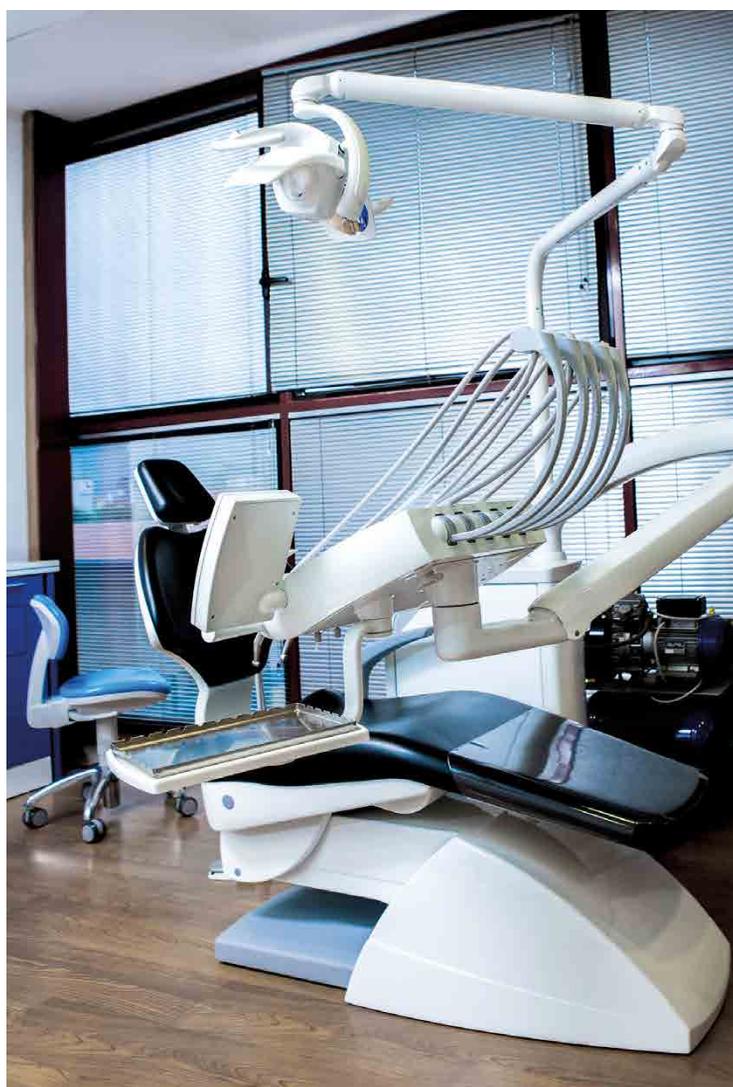
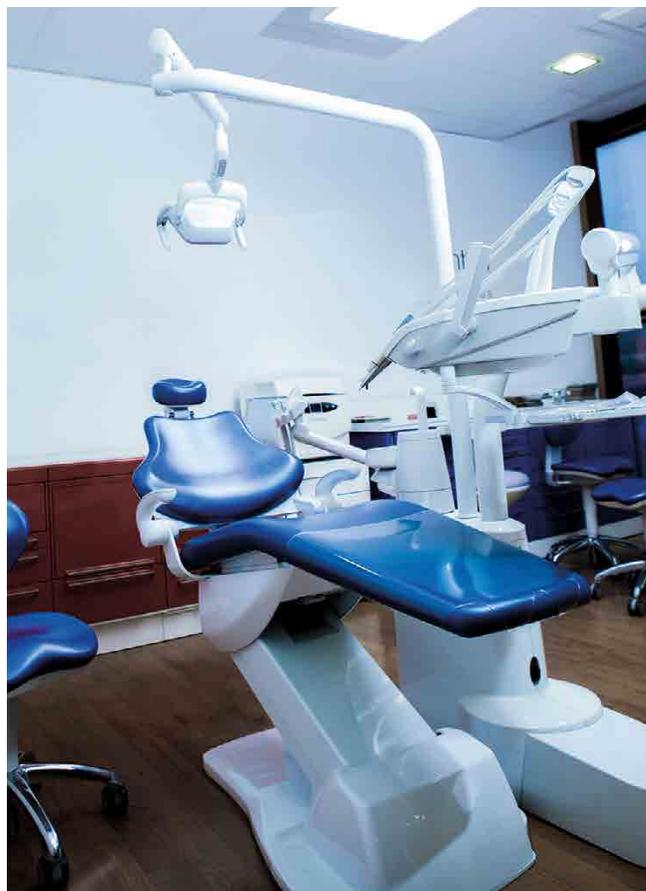
En enero hará diez años que se incorporó al equipo de dirección su hija Garbiñe, pieza clave en la adaptación de la empresa a los nuevos tiempos y que ha facilitado ese puente entre la experiencia y la era digital.

El primer centro estuvo ubicado

en la calle Berastegui de Bilbao, ya en 1997 las necesidades de espacio le llevaron a su actual sede en la calle Iberre de la localidad de Sondika (Bizkaia), donde disponen de amplios espacios para el almacenaje, la gestión y una exposición permanente.

Cuatro personas empezaron en aquel 1993, Eduardo (finanzas), Begoña (administración), Javier Rodríguez (técnico) y Tatiana (comercial), todos menos Tatiana y por jubilación continúan en la empresa, lo que dice mucho de la personalidad de Antón. Hoy suman 26, así que sólo nombramos a los primeros, los demás los vemos en la foto de familia.

Desde el principio contó con un servicio técnico a cargo de Javier en su afán de dar una atención integral a las clínicas, disponiendo hoy del mayor y más ágil servicio técnico de la zona, capaz de asistir a todas las clínicas donde son demandados con eficacia y en tiempo récord. •



Garbiñe, hija de Antón Sanz.



ESTA ES LA MEJOR MANERA  
DE MONTAR TU CLÍNICA DENTAL



NO PREOCUPARTE DE NADA



**antón**  
Suministros Dentales

+34 944 53 06 22  
[www.antonsl.es](http://www.antonsl.es)



N. Rodríguez y M. Roig

Toma posesión su nuevo presidente, Miguel Roig

## Sepes emplea su Congreso en reivindicar la unión entre evidencia científica y experiencia clínica

Fotografía: FOTOLANDIA

El 48 Congreso de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes) ha estado centrado “en la unión necesaria entre las dos patas que sustentan la Odontología en la actualidad y que son la evidencia científica y la experiencia clínica”. Estas dos sentencias han conformado el lema del Congreso: evidencia científica y experiencia clínica.

Como temas principales que se han abordado en el Congreso, han destacado las restauraciones directas e indirectas, la resolución de casos multidisciplinarios, la importancia de una correcta planificación de los diferentes tratamientos restauradores basada en un enfoque multidisciplinar y en la medición de riesgo y el pronóstico, los problemas oclusales y en vía aérea

(apnea del sueño), los que suponen la pérdida de estructura por erosión química, el diagnóstico diferencial en los casos de fisuras y cracks dentarios, la incorporación de la tecnología digital al mundo de la prostodoncia y las restauraciones estéticas.

Una presencia muy destacada de conferenciantes internacionales ha protagonizado el Congreso, tanto por el

número de ellos, más de veinte, como por el prestigio que tienen en el mundo de la odontología general internacional como en las áreas de la prostodoncia y la estética dental en particular.

La Sepes destaca a John y Dean Kois, que desde Seattle se desplazaron a Valladolid para impartir en la última jornada del congreso un curso de 8 horas sobre predictibilidad en implantología. John Kois, que fue nombrado miembro de Honor de la Sepes, ha sido presidente de la Academia Estadounidense de Odontología Restauradora y la Academia Estadounidense de Odontología Estética. También han pasado por Valladolid los también norteamericanos William Robbins, Edward Borio y Doug Thompson, que actualizaron según sus investigaciones y prácticas clínicas el tema de la importancia de un buen diagnóstico y de un tratamiento planificado para llegar a un resultado óptimo para cada paciente (Robbins) y cómo mejorar fisiológicamente las vías respiratorias a través de la psicología o la anatomía (Borio y Thompson).

El conjunto de conferenciantes nacionales que participaron en el programa científico del congreso fue igualmente importantísimo, según Sepes. Clínicos e investigadores que actualmente están desarrollando su labor investigadora o especializando su formación en las mejores facultades de España, Estados Unidos y



S. Jane y C.M. Bermejo

Europa conformaron un programa en el que destacó la importancia de la aplicación de las nuevas tecnologías a la odontología, de abordar desde un punto de vista multidisciplinar y desde el inicio los diferentes casos, de manera que tanto los periodoncistas, prostodoncistas, cirujanos, ortodoncistas, higienistas y técnicos participen de un caso para lograr que el resultado del caso sea idóneo.

El Congreso también ha servido para entregar a Jaime del Río la Medalla de Oro de Sepes, máxima condecoración que otorga la Sociedad, en reconocimiento a su dedicación al estudio y enseñanza de la Prostodon-

cia a lo largo de su trayectoria profesional y docente. Otros profesionales también reconocidos con medallas del Congreso han sido Jorge Lindner (odontólogo restaurador) y José Antonio Noya (técnico de laboratorio).

Finalmente, en la Asamblea General Ordinaria anual de Sepes, celebrada en el marco del Congreso, ha tomado posesión el nuevo presidente de la Sociedad, Miguel Roig. El resto de su junta directiva la forman Guillermo Pradíes y Alfonso Arellano como vicepresidentes, Jaime Jiménez como secretario-tesorero y Rafael Martínez de Fuentes y Carlos Oteo como vocales. •





J. del Río y N. Rodríguez



Galván, J. Lindner y G. Lindner



R. Martínez, A. Castaño y N. Rodríguez



Marcel M. y Pere Rosello



Rodríguez, Galván y Llana

Conclusiones de la presidenta del Comité Organizador, Catalina Jaume

## Cirugía bucal: la tecnología permite llegar ahora donde antes era impensable

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib) ha celebrado en Palma de Mallorca su XVI Congreso Nacional. Casi un millar de asistentes han tenido la oportunidad de conocer la evidencia científica sobre los diferentes aspectos relacionados con la cirugía bucal, la implantología, la regeneración ósea y la medicina y patología oral.

La presidenta del Comité Organi-

el que han participado 22 programas de posgrado de toda España. “En total ha habido 29 ponencias de alumnos de másteres y otros programas de posgrado, todo un éxito.

También hay que destacar la cantidad de comunicaciones libres y de pósteres que hemos recibido, lo que demuestra el vigor científico de Secib”, ha comentado la presidenta Jaume.

A la inauguración acudió Juli Fuster, director general del Servicio de Salud de las Islas Baleares (Ib-Salut), quien resaltó la “enorme importancia de este tipo de reuniones” y animó a Secib a seguir trabajando en esta línea. Fuster recordó que el Gobierno balear está haciendo un esfuerzo por mejorar la atención bucodental a través del Servicio Dental Comunitario -dirigido por José Manuel Quintana-, incrementado el número de quirófanos para atender a menores con discapacidad y ampliando las prestaciones para niños con labio leporino y fisura palatina.

Por su parte, el presidente del Colegio de Dentistas de Baleares, Guillem Roser, que acompañó al director general de Ib-Salut durante la inauguración, aseguró que “es una suerte poder tener en la isla un congreso de esta magnitud y un orgullo enorme que unos colegiados de Baleares asuman la responsabilidad de organizar un evento de esta importancia, porque demuestra nuestro compromiso con la profesión”.

Durante la Asamblea General celebrada dentro del Congreso, Secib

ha aprobado el cambio de su Junta Directiva, que pasa ahora a estar integrada por Miguel Peñarrocha como presidente; Daniel Torres, vicepresidente; Amparo Aloy, secretaria; Jordi Barrionuevo, tesorero; Antonio López-Valverde, Raquel González Martínez y Manuel Somoza, vocales, y Marta Ventura, directora ejecutiva.

Durante el mandato de la Junta Directiva saliente se han publicado tres guías de práctica clínica –Tercer Molar, Leucoplasia oral y Cirugía periapical- y se ha puesto en marcha un programa de webinars gratuitos de formación continuada. También se ha renovado la imagen institucional y los medios de comunicación con el socio y se han estrechado las relaciones con otras sociedades científicas españolas e internacionales afines, y con diferentes colegios oficiales de odontólogos. “Hemos querido fomentar Secib Joven, cuyos socios han pasado a tener una cuota simbólica, lo que favorece su paso posterior a miembros asociados. Además, hemos seguido defendiendo la especialidad de Cirugía Bucal ante el Consejo de Dentistas y las instituciones competentes”, ha resaltado en su despedida Eduard Valmaseda, presidente saliente de Secib.

Por su parte, el nuevo presidente, Miguel Peñarrocha, ha anunciado que “el nuevo equipo continuará trabajando en la misma línea que la Junta de Gobierno anterior, con cuyas acciones y proyectos estamos totalmente alineados”. •

*"Cambio tranquilo en la Junta Directiva: Miguel Peñarrocha toma el testigo de Eduard Valmaseda con un claro objetivo continuista"*

zador, Catalina Jaume, ha trasladado a ODONTÓLOGOS DE HOY las principales conclusiones del cónclave, vertebradas en torno al impacto de la tecnología y a la regeneración ósea. Respecto a la primera, considera que “la tecnología nos permite llegar donde antes era impensable: sistemas CAD-CAM, escáneres intraorales, sistemas de scanbody de alta precisión para procesos de escaneado CAD/CAM intraorales y extraorales. Todo ello ha hecho evolucionar nuestro sistema de trabajo y conseguir un alto nivel de exigencia en el ajuste de nuestras prótesis”.

Sobre la regeneración ósea, Jaume subraya que “el hueso autólogo sigue siendo el material de elección para realizar injertos en zonas donde la colocación de implantes de forma convencional es imposible, debido a la atrofia ósea severa existente en el sitio receptor”.

El Congreso ha incluido por primera vez un Simposium Universidades, en



# SECIB

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL



Podría estar generando sobreindicaciones y desajustes en la posología

## Secib alerta sobre la ausencia de consenso en el uso de antibióticos en la consulta dental

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib) ha aprovechado su XVI Congreso Nacional para advertir que la ausencia de documentos de consenso o guías de práctica clínica sobre el uso de antibióticos podría estar generando sobreindicaciones y desajustes en la posología de estos fármacos en algunos procedimientos odontológicos, tales como la cirugía de implantes o la extracción de muelas del juicio.

En Odontología el uso de antibióticos está justificado cuando se trata de “eliminar el nicho de infección, proteger la boca contra algún agente agresor, salvaguardar la integridad de todo el sistema estomatognático o prevenir la propagación de los microorganismos fuera del sistema oral hacia órganos y/o aparatos que puedan causar un mayor daño y, en consecuencia, poner incluso en peligro la vida del paciente”, ha asegurado Octavi Camps, profesor asociado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona y miembro del Instituto de Investiga-

ción Biomédica de Bellvitge (Idibell).

Su empleo más común y protocolizado en la consulta odontológica está relacionado con la profilaxis en

---

*"De cada 12 prescripciones de estos medicamentos, solo una resulta beneficiosa"*

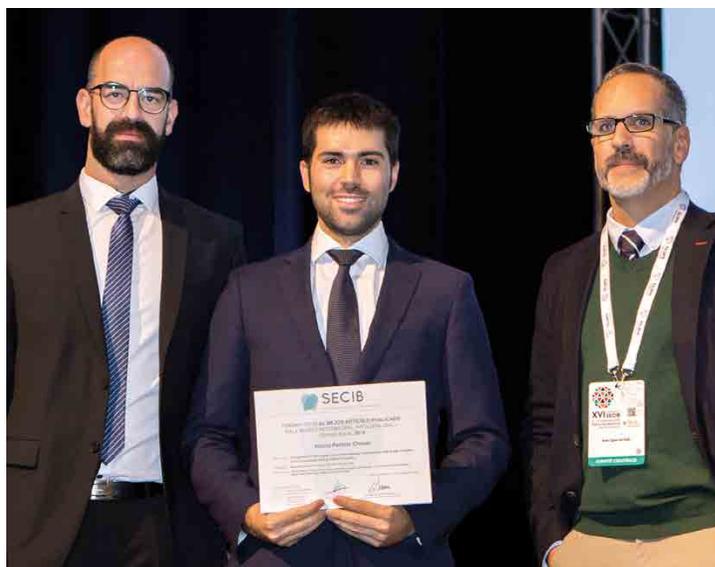
---

endocarditis bacteriana y el tratamiento de infecciones -pulpares (nervio del diente), periodontales (encía), traumáticas o iatrogénicas (causada por el tratamiento)-. Sin embargo, para la prevención de complicaciones posoperatorias – infecciones posquirúrgicas, mala cicatrización o fracaso en la integración de implantes- no existen unas guías de práctica clínica que ordenen la evidencia científica y establezcan unas recomendaciones.

“La evidencia científica disponible desde el año 2012 sugiere que la prescripción de antibióticos para la

prevención de una infección tras la extracción de una muela del juicio o cordal incluido en un paciente puede ser más perjudicial que beneficioso, tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, se estima que de cada 12 veces que se prescriben estos medicamentos, tan sólo en un caso van a causar un verdadero beneficio. Además, no hay que menospreciar el hecho de que su administración va asociada a un incremento de sufrir efectos adversos como náuseas, mareos, infecciones por hongos o problemas gastrointestinales”, explica Camps.

De otro lado, la Secib ha entregado los premios a las mejores comunicaciones orales y pósteres presentados en el XVI Congreso y a los mejores artículos científicos publicados en 2018. También ha anunciado los Premios Secib 2018: el Nacional, para José María Suárez Quintanilla; el Internacional, para Michael Minor; el de Comunicación, para el diario digital El Independiente, y el Joven Fin de Grado, a Adrià Jorba. ●







## La sección Española de la Pierre Fauchard Academy, celebra su reunión anual "Mallorca 2018"

Los días 11, 12 y 13 de octubre, Palma ha acogido la Reunión Anual de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy Mallorca '2018. El Solemne acto de inducción de nuevos académicos, fue presidido por el Prof. Miquel Roca Bennasar, Decano de la Facultat de Medicina de la Universitat de les Illes Balears, acompañado por el Presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, Prof. Josep Maria Ustrell Torrent, la presidenta europea de la Pierre Fauchard Academy, Dra. Samireh Nikolakakos, la Secretaria General, Dra. Anna Hospital Ribas, el Secretario General de la Reial Acadèmia de Medicina, Dr. Antonio Cañellas Trobat, el Presidente de las Jornadas Nacionales Palma 2018, Dr. Emilio Martínez-Almoyna Rullán, y el Presidente de la Comisión de aceptación, Dr. Pere Riutord Sbert.

El Prof. Josep Maria Ustrell Torrent disertó sobre la "Ética en la Estomatología y la Odontología", y el Cronista Oficial de la Ciudad de Palma D. Bartolomé Bestard Cladera cerró el acto con la Conferencia magistral "La Casa Real de Mallorca, 1276-1349". Tras la actuación musical del dúo de violín formado por la Prof. Christine Schedukat y la Prof. María Luisa Payeras, solistas de la Orquesta Sinfónica de las Illes Balears, se cantó "Gaudeamus Igitur" por parte de todos los asistentes.

Fundada en 1936 en Minnesota por el dentista Elmer S. Best, la Pierre

Fauchard Academy está formada por 119 academias asociadas repartidas por los cinco continentes, con más de 7.000 académicos. La Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, representa la única organización dental española de estas características, agrupando a 50 dentistas elegidos entre los profesionales que forman parte de la organización colegial odontológica española.

El Cirujano Maxilofacial Dr. Emilio Martínez-Almoyna Rullán, ha sido el Presidente del Comité Organizador de las Jornadas, formando parte del mismo los Académicos Estomatólogos Dr. Pere Riutord Sbert, Dr. Guillem Roser Puigserver y Dr. Andrés Martínez-Jover.

La Secretaria General de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, la Médico forense y Odontóloga, Dra. Anna Hospital Ribas, leyó durante la Sesión solemne celebrada en la Sede de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears, un resumen del currículum de los nuevos académicos inducidos durante estas Jornadas Nacionales Mallorca '2018, a saber, la Dra. Dra. Isabel Maura Solivellas, el Dr. Francesc Pérez Pastor, la Dra. Débora Rodríguez Vilaboa, la Dra. Beatriz Rodríguez Vilaboa y la Dra. Marta Satorres Nieto.

Estas jornadas han acogido a numerosos académicos procedentes de otras Comunidades Autónomas, participando activamente en la

Asamblea General y en las sesiones científicas celebradas en el Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de las Illes Balears, que se inauguraron bajo la presidencia del Prof. Josep Maria Ustrell Torrent, Presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, la Dra. Manuela García Romero, Presidenta del Colegio Oficial de Médicos de las Illes Balears, el Dr. Guillem Roser Puigserver, Presidente del Colegio Oficial de Dentistas de las Illes Balears, la Dra. Anna Hospital Ribas, Secretaria de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, el Dr. Emilio Martínez-Almoyna Rullán, Presidente de las Jornadas Nacionales, el Dr. Pere Riutord Sbert, Presidente del Comité de aceptación y el Dr. Andrés Martínez-Jover, Secretario del Comité organizador.

Se inició el acto inaugural con la conferencia del Dr. Tomás Blanes Jaume, titulada "Reflexiones sobre la naturaleza humana". En las sesiones científicas han participado los conferenciantes: Dr. Pere Riutord Sbert, Dr. Emilio Martínez-Almoyna Rullán, Prof. Lluís Giner Tarrida, Dr. Joan Josep Guarro Miquel, Dra. Isabel Maura Solivellas, Dr. Francesc Pérez Pastor, Dra. Débora Rodríguez Vilaboa y Dra. Beatriz Rodríguez Vilaboa.

Las próximas Jornadas 2019 se celebrarán en Madrid, organizadas por la Académica Prof. María José Viñas Pinedo. ●

## SENSODYNE RAPID ACTION

### ACCIÓN RÁPIDA CONTRA EL DOLOR DE LA SENSIBILIDAD DENTAL

Sensodyne Rapid Action está diseñado para proporcionar una oclusión rápida y duradera de los túbulos dentinarios<sup>1,2</sup>. Su fórmula única contiene un equilibrio de fluoruro de estaño y polímero bioadhesivo que acelera la oclusión de los túbulos dentinarios<sup>1</sup> ya que proporciona una bio-adhesión mejorada<sup>3</sup> y forma una estructura tipo gel que mantiene el estaño en su lugar.

Sensodyne Rapid Action empieza a actuar desde el primer cepillado<sup>4,5</sup> y proporciona un alivio rápido clínicamente probado de la sensibilidad dental en **60 segundos**<sup>4,5</sup> con la aplicación con el dedo sobre las áreas sensibles de los dientes<sup>6-8</sup> y **protección duradera**<sup>\*9</sup>.

El uso continuado de una pasta de dientes para la sensibilidad puede llevar a mejoras en la calidad de vida relacionadas con la salud bucodental y mejorar notablemente el impacto de la sensibilidad dental en la vida diaria<sup>10</sup>.

El **NUEVO CEPILLO SENSODYNE RAPID ACTION** tiene un cabezal compacto diseñado con una nueva configuración dentro de la gama Sensodyne.

Recomiende **SENSODYNE RAPID ACTION** para un alivio rápido y una protección duradera\* de la sensibilidad dental.



\*Con dos cepillados al día

†Frente a una pasta con 0,454% fluoruro de estaño y menor nivel de polímero

La pasta de dientes Sensodyne Rapid Action cumple la normativa vigente en materia de productos sanitarios. Las marcas son propiedad del, o están licenciadas al, grupo de compañías GSK. © 2018 grupo de compañías GSK o licenciante.

Referencias: 1. Khan S et al. J Dent Res 2017;96(Spec Iss A):2122. 2. Hall P et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 1541, 2017. 3. Earl J et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 1493, 2017. 4. Creeth J et al. J Dent Res 2017;96(Spec Iss A):1543. 5. GSK Data on File 207211. January 2017. 6. Seong J et al. J Dent Res 96 (Spec Iss A): 0215, 2017. 7. GSK Data on File 205072. July 2016. 8. GSK Data on File 207212. April 2017. 9. Parkinson CR et al. Am J Dent. 2015 Aug;28(4):190-196. 10. GSK Data on File RH01897. CHESP/CHSEN/0106/17a

El jurado reconoce su caso clínico como  
“ejemplo de la odontología multidisciplinar más actual”

## Los odontólogos Javier Herrera, Marta Herrera y Antonio Contreras obtienen el I Premio Sanitas Dental

Los odontólogos Javier Herrera, Marta Herrera y Antonio Contreras han ganado la primera edición del Premio Mejor Caso Clínico Multidisciplinar Dental Star, convocado por Sanitas Dental, por un trabajo que ha sido reconocido como “ejemplo de la odontología multidisciplinar más actual”, según subraya la compañía en una nota. Mediante la conjunción de cinco disciplinas (periodoncia, endodoncia, ortodoncia, cirugía y prótesis), los autores han devuelto estética y función a un paciente que había sido rehabilitado con éxito muchos años atrás pero que demandaba una solución de mayor complejidad. Este tratamiento multidisciplinar ha permitido que el paciente conserve su diente original.

Los últimos avances de cada disciplina permiten rehabilitar de nuevo un caso que, hace no mucho, hubiera sido condenado a sacrificar nuevos dientes. Mediante la ayuda de técnicas individualizadas y de última tendencia de ortodoncia, implantes, cirugía de aumento de tejidos blandos y prótesis se rehabilita de la forma más conservadora. Esto supone un beneficio para el paciente puesto que los propios dientes y la estructura anatómica natural son inigualables, tanto en funcionalidad como estética,

frente a cualquier solución artificial.

Como ganador, este caso clínico multidisciplinar ha sido premiado con 10.000 euros y la invitación al Congreso Dentsply Sirona World en Estados Unidos para los tres odontólogos ganadores. Además, este trabajo será publicado en la revista científica Soluciones Clínicas en Odontología (SCO).

El accésit, con un reconocimiento económico valorado en 7000 euros, ha recaído en un trabajo presentado por los odontólogos Alejandro Vélez y Juan José Pérez-Higueras, colaboradores del centro dental Milenium que Sanitas tiene en Sanchinarro (Madrid). El caso, que aúna tratamientos de varias disciplinas, resuelve con éxito un tratamiento complejo pero muy frecuente en el gabinete dental. Este trabajo aúna labores relacionadas con odontología restauradora, endodoncia y prótesis para abordar la reconstrucción de la mordida de un paciente que ha perdido tanto la estética como la funcionalidad. Gracias a este tratamiento, el paciente ha recuperado tanto la estética como la funcionalidad de la boca.

A este I Premio Mejor Caso Clínico Multidisciplinar Dental Star se han presentado más de 30 candidaturas, tanto de odontólogos colabora-

dores de Sanitas como externos a la compañía, como ocurre con el trabajo ganador. Con estos galardones, Sanitas Dental reconoce la labor de odontólogos, médicos estomatólogos y cirujanos maxilofaciales, comprometidos con la excelencia clínica, el buen trato al paciente y el trabajo en equipo en tratamientos multidisciplinarios en la clínica dental.

“Estamos muy orgullosos del éxito de convocatoria de esta primera edición y de la altísima calidad de todos los casos presentados. Esto es tan solo una muestra del alto nivel de conocimiento, de pericia técnica y de experiencia de los profesionales de la odontología en España”, ha afirmado Patxi Amutio, director general de Sanitas Dental. “Nuestra apuesta por la excelencia clínica es irrenunciable. Con estos premios queremos poner en valor la labor de los profesionales de la odontología, pero también a la necesidad del tratamiento integral de la salud al participar también médicos estomatólogos y cirujanos maxilofaciales. Este es el modelo en el que creemos en Sanitas”, ha comentado Amutio.

El jurado ha estado formado por el Comité Asesor de Sanitas Dental y un representante clínico de Dentsply y Klockner, patrocinadores del premio. ●





# CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL

---

## SEPES-IFED BCN2019

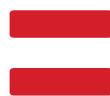
---

49 CONGRESO SEPES

11 CONGRESO IFED



INTERNATIONAL FEDERATION  
OF ESTHETIC DENTISTRY



# CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL

Barcelona 10-12 octubre 2019

***SAVE THE DATE!***

[www.sepes-ifed2019.sepes.org](http://www.sepes-ifed2019.sepes.org)

Reconocimiento a Manuel de Antón Radigales

## Festética premia casos clínicos relacionados con la Odontología estética



El Premio a la Excelencia fue recogido por Manuel de Antón Radigales de manos del presidente del Colegio de Dentistas de Madrid, Antonio Montero. A juicio del premiado, la evolución de la Odontología Estética en España arranca en los años 70 y llega hasta el día de hoy: "Ha sido un camino en el que se ha ido de la búsqueda de la naturalidad a la búsqueda de la artificialidad como signo de estatus".

*"El nivel de todos los trabajos que aspiraban este año a conseguir el premio ha sido muy bueno"*

Festética ha celebrado el III Festival Internacional de Odontología Estética en la sede del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. En esta tercera edición, el jurado, apoyado en los criterios objetivos de evaluación de la Academia Americana de Odontología, ha premiado 10 de los 50 casos clínicos presentados a las cinco secciones del festival: blanqueamiento dental; resinas compuestas anteriores; facetas de cerámica; restauración unitaria sobre implantes, y coronas de cerámica anteriores.

"El nivel de todos los trabajos que aspiraban este año a conseguir el premio ha sido muy bueno. A pesar de todo, el jurado ha considerado que un 80 por ciento de ellos tenían un margen de mejora para llegar a la excelencia. El informe que emite Festética de todos los casos clínicos no premiados permite fijarse en pequeños detalles, unas veces de mayor y otras de menor importancia, que es lo que hace posible perfeccionarse y evolucionar hacia la excelencia", ha asegurado el presidente de

Festética, Carlos Oteo Calatayud.

Hasta el momento, el Festival Internacional de Odontología Estética ha entregado 28 premios, acreditando así el trabajo de 21 odontólogos. Los ocho ganadores de Festética 2018 han sido Álvaro Ferrando, Lorena López Pérez, Andrés Alejandro Silva, Carlos Fernández Villares, María Cantero, Lorena López Iglesias y Cristina García Gutiérrez-Marcet y Gonzalo Barrigón.

Participó también en el acto de entrega de premios Jaime Gil, presidente de la International Federation of Esthetic Dentistry, entidad que reúne a un total 40 sociedades científicas y academias de estética dental de todo el mundo. Jaime Gil elogió la figura de Manuel de Antón Radigales, "un maestro no solo para los dentistas de Madrid, sino también para los de Bilbao y de toda España". •





## Récord histórico en el Palacio de Ferias y Congresos de Málaga Más de 1.000 profesionales asisten al 39º Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia

El 39º Congreso Nacional de Endodoncia logra el récord histórico de asistencia con más de 1.000 congresistas.

El programa científico elaborado este año por el presidente del congreso, el Dr. Alberto Sierra Lorenzo y su equipo, ha incluido un elenco de 42 ponentes nacionales e internacionales seleccionados por su alto nivel científico y clínico, entre ellos: Martin Trope, Pierre Matchtou, Arman Gazi, Aníbal R. Diógenes, Marc Semper, Shanon Patel, Antonis Chaniotis, Guillaume Jouanny, Christos Boutsiakis, Damiano Pascualini, Ghassan Yared, Sérgio André Quaresma y Uwe Radmadcher, que han ofrecido un amplio recorrido por los avances, técnicas y tecnologías más novedosas que permiten asegurar el éxito en los tratamientos endodónticos.

un congreso de AEDE que en esta edición ha tenido como novedad un curso precongreso a cargo de uno de los mayores expertos en la materia, el doctor Yoshitsugu Terauchi. El profesor de la Tokyo Medical & Dental University mostró su innovador método para extraer instrumentos separados mediante una técnica mínimamente invasiva.

Las ponencias científicas tuvieron como complemento una variada oferta de talleres clínicos para los que se ha contado con los doctores Martin Trope, Hugo Sousa, Borja Zabalegui, José María Malfaz y Roberto Aza, Ghassan Yared y Antonis Chaniotis además del ya mencionado Terauchi.

### Premios anuales y del congreso

El Premio Pedro Badanelli Marcano a la mejor comunicación oral clínica ha sido para Sara Abizanda Guillén, por su trabajo 'Regeneración pulpar y rehabilitación estética de un 2.1 con ápice abierto'; mientras que el Premio Arturo Martínez Berná a la mejor



Inauguración oficial del Congreso (de izq. a dcha.) Dr. Alberto Sierra, Dr. Miguel Miñana, Dr. António Ginjeira y D. Francisco de la Torre.

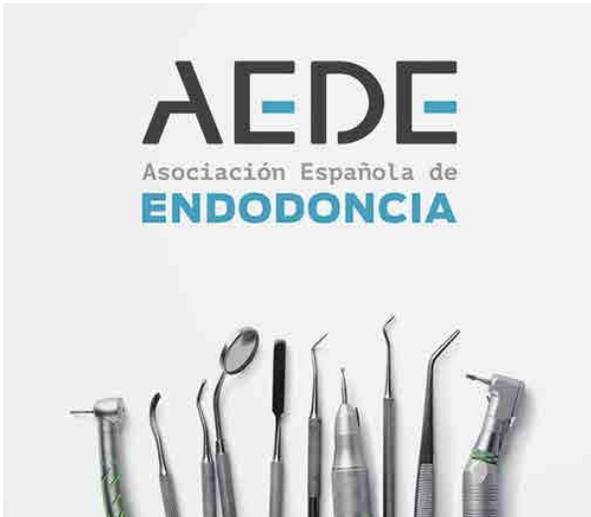
comunicación oral de investigación fue para Francisco Javier Rodríguez Lozano, por su presentación titulada: 'Efectos biológicos de MTA Repair HP y ProRoot MTA tras ser expuestos a diferentes pH sobre células madre de ligamento periodontal'.

En el apartado de pósteres, el Premio Rafael Miñana Laliga al mejor póster de investigación se ha concedido a Matilde Ruiz Linares por un trabajo que lleva por título 'Actividad antibiofilm de selladores endodónticos'; y en la categoría de mejor póster clínico, fue premiado 'Uso del movimiento recíprocante para el glidepath en casos con grandes curvaturas', presentado por Carlos Amundarain.

En cuanto a los galardones de la revista 'Endodoncia', el Premio Rodríguez Carvajal, concedido al mejor caso clínico publicado en 2017, ha recaído en Marc Llaquet Pujol y José Antonio González Sánchez, por su investigación 'Lesión endo-periodontal: curación a tres años'; mientras que

el Premio Ruiz de Temiño, que se otorga al mejor artículo original, fue para Ruth Pérez Alfayate, Juan Algar Pinilla, Ana Antoranz Pereda, Montserrat Mercadé Bellido, Stefania Stincone y Rafael Cisneros Cabello, por su 'Ensayo aleatorizado in vitro sobre la capacidad de obturación de sistemas con vástago en conductos curvos'.

De igual modo, se hizo entrega de las Becas AEDE, dotadas 1.500 euros, la inscripción al congreso y la cena de gala del mismo: la de pregrado fue para Maria Esperança Alomar Perallo, de la Universidad de Valencia, en reconocimiento a su investigación 'Influencia del material de cementado de postes sobre su adaptación'; por otra parte, Carmen Beatriz de Las Heras Zatarain, de la Universidad Europea de Madrid, ha recibido la beca de postgrado por su trabajo 'Evaluación de tres sistemas de irrigación en la extrusión de NAOCL en estado puro o combinado con surfactantes y ácido etidrócnico'. •



39°

## Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia



Asistentes del Departamento de Endodoncia de la Universidad Europea de Valencia.

Servicios gratuitos para niños y adolescentes de entre 7 y 16 años

## Nueva atención a la salud bucodental en la Comunidad de Madrid

La Ley de Atención a la Salud Bucodental de la Comunidad de Madrid ofrecerá una nueva cobertura pública a niños y adolescentes de entre 7 y 16 años, según el texto aprobado en la Asamblea regional con los votos favorables de PP, PSOE y Ciudadanos, que lanza además un programa de atención dental infantil.

Un dentista personal de referencia será el encargado de la salud bucodental de estos menores, que podrán acudir gratis bien a los servicios odontológicos propios del Servicio Madrileño de Salud bien a dentistas privados que sean expresamente habilitados mediante un concierto que se firme a tal efecto. Esta atención constará en las historias clínicas de los pacientes.

Para dar a conocer el contenido de la norma, la Consejería de Educación, en coordinación con la de Sanidad, llevará a cabo las medidas precisas para que los centros escolares, tanto públicos como priva-

dos, colaboren en la implantación y seguimiento del programa.

A juicio del diputado José Manuel Freire, padre del PADI vasco e impulsor de la ley madrileña, “el texto permite a Madrid situarse a la misma altura que otras ocho autonomías en

---

*"La nueva ley permitirá que los niños madrileños de hoy sean en el futuro adultos con bocas sanas"*

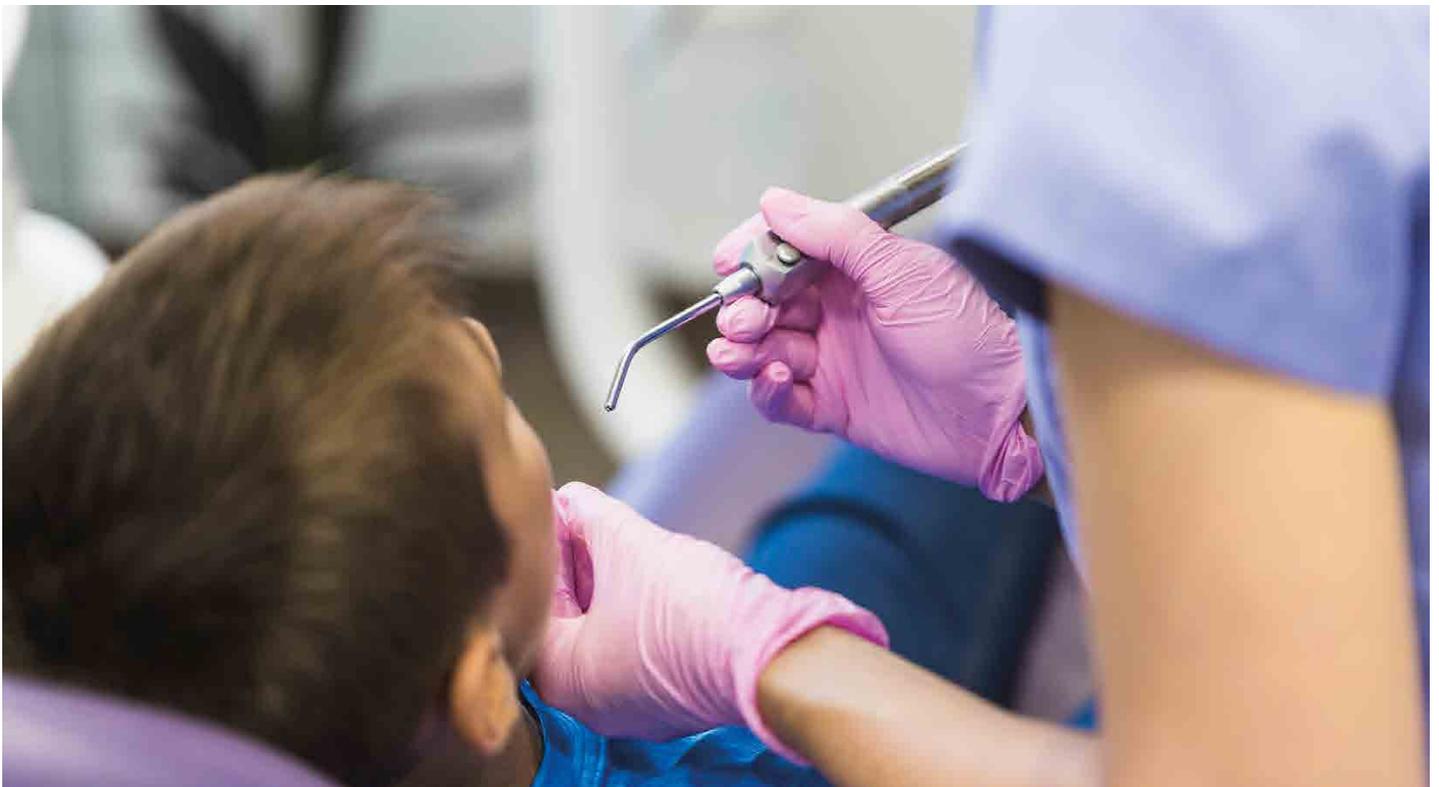
---

una atención bucodental óptima”. “Es verdad que no soluciona todos los problemas, pero Madrid, siendo la región más rica de España, no podía dejar de ofrecer un servicio de calidad y universal en esta prestación”.

El PP, a través de su diputado Eduardo Raboso, considera que la

nueva ley permitirá “que los niños madrileños de hoy sean en el futuro adultos con bocas sanas”. Por su parte, el grupo de Ciudadanos ha mostrado su satisfacción por la norma, aunque ha recordado que en muchos sitios de España la cobertura dental no está correctamente desarrollada. El grupo de Podemos se ha abstenido debido a que no comparte la introducción de conciertos con dentistas privados.

Otras novedades que presenta la Ley son la creación de una Oficina Dental Comunitaria que, bajo dependencia del Sermas, permitirá conocer y monitorizar el estado de la salud bucodental de la población madrileña, planificar los servicios, velar por los derechos de los pacientes y garantizar coberturas a grupos de población con necesidades especiales, y de un Consejo Asesor Dental para fijar las políticas públicas en la materia, que estará formado por reconocidas personalidades del sector en la Comunidad de Madrid. •



También han sido reconocidos los presidentes de los colegios de Médicos y de Farmacéuticos

## Premio del COEM a Diego Murillo por su compromiso con la igualdad de la mujer en el ámbito sanitario

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM) ha celebrado su tradicional acto navideño para manifestar su agradecimiento a colaboradores y amigos de la profesión y entregar los Premios de la Fundación COEM, que han reconocido, entre otros, a Diego Murillo, presidente de la Fundación AMA, por su compromiso y apoyo a los derechos y a la igualdad de la mujer en el ámbito sanitario.

También han sido premiados el exfiscal General del Estado y Magistrado del Tribunal Supremo. Julián Sánchez Melgar, por su colaboración con el COEM y la defensa de los derechos de los ciudadanos; a diversas autoridades de universidades de Madrid y de otros colegios sanitarios, instituciones y personas como el párroco de la Iglesia de Santo Domingo de la Calzada en la Cañada Real, Agustín Rodríguez Teso. •



Montero, Ucha y Murillo.

El centro de estudios de Odontología de la UPV-EHU discriminado

## Incomprensible decisión para la odontología vasca

Profesores y alumnos de los estudios de Grado de Odontología de la Universidad del País Vasco indignados con la decisión de las autoridades académicas de dejarlos abandonados en el viejo campus de Leioa, excluyéndolos del traslado que el resto de estudios – medicina, fisioterapia y enfermería – tendrán próximamente a las nuevas instalaciones de la facultad de Basurto. Mientras, el Gobierno Vasco y el Rectorado se excusan en razones presupuestarias que no justifican en modo alguno una decisión de este calado.

José Manuel Aguirre, Catedrático de la UPV y persona de reconocido prestigio a nivel internacional, se lamenta de esta injustificada decisión que pone en peligro los estudios de odontología en la única universidad pública vasca, no se concibe unos estudios de grado sanitario sin un hospital de referencia y alejado del resto de

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

Departamentos de la Facultad de Medicina.

Son muchos años de trabajo para conseguir el alto nivel al que se ha llegado que pueden saltar a la nada por una decisión totalmente inasumible. Todos esperan una reconsideración de las autoridades correspondientes. •

## YOLANDA JIMÉNEZ SORIANO, vicedecana de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia

*“Habría que restringir la constante aparición de centros privados que imparten Odontología”*



Yolanda Jiménez Soriano es licenciada en Medicina y Cirugía por la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia desde 1983. Especialista en Estomatología por la Escuela de Estomatología de dicha Facultad, se doctora en Medicina en 1995. Al terminar la especialidad, el profesor José Vicente Bagán la acoge en la asignatura que él dirige, Medicina Bucal, y la lleva de la mano por las diferentes figuras docentes como colaboradora, profesora asociada, profesora ayudante doctor y profesora titular, plaza que finalmente gana en 2011. Además de la docencia, trabajó de médica adjunta con el profesor Bagán en el Hospital General de Valencia, en su servicio de Estomatología, y obtiene varios diplomas de postgrado, todos relacionados con la Medicina Oral.

Actualmente imparte clases en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, de la asignatura Manifestaciones Orales de las Enfermedades Sistémicas, en 2º de Odontología, y de Medicina Bucal, en 3º. En el ámbito de la gestión universitaria, Jiménez Soriano es coordinadora de la unidad Médico-Quirúrgica, pertenece al Claustro Universitario y vicedecana desde febrero de este año en el equipo del Decano Francisco Javier Chorro.

La Facultad de Medicina y Odontología de Valencia es la única universidad pública encargada de impartir las enseñanzas para la obtención del título de graduado en Odontología en la ciudad de Valencia. Históricamente, la Facultad de Medicina puede considerarse como una de las escuelas médicas españolas de mayor relieve durante cinco siglos. La calidad de su enseñanza, la altura de su producción científica y su capacidad de adaptación a las corrientes médicas renovadoras están ampliamente demostradas.

Cuando en España se creó el título de Odontología (ley 10/86), la Facultad de Medicina pasó a denominarse de Medicina y Odontología, para encargarse de las enseñanzas de ambas licenciaturas a partir del curso 1987/88.

La Facultad de Medicina y Odontología está integrada en la estructura de la Universitat de València; por tanto, se rige de forma inmediata por los Estatutos de dicha Universidad y por el Reglamento de Régimen Interno del Centro.

Los alumnos que estudian el

grado de Odontología en la Universidad de Valencia realizan los dos primeros cursos en las instalaciones de la Facultad de Medicina, en la que predominan las prácticas de laboratorio y de informática en grupos reducidos. A partir de 2º, 3º y 4º comienzan ya a desarrollar prácticas preclínicas de laboratorio y con pacientes en las instalaciones de la Clínica Odontológica. Finalmente, el último curso es sobre todo clínico, con los practicum del integral del adulto y del integral del niño. La formación clínica a lo

largo de todo el Grado se realiza con una ratio profesor/alumno de 1/5, con docentes profesionales de reconocido prestigio en la práctica clínica de la Odontología.

La actividad docente que se imparte en la Facultad de Valencia incluye tanto el grado como la ampliación de los estudios en el postgrado con los master, diplomas, expertos universitarios y, finalmente, oferta para conseguir el grado de doctor, un programa gestionado y coordinado a través de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valencia, cuyo director es el profesor Bagán.

**ODONTÓLOGOS DE HOY:** *Es usted vicedecana de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia. ¿Cómo conviven los estudios de ambas disciplinas?*

**Yolanda Jiménez Soriano:** De manera excelente, ya que ambas son grados pertenecientes a la misma área de conocimiento, Ciencias de la salud. Comparten espacio, profesorado -sobre todo en las asignaturas básicas-, actividades curriculares, extracurriculares e inquietudes, por lo tanto la Facultad se convierte en un marco de convivencia, enseñanza y aprendizaje.

**ODH:** *Además de la actividad docente-investigadora. ¿Qué otras actividades se desarrollan en la Facultad?*

**YJS:** Aparte de docente e investigadora, la Facultad desarrolla actividades culturales diversas como el coro universitario, actividades gastronómicas y actividades sociales como es la feria de la salud, que cada año se celebra en la Plaza de la Virgen, organizada por los estudiantes de Medicina, Odontología y Fisioterapia, con el objetivo de promover hábitos de vida saludable entre toda la población en un ambiente lúdico. Esto favorece la convivencia entre nuestros estudiantes y la integración social. Nuestra Universidad también desarrolla programas de movilidad estudiantil como el Erasmus Mobility, con acuerdos académicos con

otras universidades participantes en el programa Erasmus. Así se pretende reforzar las competencias lingüísticas de los estudiantes a la vez que mejoran la formación académica, y conocen otras realidades sociales y culturales.

---

*“La separación de los grados de Medicina y Odontología en 1981 no fue del todo acertada”*

---

**ODH:** *Trabaja en una universidad pública. ¿Cómo valora su papel en la formación de nuevos profesionales? ¿Y en la investigación?*

**YJS:** La universidad pública esta sustentada por una larga historia que ha permitido acumular conocimientos y práctica en la docencia, con el objetivo de formar profesionales cualificados capaces de enfrentarse a los retos de la sociedad actual, tanto en la inserción profesional del alumnado como en la investigación. Como parte de la actividad docente explicada anteriormente, nuestra Facultad apuesta por la formación clínica del alumno, oferta un extenso programa práctico con pacientes y cuenta para su desempeño con la Clínica Odontológica, gestionada a través de la Fundación Lluís Alcanyís, impulsada por la Universitat. Esta entidad ofrece una asistencia especializada, donde el alumno desarrolla la parte práctica de su formación desde 2º del grado, con pacientes y situaciones reales.

*La investigación básica y aplicada es uno de los fundamentos de nuestra universidad con un alto nivel y desarrollo, en colaboración con otros centros como son hospitales, la Universidad Politécnica de Valencia y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).*

*La investigación se ha introducido en el grado con la opción de trabajo de investigación en los de los trabajos fin de grado y se desarrolla sobre todo en los masters*

*que oferta la Universidad. Esta faceta está muy contemplada en nuestros profesores ya que requieren para su carrera universitaria estar acreditados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que lleva a cabo una evaluación curricular no solo docente sino investigadora, tanto para las figuras reconocidas de profesores universitarios contratados como para formar parte de los cuerpos docentes universitarios con vinculación permanente.*

**ODH:** *¿Cómo son los alumnos que ingresan hoy día en su Facultad? ¿Han cambiado su perfil en los últimos años? ¿Qué valores destacaría en estas nuevas generaciones? ¿Qué percibe usted que les motiva a iniciar estos estudios?*

**YJS:** El perfil del estudiante que ingresa en la Facultad ha cambiado porque antes éramos médicos especialistas en Estomatología, por lo que tenías que cursar 6 años de Medicina que te daba una base de conocimiento y una cierta madurez en la elección de la especialidad Estomatología, que eran dos años más. Desde la separación de ambos grados en 1981 por la normativa de la Comunidad Económica Europea, desde mi punto de vista, no del todo acertada, los graduados en Odontología tienen que elegirla desde el ingreso en la Facultad, muchas veces sin un verdadero conocimiento como sucede en otros grados.

Pero es verdad que actualmente el estudiante sigue buscando un grado relacionado con el área de conocimiento de la salud. Sabe que la inserción laboral es más difícil y es conector del incremento descontrolado de los odontólogos, y en su elección es consciente de estas dificultades, por lo tanto está eligiendo una carrera que de algún modo le atrae, tanto en su formación como en su desarrollo profesional. Hay que tener en cuenta que la Odontología es una carrera medico-quirúrgica con un amplio abanico de ramas para el desempeño del ejercicio profesional.

Como valores de las nuevas generaciones destacaría su capacidad de lucha, de sacrificio, su inquietud en su formación. Las épocas más difíciles hacen a las personas más fuertes y luchadoras y esto se traduce en profesionales muy bien formados, más especializados e incluso ingresan en el campo laboral con una especialización que les permite desarrollar su actividad de manera exclusiva en diferentes clínicas dentales.

**ODH:** *Más del 70 por ciento de los nuevos graduados en Odontología son mujeres. ¿Cree que tendrán las mismas oportunidades reales en su desarrollo profesional que el otro 30%?*

**YJS:** Sí, creo que la sociedad está entendiendo que las mujeres desarrollan un papel fundamental en la sanidad y están muy bien formadas, que es lo que al final te capacita para el buen ejercicio profesional, independientemente del sexo.

---

*"La sociedad, y muy especialmente la universidad, está entendiendo que las mujeres desarrollan un papel fundamental en la sanidad"*

---

**ODH:** *Hoy sigue siendo difícil encontrar mujeres en los cargos de responsabilidad, en consejos y juntas e incluso en la universidad.*

**YJS:** Creo que la universidad es uno de los organismos sociales más sensibilizados con el papel de la mujer. Esto no quiere decir que esté todo conseguido, solo quiere decir que estamos en marcha. Nuestra rectora, M<sup>a</sup> Vicenta Mestre Escrivá, es la primera mujer rectora de la Universidad de Valencia y en los equipos de dirección y tribunales que se forman se ha de respetar la paridad. Creo que lo inteligente es buscar a la persona

idónea para el cargo, independientemente de medidas populistas o herencias machistas.

**ODH:** *¿Los nuevos graduados salen con la preparación suficiente para enfrentar el ejercicio profesional?*

**YJS:** Sí, formamos profesionales capacitados para su ejercicio. Pero nunca deben abandonar la formación continuada durante toda su carrera profesional. Para ello, la Facultad de Odontología tiene un extenso programa de postgrado, como he comentado anteriormente, y también guarda una estrecha relación con el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia y con el Centro de Estudios Odontológico-Estomatológicos de Valencia para apoyar esta formación continuada.

**ODH:** *La plétora profesional es uno de los problemas que afectan a esta profesión. ¿Cree usted que deben ponerse cuotas de acceso para limitar el número de graduados?*

**YJS:** Las universidades públicas tienen cuotas de entrada y la nota de corte es en Odontología de las más altas de la Universidad de Valencia, porque solo ofertamos 80 plazas por curso, ya que apostamos por la excelencia educativa y creemos que una de las premisas importantes para poder realizarlo es controlar el número de alumnos, ofreciendo una ratio profesor/alumno de calidad.

**ODH:** *¿La constante aparición de centros privados para impartir los estudios de odontología debería ser restringida?*

---

*"Esta época difícil se está traduciendo en profesionales muy bien formados y más especializados"*

---

**YJS:** Yo creo que sí. Si la universidad pública pone una nota de corte y un límite de admitidos, también debería existir en las universidades privadas, teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad y las posibilidades del mercado laboral. Tenemos que dar futuro a nuestros egresados.

**ODH:** *¿Alguna recomendación para los nuevos graduados de cara a su inicio y desarrollo profesional?*

**YJS:** Les recomendaría que sean conscientes de que los pacientes van a depositar su salud en sus manos y no pueden olvidar los valores humanos que también requiere esta profesión. Nunca deberían olvidarse que pertenecen al área de la salud y la sociedad espera de ellos que se formen como profesionales capaces de estar a la altura del importante papel que han elegido. ●



# 4 CONGRESO BIENAL coem

ACTUALIZACIÓN MULTIDISCIPLINAR  
EN ODONTOLOGÍA

**INSCRÍBETE YA  
ÚLTIMAS PLAZAS**

[www.coem.org.es/congreso2019](http://www.coem.org.es/congreso2019)

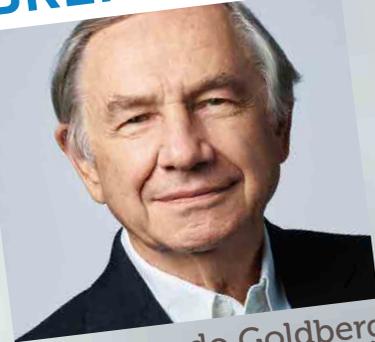
**KINÉPOLIS (MADRID), 8 Y 9 DE FEBRERO DE 2019**



**Dra. Margherita Fontana**  
ODONTOLOGÍA CONSERVADORA



**Dra. Francesca Vailati**  
ODONTOLOGÍA ESTÉTICA



**Dr. Fernando Goldberg**  
ENDODONCIA



**Dr. Nuno Sousa Dias**  
ORTODONCIA



**Dr. Eduardo Alcaino**  
ODONTOPEDIATRÍA



**Dr. Stavros Pelekanos**  
PERIODONCIA E IMPLANTES

**coem** 

Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y  
Estomatólogos de la 1ª Región

## AMOS GARCÍA ROJAS, Presidente de la Asociación Española de Vacunología

*“El principal problema de las vacunas es su éxito:  
son tan buenas que parecen innecesarias”*



Jefe de sección de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, Amos García Rojas preside también la Asociación Española de Vacunología (AEV), que trata de arrojar toda la luz posible del más evidente conocimiento científico sobre ese tema que a veces resulta más controvertido de lo que debiera: las vacunas. Con 20 años de trayectoria, la AEV se afana por situar a las vacunas en las políticas preventivas y de salud pública que debieran orientar la acción de gobierno sanitario de cualquier país que se precie. Sin embargo, no pocos obstáculos impiden que la sensatez se imponga y las vacunas ocupen el lugar y el alcance que se les presupone. De ahí la importancia de tareas divulgativas como la que efectúa sin descanso García Rojas, convencido de que solo la evidencia pondrá a cada cual en su sitio. Y las vacunas, pese a todo, todavía no están donde seguramente se merecen. ODONTÓLOGOS DE HOY conversa telefónicamente con García Rojas para conocer en detalle por qué.

ISMAEL SÁNCHEZ

**ODONTÓLOGOS DE HOY:** *¿Cuál es el origen de la AEV?*

**Amos Gacía Rojas:** Es fruto de la necesidad acuciante sobre un mayor conocimiento de todo lo referido a la vacunología. La Asociación se preocupa por diferentes campos del saber científico y de ahí que agrupe a profesionales muy diversos: epidemiólogos, preventivistas, pediatras, farmacéuticos, enfermeras... Nació hace ya 20 años, y la evolución ha sido continua, porque la propia materia a la que nos dirigimos no deja de actualizarse permanentemente. Las vacunas, además de un marcado carácter multidis-

ciplinar, están cambiando a cada momento, de ahí que sea obligado estar al tanto de cualquier novedad.

**ODH:** *¿Cuál sería el retrato robot del socio?*

**AGR:** No lo hay. La verdad es que, como ya he dicho, en la AEV convivimos profesionales de muchos tipos y de muy diferentes conocimientos. Trabajamos preferentemente para la Administración sanitaria y en los servicios públicos de salud. Pero si tuviera que mencionar alguna característica común a todos nosotros sería la alta cualificación que nos caracteriza.

**ODH:** *¿Qué evolución han tenido los objetivos de la AEV en estos 20 años de trayectoria?*

**AGR:** Lógicamente, en la medida en que el sector sanitario ha ido cambiando, y también las vacunas, nuestros objetivos fundacionales se han ido adaptando progresivamente. Además, durante estos años, hemos tenido que enfrentar momentos complicados, de alta tensión mediática debido al debate público que se ha generado en torno a las vacunas. Con todo, nuestra principal misión es generar conocimiento y espacios de consenso y debate entre los tres actores esen-

ciales en vacunología: la Administración sanitaria, los profesionales y la industria farmacéutica.

**ODH:** *¿Y cómo se evitan esos momentos de tensión mediática?*

**AGR:** Procuramos concebir y desarrollar actividades que fomenten el conocimiento detallado de las vacunas, creando fotos de puesta al día, que sean gratuitos y que estén al alcance de los agentes implicados a los que me refería antes, no importa su lugar de residencia, incluso en ámbitos geográficos de difícil acceso. Y, sobre todo, actuando con transparencia, para ganar así la mayor credibilidad posible. Frente a la tensión y la controversia, nosotros defendemos los debates tranquilos y mesurados.

**ODH:** *¿Cuándo llegó a la presidencia?*

**AGR:** En 2013 y ahora acabo de renovar para un nuevo período. Mi mandato concluye en 2020 y ahí dejaré el paso a otro compañero.

---

*"El nuevo calendario vacunal único es muy positivo. Era necesario visualizar de una vez que las vacunas no son solo cosa de niños"*

---

**ODH:** *Vacuna es un término que habitualmente viene acompañado de otros como salud pública y prevención. ¿Es imposible hablar de uno sin citar los otros?*

**AGR:** En efecto, yo creo que son conceptos que deben ir de la mano. Ahora bien, lo importante es que cada agente sepa claramente cuál es su rol en esta historia. Que sepa cuál es su papel, y cuál es su espacio, y procure no salirse de ninguno de los dos. Lamentablemente, ha

habido ocasiones en las que han representado otro papel y esta es precisamente la causa que ha generado esa tensión y ese debate crispado que tanto mal le termina haciendo a las vacunas.

**ODH:** *El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha dado su visto bueno a una de las propuestas más largamente perseguidas: el calendario vacunal único, patra todas las edades. ¿Responde a sus expectativas?*

**AGR:** Es sin duda un paso muy positivo. Era necesario visualizar que la vacunación no era solo cosa de niños, sino que afecta a todas las etapas de la vida. Y esto es un salto cualitativo muy importante. Más allá de las vacunas y enfermedades contempladas, lo importante del nuevo calendario es el concepto, el planteamiento global que han hecho sus autores. Estamos ante un auténtico cambio de paradigma puesto que la vacuna pasa a ser una nueva herramienta global para luchar contra determinadas enfermedades.

**ODH:** *¿Cree, como considera la ministra de Sanidad, M<sup>a</sup> Luisa Carcedo, que el nuevo calendario será un arma muy eficaz para luchar contra el negacionismo?*

**AGR:** Con toda seguridad. Sin duda, va a ser un elemento de fortaleza frente a quienes niegan las evidencias de las vacunas.

**ODH:** *¿A qué atribuye a que todavía haya gente que no solo no recurra a las vacunas, sino que las denigre y desacredite cada vez que tenga oportunidad?*

**AGR:** Los sectores que no recurren a las vacunas son un grupo heterogéneo. Hay gente que quizá no se puede vacunar, y no se vacunan, pero también hay bolsas de marginalidad, de desastre social, y claro está, padres y madres temerosos, que tienen dudas sobre enfermedades que no aparecen ni se manifiestan, pero a las que no debemos perder de vista. A todos ellos es preciso transmitirles el mismo

mensaje de que si no se vacunan, las enfermedades esas que no ven y que están hoy por hoy desaparecidas y erradicadas, pueden terminar volviendo.

**ODH:** *Y a los grupos alternativos o antivacunas, ¿qué se les puede decir?*

**AGR:** Pues hay que decirles que la tierra es redonda, no plana. Y que la leche, es mejor tomarla pasteurizada. En definitiva, hay que decirles que hagan uso del conocimiento demostrado, de la evidencia científica. En realidad, creo que lo progre es vacunarse, hacer uso de las vacunas y no al revés, como algunos practican.

---

*"Los grupos antivacunas son heterogéneos. Pero yo creo que lo verdaderamente progre es vacunarse"*

---

**ODH:** *¿Sabría decirnos la vacuna más relevante de estos últimos 20 años?*

**AGR:** Hay que quitarse el sombrero con todas las vacunas y recordar todas las enfermedades transmisibles que evitan: sarampión, rubeola, polio, difteria, tétanos... Hasta la última que se introdujo, la conjugada frente al neumococo. El único problema de las vacunas es su propio éxito: de tan buenas que son, de tantas enfermedades que curan y que borran, terminan por hacernos creer que son innecesarias. Y ocurre todo lo contrario.

**ODH:** *¿Le molesta que le identifiquen como provacunas?*

**AGR:** Es que no soy provacunas. Solo soy un profesional sanitario que constato la evidencia que me aporta el conocimiento científico y por eso, solo por eso, defiendo las vacunas. Que no son, no tienen que

ser únicamente productos farmacéuticos. Una formidable vacuna contra el VIH ha demostrado ser el preservativo. Y contra el tabaquismo, la ley antibacoco. Hablar

---

*"No estoy a favor ni en contra de la obligatoriedad de la vacunación. Ahora bien, es posible que, si las tasas de vacunación entre profesionales siguen tan bajas, sea un debate que haya que abrir"*

---

de vacunas es hacerlo de actitud y de salud pública. Lo que no entiendo es que estos debates entre ciencia y creencia que afectan a las

vacunas no se produzcan en modo alguno en otros ámbitos médicos.

**ODH:** *Puede que el recelo del profesional sanitario a vacunarse también contribuya a ese debate...*

**AGR:** Puede ser, sin duda. La cobertura de la vacunación contra la gripe en el profesional sanitario es para echarse a temblar. Y todos deberíamos tener claro el principio *primum non nocere*, lo primero es no hacer daño. Por mi salud y la de mis pacientes, como profesional debo vacunarme. Somos referencia también en este tema. Para mí es absolutamente incomprensible que no demos ejemplo.

**ODH:** *¿Sería partidario de introducir la obligatoriedad para que el profesional se vacunase?*

**AGR:** Es un debate que rechazo. No estoy a favor ni en contra. Ahora bien, que un tatuador deba estar obligatoriamente vacunado contra la hepatitis B, por ley, y un cirujano cardiaco, no, pues es, insisto,

incomprensible. Y si las cosas siguen así, no cambian, pues a lo mejor hay que introducir el debate sobre la obligatoriedad, sobre la que yo, repito, no estoy a favor ni en contra.

**ODH:** *¿Cuál debe ser la pauta de vacunación en una consulta dental?*

**AGR:** Pues la misma que afecta a cualquier otro profesional sanitario. El odontólogo es un profesional más y espero que, por ejemplo, se esté vacunando contra la hepatitis B. No se me pasa por la cabeza que no lo esté haciendo. Aunque bien es cierto que, al ser un ejercicio mayoritariamente privado, no tenemos datos de cobertura.

**ODH:** *¿Qué se plantea hacer la AEV para concienciar al odontólogo sobre la necesidad de las vacunas?*

**AGR:** Pues quizá deberíamos acudir a los colegios y consejos de odontólogos y hacerles llegar nuestro mensaje. Y que perciban tanto riesgo por la gripe como por la hepatitis B. Y se vacunen de las dos. ●





**#2019SONRISAS**



Ver vídeo

**Oklok**

*Feliz Navidad*



## AUTORES:

**GUILLERMO CADENAS VACAS(1)**

**JAVIER SANZ ALONSO (2)**

**NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ (3)**

**FERNANDO FERNÁNDEZ CÁLIZ (2)**

**JOSÉ M<sup>º</sup> MARTÍNEZ-GONZÁLEZ (4)**

(1) Licenciado en Odontología. Alumno Máster de Cirugía Bucal e Implantología. UCM.

(2) Profesor Asociado de de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. UCM.

(3) Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.

(4) Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM.

Dirección de correspondencia : jmargo@ucm.es

## Utilización de un nuevo biomaterial compuesto por fosfato cálcico en preservación alveolar

### RESUMEN

La preservación alveolar postextracción se plantea como una alternativa terapéutica dirigida a prevenir el colapso del reborde alveolar, reduciendo su reabsorción tanto en altura como en anchura, mediante el uso de un biomaterial. El presente caso clínico muestra la utilización de un nuevo biomaterial para esta técnica, compuesto por fosfato cálcico con agregado de silicato. Transcurridos tres meses de su colocación, la densidad mineral ósea alcanzada por el biomaterial es óptima para proceder a la rehabilitación implantológica del paciente.

### PALABRAS CLAVE

Preservación alveolar, biomateriales, injerto óseo, regeneración ósea guiada, implante dental.

### INTRODUCCIÓN

La extracción dental está indicada cuando un diente no puede ser restaurado o conservado en condiciones aceptables para la salud, función y/o estética a largo plazo. Esta pérdida dental tiene un impacto directo en la calidad de vida del paciente ya que afecta a la capacidad masticatoria, el habla y, en algunos casos, a las relaciones sociales<sup>1</sup>.

La ausencia de un diente en su alvéolo desencadena una cascada de eventos biológicos que dan lugar a significativos cambios anatómicos. Diferentes estudios han demostrado que la pérdida de volumen de la cresta alveolar después de la extracción es un proceso irreversible que implica su reducción en sentido horizontal y vertical<sup>1-3</sup>. Las consecuencias clínicas de estos cambios fisiológicos, en los tejidos duros y blandos, pueden afectar el resultado de aquellos tratamientos destina-

## Use of a new bone graft material composed of calcium phosphate in alveolar ridge preservation

### ABSTRACT

Alveolar ridge preservation is proposed as a therapeutic alternative for preventing the collapse of the alveolar ridge, reducing its reabsorption both in height and width, by the use of a biomaterial. A new biomaterial, composed of calcium phosphate and silicate, is used in the present clinical case. After three

months of its placement, the bone mineral density reached by the biomaterial is optimal for proceeding to the implantological rehabilitation of the patient.

### KEY WORDS

Alveolar ridge preservation, biomaterials, bone graft, guided bone regeneration, dental implants.

dos a restaurar la dentición perdida, ya sea limitando la disponibilidad ósea para la colocación ideal del implante o comprometiendo el resultado estético de las restauraciones protésicas<sup>3</sup>.

La mayor parte de los cambios que sufre un alveolo tras la extracción dental tienen lugar durante los primeros 12 meses. En este periodo se puede observar una reducción del 50% del ancho de la cresta alveolar. Además, dos tercios de esta reducción ocurre durante los primeros tres meses<sup>4</sup>. Esta tasa de reabsorción ósea, debido a la influencia de una serie de factores locales y sistémicos, varía entre dos individuos e incluso en un mismo individuo en diferentes momentos<sup>5</sup>.

La preservación alveolar es un procedimiento quirúrgico dirigido a prevenir el colapso del reborde alveolar, preservando su dimensión tras la extracción dental, mediante la utilización de un biomaterial. La finalidad del tratamiento es llevar a cabo una rehabilitación implantológica<sup>2,6</sup>. El uso de biomateriales de injerto óseo ha demostrado en diferentes estudios proporcionar una estabilidad dimensional a la cresta alveolar reduciendo su reabsorción<sup>3,6</sup>.

El objetivo del presente caso clínico es presentar un nuevo biomaterial compuesto por fosfato cálcico con agregado de silicato en la técnica de preservación alveolar postextracción.

### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 57 años acude al servicio de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid debido a un fuerte dolor en el diente 44 solicitando su extracción y rehabilitación.

Durante la anamnesis, la paciente no muestra ningún dato relevante, ya que no existe patología sistémica, ni hábito tóxico ni alergia medicamentosa. En la exploración clínica y radiológica se observa la presencia del resto radicular endodonciado del diente 44 (**Figuras 1 y 2**). El sondaje periodontal revela una fractura vertical radicular.



Radiografía periapical de diente 44 con corona protésica (Figura 1).



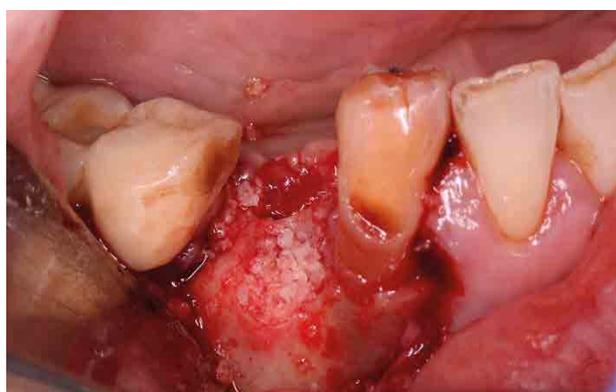
Resto radicular de diente 44 (Figura 2).

Se propone la rehabilitación mediante la técnica de preservación alveolar postextracción para prevenir el colapso de la cresta alveolar y reducir su reabsorción hasta la colocación del implante. Como biomaterial de elección se utilizó una cerámica compuesta por fosfato cálcico con agregado de silicato (Osseolive®, Curasan AG, Kleinostheim, Alemania).

Tras la desinfección del campo quirúrgico con povidona yodada (Betadine®, Meda Pharma SAU, Madrid, España) se procedió, mediante una técnica anestésica infiltrativa supraperióstica, al infiltrado de articaína con epinefrina 40/0,01 mg/ml (Ultracain®, Laboratorios Normon SA, Madrid, España) a nivel vestibular y lingual. A continuación, se realizó la extracción del resto radicular del diente 44 legrando rigurosamente su alveolo (**Figura 3**).

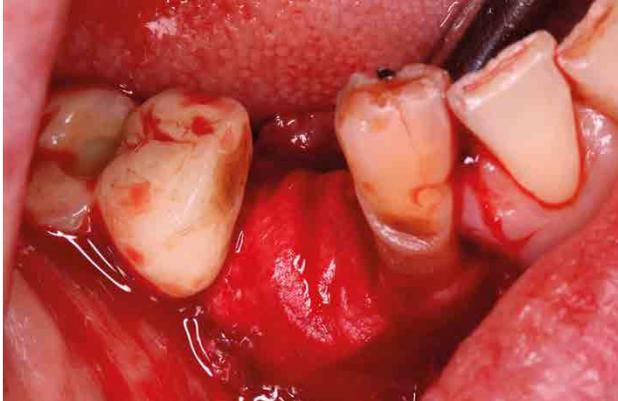


Exodoncia del resto radicular del 44 (Figura 3).



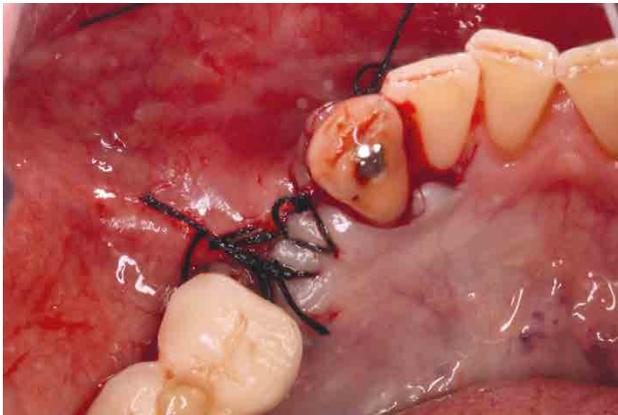
Relleno del alveolo con el biomaterial (Figura 4).

Posteriormente, mediante un colgajo a espesor total se rellenó el alveolo con el biomaterial (**Figura 4**) y se colocó una membrana de colágeno reabsorbible de 25 x 30 mm de tamaño (Osgide®, Curasan AG, Kleinostheim, Alemania) (**Figura 5**).



Colocación de la membrana de colágeno reabsorbible. (Figura 5)

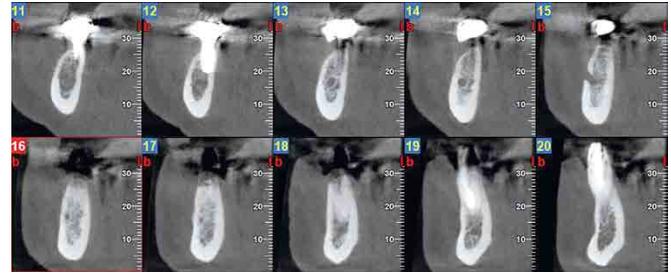
Seguidamente, se procedió al cierre del colgajo mediante la utilización de sutura de cuatro ceros (**Figura 6**).



Cierre del colgajo mediante sutura (Figura 6).

Como medidas postoperatorias se pautó tratamiento antiinflamatorio (diclofenaco sódico 100 mg cada 12 horas durante 4 días) y enjuagues con una solución antiséptica de clorhexidina al 0,12% (Clorhexidina Lacer®, Lacer SA, Barcelona, España). El paciente fue citado a los siete días para la retirada de suturas. Se establecieron citas de revisión durante el primer y segundo mes, realizando radiografías periapicales de control para evaluar una correcta cicatrización de los tejidos.

Transcurridos tres meses de la extracción, se realizó una prueba de tomografía computerizada de haz cónico (CBCT) (Newtom modelo 5G XL, Verona, Italia) para valorar la colocación del implante. Esta prueba radiográfica nos aportó la información necesaria para la planificación de la cirugía además de la densidad ósea que presentaba el biomaterial. En este caso se obtuvo una densidad mineral de 1.173,03 unidades Hounsfield (UH) (**Figura 7**).



CBCT de alveolo del diente 44 transcurridos tres meses de la extracción (Figura 7).

Tras realizar una incisión supracrestal y el despegamiento mucoperióstico, se procedió al fresado del lecho implantario siguiendo el protocolo propuesto por la casa comercial y a la colocación de un implante de 4 x 11 mm (OsseoSpeed™ TX, Dentsply Implants Manufacturing GmbH, Mannheim, Alemania) en el espacio disponible entre el agujero mentoniano y el diente 43 con un torque de inserción de 35 Ncm. Una vez comprobada la correcta estabilidad primaria del mismo se colocó el pilar de cicatrización y se suturó la incisión (**Figura 8**).



Colocación del pilar de cicatrización (Figura 8).

En el postoperatorio se pautó tratamiento antibiótico (amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante cuatro días), antiinflamatorio (diclofenaco sódico 100 mg cada 12 horas durante 4 días) y enjuagues con una solución antiséptica (clorhexidina al 0,12%). La paciente fue citada a los siete días para la retirada de puntos y la realización de una radiografía periapical de control (**Figura 9**).



Radiografía periapical de control transcurridos siete días de la colocación del implante (Figura 9).

Transcurridos tres meses de la cirugía, se procedió a la carga protésica del implante. Finalmente, se pautaron citas de revisión cada tres meses durante el primer año y posteriormente, cada seis meses para evaluar la correcta cicatrización de los tejidos periimplantarios.

## DISCUSIÓN

La regeneración ósea constituye uno de los mayores retos actuales tanto en el campo de la cirugía bucal como en el de la implantología. La instauración de defectos óseos como consecuencia de procesos patológicos supone en numerosas ocasiones un enfoque terapéutico dirigido a la regeneración mediante injertos óseos o biomateriales<sup>7,8</sup>.

De manera análoga, la pérdida de tejido dentario conlleva de forma irreversible una pérdida de soporte óseo que, en función de factores hereditarios, fisiológicos y mecánicos, comprometen en algunos casos la viabilidad de tratamientos implantológicos convencionales<sup>9</sup>.

La revisión sistemática realizada por Tan y cols.<sup>10</sup>, para evaluar los cambios dimensionales que sufre el alveolo tras la extracción dental, revela que después de los seis meses posteriores a la extracción existe una pérdida ósea horizontal del 29% al 63% y una pérdida ósea vertical del 11% al 22%.

El meta-análisis, llevado a cabo por Willenbacher y cols.<sup>3</sup>, concluye que la realización de preservación alveolar, en comparación con su ausencia, puede reducir esta reabsorción hasta en 1,54 mm en anchura y 1,12 mm en altura durante los seis primeros meses. Por otra parte, la revisión realizada por Horowitz y cols.<sup>6</sup> señala una pérdida ósea mayor, siendo esta de 3 mm en anchura y de más de 1 mm en altura. Además, un 20,8% de los alveolos no preservados necesitarán tratamiento mediante injerto óseo adicional para su rehabilitación implantológica, mientras que los alveolos preservados solo lo precisarán un 9,9%<sup>3</sup>.

En las últimas dos décadas, se han llevado a cabo múltiples estudios que evalúan la eficacia de diferentes materiales de relleno alveolar. En estos estudios, se ha empleado una gran cantidad de biomateriales, entre los que se encuentran el hueso autólogo, aloinjertos, xenoinjertos y aloplásticos, obteniendo cada uno de ellos diferentes resultados clínicos, radiográficos e histológicos<sup>1</sup>.

En el estudio realizado por Aimetti y cols.<sup>11</sup>, con un periodo de seguimiento de tres meses sobre 40 pacientes, el grupo test fue tratado con fosfato cálcico, mientras que el grupo control constaba de alveolos vacíos. En estos grupos no se utilizó ningún tipo de membrana. Los resultados obtenidos revelaron que el grupo tratado con biomaterial obtuvo menor reabsorción vertical de la cortical vestibular (0,5 mm frente a 1,2 mm), pérdida de anchura (2 mm frente a 3,2 mm) y, además, una mayor formación de hueso esponjoso (58,8% frente a 47,2%).

En el estudio realizado por Cardaropoli y cols.<sup>12</sup> sobre 48 alveolos preservados postextracción, se encontró

una pérdida de anchura entre las corticales a los cuatro meses de 0,71 mm para el grupo tratado con hidroxiapatita bovina y membrana de colágeno, mientras que el grupo control, que consistía en alveolos vacíos, obtuvo una pérdida de 4,04 mm. La pérdida vertical de las corticales fue de 0,58 mm frente a 1,67 mm respectivamente. Resultados similares se encuentran en el estudio de Meloni y cols.<sup>13</sup> en el que se observa una pérdida de anchura entre las corticales de 0,67 mm en el grupo tratado con hidroxiapatita bovina y membrana de colágeno.

El uso combinado del biomaterial y la membrana se basa en que la membrana actúa como barrera, impidiendo el crecimiento del tejido blando hacia el interior del alveolo, mientras que el biomaterial evita el colapso de esta estimulando la formación ósea dentro del alveolo. Además, la membrana actúa como hemostático local estabilizando el coagulo sanguíneo<sup>14</sup>.

En el presente caso clínico el biomaterial de elección para realizar el tratamiento de preservación alveolar postextracción ha sido una cerámica compuesta por fosfato cálcico con agregado de silicato. La incorporación de silicato mejora las propiedades del biomaterial ya que estimula la función de los osteoblastos y la formación de hueso<sup>15</sup>. Además, diferentes estudios han demostrado que la incorporación de silicato aumenta la angiogénesis favoreciendo la neoformación ósea<sup>16,17</sup>.

Las UH obtenidas en las CBCT ayudan a evaluar la densidad y calidad ósea. Las UH se utilizan para evaluar la densidad radiológica de los materiales y se establecen sobre una base en la que el aire equivale a <1.000 UH, el agua equivale a 0 UH y el material con mayor densidad equivale a >3.000 UH. La mayoría de las densidades óseas oscilan entre 100 y 1.900 UH<sup>18</sup>.

En 1999 Misch<sup>19</sup> establece una clasificación para poder evaluar la calidad ósea mediante unidades Hounsfield. Esta clasificación, aun vigente, distingue las siguientes densidades óseas:

- D1: hueso con cortical densa. Presenta >1.250 UH.
- D2: hueso con cortical densa a porosa y trabéculas gruesas. Presenta 850-1.250 UH.
- D3: hueso con cortical porosa delgada y trabéculas finas. Presenta 350-850 UH.
- D4: hueso con trabéculas finas. Presenta 150-350 UH.
- D5: hueso con mineralización incompleta. Presenta <150 UH.

Los resultados densitométricos, obtenidos en el presente caso clínico, revelan que la densidad mineral del biomaterial a los tres meses es de 1.173,03 UH. Según la clasificación de Misch corresponde a un hueso con densidad tipo dos.

Estos resultados se asemejan a estudios similares como el realizado por Henao y cols.<sup>20</sup> en 2016. En este estudio se compara la utilización de dos biomateriales en la técnica de preservación alveolar postextracción. En el grupo test el alveolo se rellenó con beta fosfato tricálcico y en el grupo control se rellenó con un material bifásico de

hidroxiapatita sintética y fosfato tricálcico. Utilizaron las UH obtenidas en las CBCT realizadas a los tres meses para evaluar la densidad y calidad ósea de los biomateriales en 37 alveolos, obteniendo una densidad media de 1.052 UH para el grupo que fue tratado con beta fosfato tricálcico y de 1.020 UH para el grupo que es tratado con el material bifásico. Estos autores concluyen que no existen diferencias densitométricas estadísticamente significativas entre un biomaterial y otro.

Sería interesante realizar un análisis histomorfométrico del biomaterial utilizado en el presente caso clínico para poder cuantificar la densidad mineral ósea alcanzada y correlacionarla con los datos densitométricos.

## CONCLUSIONES

El uso de biomateriales de injerto óseo, en la técnica de preservación alveolar postextracción, permite reducir la reabsorción de la cresta ósea en altura y en anchura facilitando su posterior rehabilitación implantológica.

En el presente caso clínico la utilización de la cerámica compuesta por fosfato cálcico con agregado de silicato ha mostrado una densidad superior a las 1.000 UH transcurridos tres meses de su colocación. ●

## BIBLIOGRAFÍA

1. Avila-Ortiz G, Elangovan S, Kramer KW, Blanchette D, Dawson DV. Effect of alveolar ridge preservation after tooth extraction: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2014; 93 (10): 950-8.
2. Vignoletti F, Matesanz P, Rodrigo D, Figuro E, Martin C, Sanz M. Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction. A systematic review. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23 Supl 5: 22-38.
3. Willenbacher M, Al-Nawas B, Berres M, Kämmerer PW, Schiegnitz E. The effects of alveolar ridge preservation: A meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2016; 18 (6): 1248-68.
4. Schropp L, Wenzel A, Kostopoulos L, Karring T. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23 (4): 313-23.
5. Andrés-Veiga M, Barona-Dorado C, Martínez-González MJ, López-Quiles J, Martínez-González JM. Influence of the patient's sex, type of dental prosthesis and antagonist on residual bone resorption at the level of the premaxilla. *Med Oral Pat Oral Cir Buc* 2012; 1 (17): 178-82.
6. Horowitz R, Holtzclaw D, Rosen PS. A review on alveolar ridge preservation following tooth extraction. *J Evid Based Dent Pract* 2012; 12 Supl 1: 149-60.
7. Arias-Irimia Ó, Barona-Dorado C, Gómez-Moreno G, Brinkmann JC, Martínez-González JM. Pre-operative measurement of the volume of bone graft in sinus lifts using compudent. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23 (9): 1070-4.
8. López-Quiles J, Garcés R, Trapote S, Paterna E, Cáceres E, Martínez-González JM. Distracción ósea en el maxilar sobre injerto de cresta ilíaca previo y rehabilitación con implantes: a propósito de un caso. *Dental Practice* 2010; 1 (2): 32-6.
9. Knezovic-Zlataric D, Celeriac A, Lazic B. Resorptive changes of maxillary and mandibular bone structures in removable denture wearers. *Acta Stomat Croat* 2002; 36 (2): 261-5.
10. Tan WL, Wong TL, Wong MC, Lang NP. A systematic review of post-extraction alveolar hard and soft tissue dimensional changes in humans. *Clin Oral Implants Res* 2012; 23 Supl 5: 1-21.
11. Aimetti M, Romano F, Griga FB, Godio L. Clinical and histologic healing of human extraction sockets filled with calcium sulfate. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24 (5): 902-9.
12. Cardaropoli D, Tamagnone L, Roffredo A, Gaveglia L. Relationship between the buccal bone plate thickness and the healing of postextraction sockets with/without ridge preservation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2014; 34 (2): 211-7.
13. Meloni SM, Tallarico M, Lolli FM, Deledda A, Pisano M, Jovanovic SA. Postextraction socket preservation using epithelial connective tissue graft vs porcine collagen matrix. 1-year results of a randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol* 2015; 8 (1): 39-48.
14. Mardas N, Chadha V, Donos N. Alveolar ridge preservation with guided bone regeneration and a synthetic bone substitute or a bovine-derived xenograft: a randomized, controlled clinical trial. *Clin Oral Implants Res* 2010; 21 (7): 688-98.
15. Pietak AM, Reid JW, Stott MJ, Sayer M. Silicon substitution in the calcium phosphate bioceramics. *Biomaterials* 2007; 28 (28): 4023-32.
16. Zhai W, Lu H, Chen L, Lin X, Huang Y, Dai K y cols. Silicate bioceramics induce angiogenesis during bone regeneration. *Acta Biomater* 2012; 8 (1): 341-9.
17. Alt V, Kögelmaier DV, Lips KS, Witt V, Pacholke S, Heiss C y cols. Assessment of angiogenesis in osseointegration of a silica-collagen biomaterial using 3D-nano-CT. *Acta Biomater* 2011; 7 (10): 3773-9.
18. Jeong KI, Kim SG, Oh JS, Jeong MA. Consideration of various bone quality evaluation methods. *Implant Dent* 2013; 22 (1): 55-9.
19. Misch CE. Contemporary implant dentistry. 2º Ed. St Louis: Mosby; 1999.
20. Henao SL, Morales LM, Valencia C, Arce S, Jaramillo A, Cruz C y cols. Determination of changes in height and bone density after process preservation with synthetic bone substitute. *Rev Estomatol* 2016; 24 (1): 11-7.

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



PUEDES PEDIR



Y TENER



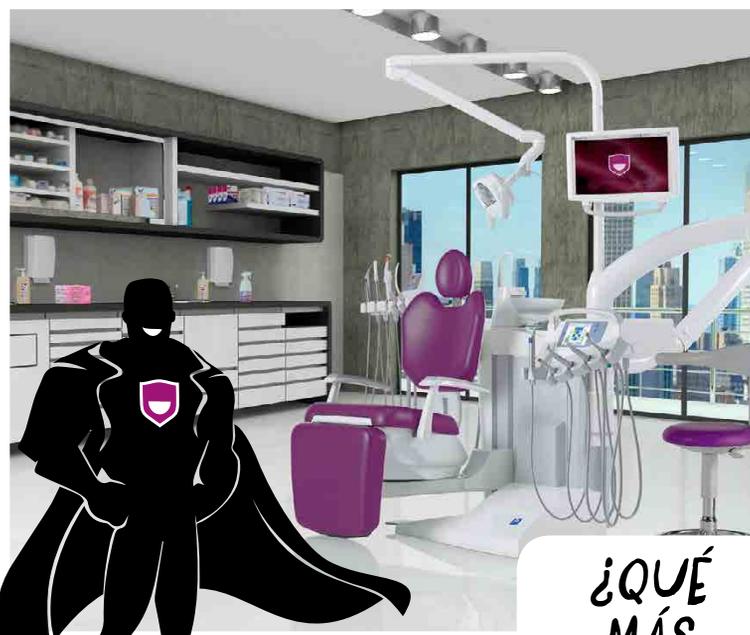
COMO TÚ  
QUIERAS



¡TODO LO  
QUE QUIERAS!



Y CUANDO  
TÚ QUIERAS



¿QUÉ  
MÁS  
NECESITAS?



**sonría X favor**  
Equipamiento Clínico · Suministros Dentales

+34 946 076 521

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

**AUTORES:****LETICIA MARCHENA RODRÍGUEZ**

Doctora en Odontología por la Universidad de Sevilla.

**ANTONIO ROBLES FRÍAS**

Médico Anatómo-Patólogo del Hospital del Valme (Sevilla).

**Caso clínico**

## Revisión sistemática del penfigoide de membranas mucosas orales

**RESUMEN**

El Penfigoide es una enfermedad autoinmune de tipo crónico, caracterizada por ampollas y vesículas subepiteliales, que afectan a las mucosas y algunas veces, a la piel o ambos. Se caracteriza por el depósito lineal de IgG, IgA o C3 a lo largo de la zona de la membrana basal. Se crean en esta enfermedad autoanticuerpos que se dirigen contra antígenos diana y fibras de colágeno tipo VII, produciendo desprendimiento de las células de la membrana basal. A nivel oral, se produce afectación clínica de la encía adherida con la aparición de gingivitis descamativa. Se ha hecho una revisión bibliográfica para conocer su epidemiología, etiología y mecanismo patogénico, así como su diagnóstico inmunohistológico. Actualmente, para la mejor terapia es la inmunosupresora y de corticoesteroides.

**PALABRAS CLAVE**

Penfigoide, mucosa, lesiones orales, gingivitis descamativa, diagnóstico, tratamiento.

**INTRODUCCIÓN**

El Penfigoide de membranas mucosas (PMM) es un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes, ampollares, crónicas que afectan a una o varias membranas mucosas con o sin compromiso de la piel.<sup>(1)</sup> Es una enfermedad autoinmune poco común y no se cree que sea hereditaria ni infecciosa. Se caracteriza por el depósito lineal de IgG, IgA o C3, a lo largo de la zona de la membrana basal.<sup>(1,2)</sup> Los autoanticuerpos se dirigen contra varios antígenos diana incluyendo bp180, bp230, laminina 332, laminina 311,  $\alpha 6\beta 4$  integrina y colágeno tipo VII. El Penfigoide es más frecuente en mujeres y

## Systematic review of the pemphigoid of mucous membranes

**ABSTRACT**

Pemphigoid is a chronic autoimmune disease characterized by blisters and subepithelial vesicles that affect the mucous membranes and sometimes the skin or both. It is characterized by linear deposition of IgG, IgA or C3 throughout the area of the basement membrane. Autoantibodies that target target antigens and type VII collagen fibers are created in this disease, causing the cells of the basement membrane to detach. At the oral level, clinical involvement of the

attached gingiva occurs with the appearance of desquamative gingivitis. A bibliographic review has been made to know its epidemiology, etiology and pathogenic mechanism, as well as its immunohistological diagnosis. Currently, for the best therapy is the immunosuppressant and corticosteroids.

**KEY WORDS**

Pemphigoid, mucosa, oral lesions, desquamative gingivitis, diagnosis, treatment.

normalmente ocurre en la 5ª y 6ª década de la vida. En niños es rara su afectación. <sup>(2,3)</sup>

El Penfigoide es una enfermedad autoinmune caracterizada clínicamente por la presencia de vesículas y ampollas subepiteliales inmunomediadas que incluyen: penfigoide bulloso, penfigoide gestacional, penfigoide cicatricial, dermatitis herpetiforme y la enfermedad linear de IgA. Lotart y Jacob en 1958, enunciaron que la localización cutánea no es tan rara y la benignidad es relativa porque puede conducir a la ceguera, debido a las adherencias o sinequias, que sí revisten importancia, de ahí que se denomine dermatitis ampollar mucosinequeante y atrofiante. <sup>(2,4)</sup>

El término penfigoide fue usado por primera vez cuando se identificaron a lo largo de la zona de la membrana basal de epitelios escamosos estratificados, depósitos de inmunoglobulinas (IgG y C3). <sup>(5)</sup>

La afectación oral del penfigoide cicatricial o penfigoide mucoso benigno es de casi el 100% de los pacientes, en concreto, la encía adherida, aparece eritematosa y con erosión gingival. También es frecuente en el penfigoide mucoso la afectación ocular, que puede conducir a ceguera y cicatrices. <sup>(5,6,7)</sup>

### Epidemiología del Penfigoide

La epidemiología está poco clara. El sexo predominante son las mujeres de mediana edad o mayores. Uno de cada 15.000 a 40.000 pacientes tratados en una clínica oftalmológica, pueden tener penfigoide ocular. El penfigoide de mucosa es aproximadamente 7 veces menos frecuente que el penfigoide bulloso. Por otro lado, el penfigoide de las mucosas es hasta tres veces más frecuente que el pénfigo, que tiene una incidencia de 0,5 a 3,2 por cada 100.000 personas. <sup>(2,8)</sup>

### Etiología y Patogénesis

El penfigoide es una enfermedad autoinmune desconocida, aunque se ha visto, que diversas drogas, provocan la aparición del penfigoide; pocas veces se debe a fármacos como la Furosemida u otros agentes. No se conoce predilección geográfica o racial, pero puede que exista un trasfondo inmunogenético y una asociación con HLA DQB1\*0301, que es especialmente notable en el penfigoide ocular. <sup>(2,9)</sup>

La patogénesis del penfigoide de la mucosa, probablemente incluye un secuestro de leucocitos inducidos por autoanticuerpos, mediados por el sistema del complemento, con el resultado de liberación de citocinas y leucocitos, con despegamiento de las células de la membrana basal; pero también puede haber rotura celular o lisis mediada por el sistema del complemento. <sup>(10)</sup>

Histológicamente, existe formación de ampollas subepidérmicas con acantolisis y los estudios de inmunofluorescencia revelan, depósitos de IgG en la lámina transparente de las lesiones. <sup>(2,11)</sup>

La variante del penfigoide con afectación oral está asociada particularmente con la antilaminina 5 (epiligrina) y el depósito de anticuerpos en la lámina lúcida,

siendo la mayoría de los anticuerpos, anti-laminina 5, de la IgG4 no fijadora de complemento. <sup>(12)</sup>

### Lesiones orales

El penfigoide tiene afectación oral en particular, con la presencia de lesiones gingivales. En el penfigoide, una de las características clínicas, es la gingivitis descamativa. Aparece una ampolla sobre una base eritematosa que dura 24-48 horas que, al romperse, sangra y aparece una zona erosiva recubierta por los restos de la ampolla. Este aspecto es como una membrana blanquecina que la podemos levantar con facilidad. La erosión produce escozor e incluso dolor a la ingesta de alimentos sólidos, ácidos y picantes. La gingivitis descamativa afecta tanto a la encía libre como a la encía insertada. <sup>(2,13)</sup>

El dolor crónico es común, siendo especialmente peor cuando los alimentos ácidos se comen. <sup>(2,13,14)</sup>

### Lesiones oculares

La incidencia de lesiones oculares varía del 3 al 48%. Las lesiones oculares incluyen simblefaron, opacidades corneales y anquiblefaron. La enfermedad no es realmente benigna, ya puede conducir a ceguera y cicatrices. En un alto número de casos, puede culminar con la aparición de ceguera. La afectación ocular usualmente comienza como conjuntivitis crónica con síntomas de ardor, irritación y exceso de lagrimeo. <sup>(2,15)</sup>

### Lesiones menos comunes

Algunos pacientes pueden tener otras lesiones epiteliales, como en la nariz, laringe, faringe o el esófago. Las lesiones laríngeas pueden causar estenosis, debido a que las ampollas al romperse, provocan una erosión acompañada de una secreción mucoide y al resolverse la ampolla, dejan una cicatriz. <sup>(16)</sup> También pueden tener afectación en la vulva, vagina, pene y ano, formando cicatrices. El peligro de estos sitios, radica en que puede causar complicaciones graves. <sup>(2,17)</sup>

### Diagnóstico del Penfigoide benigno de mucosas

El diagnóstico se basa en la historia, el examen y la biopsia con examen histológico e inmunofluorescencia directa. Es necesario una exhaustiva semiología, junto con un diagnóstico diferencial con otras entidades, así como una correcta interpretación inmunohistopatológica. <sup>(18)</sup>

### Mecanismo Patogénico del Penfigoide benigno de mucosas

El mecanismo patogénico del PMM es complejo y no completamente comprendido aún. Existe claramente un defecto en la inmunoregulación que involucra la formación de autoanticuerpos, generalmente del tipo IgG, dirigidos contra los componentes normales (antígenos) de la membrana basal del epitelio, de ahí la denomina-

ción de enfermedad autoinmune. Se cree que es un proceso genéticamente determinado, ya que se encontró asociación del PMM con alelos del Complejo Mayor de Histocompatibilidad HLA-DQB1 y HLA-DQ7. <sup>(19)</sup>

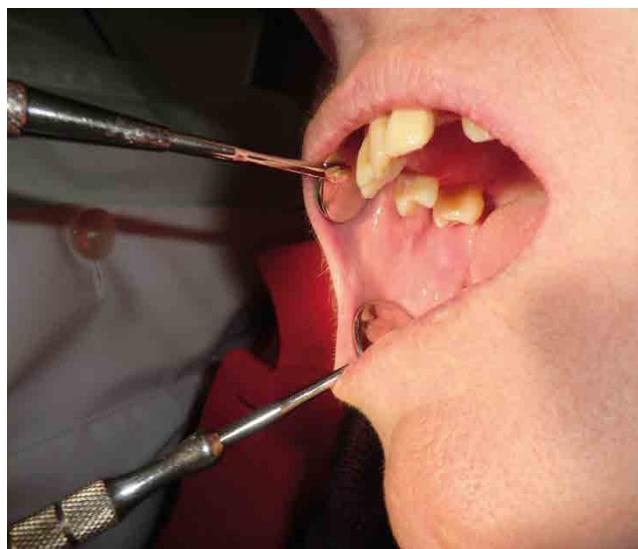
**Tratamiento del Penfigoide benigno de mucosas**

Es necesario mejorar la higiene bucal, ya que, en otros trastornos similares, esto puede conducir a una mejoría de la gingivitis descamativa. El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, dependiendo de la gravedad de la enfermedad, edad, estado general o salud, problemas médicos asociados y contraindicaciones para el uso de agentes sistémicos. Los principales tratamientos, como se muestra en la tabla V, son inmunosupresores e incluyen corticosteroides sistémicos y tópicos en diversas formas, así como otros agentes inmunosupresores. <sup>(20,21)</sup>

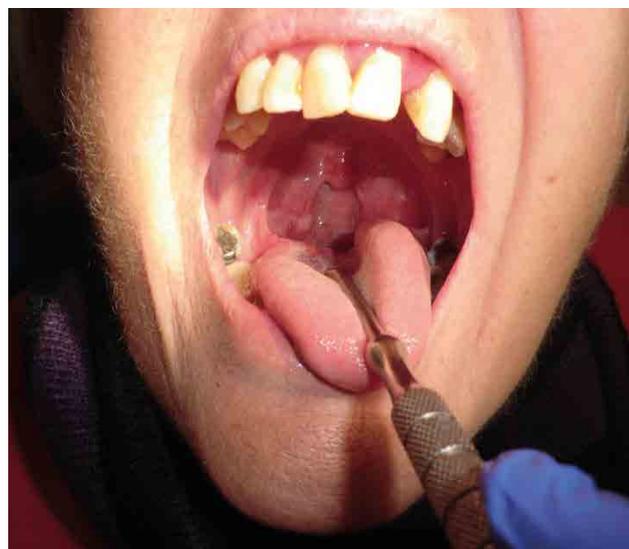
**Tabla V. Principales modalidades de tratamiento para el Penfigoide**

<p><b>Corticosteroides tópicos</b></p> <p>Dipropionato de beclometasona Budesonida Propionato de clobetasol Valerato de betametason Fluocinonida</p>	<p><b>Otros inmunosupresores</b></p> <p>Azatioprina Ciclofosfamida Ciclosporina Dapsona</p>
<p><b>Corticosteroides sistémicos</b></p> <p>Prednisona</p>	<p><b>Sulfonamidas</b></p> <p>Sulfapiridina</p>
<p><b>Tetraciclinas</b></p> <p>Tetraciclina Doxiciclina Minociclina</p>	<p><b>Cirujía</b></p>

**CASO CLÍNICO**



**Aftas bucales en mucosa yugal derecha, tratada inicialmente con antibióticos por su Médico de Familia, sin completa remisión. (Figura 1)**



**Faringitis crónica reagudizada (Figura 2)**

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha hecho una revisión bibliográfica en buscadores bibliográficos como PubMed, Scopus; insertando palabras clave como “penfigoide, mucosa, lesiones orales, gingivitis descamativa, diagnóstico, tratamiento” en los últimos 10 años, describiendo el penfigoide, diagnóstico y tratamiento de esta patología autoinmune. Respecto a este tema, se desarrolla un caso clínico atendido en la consulta de Odontología del Centro de Salud de Almonte (Huelva).



Gingivitis descamativa en encía adherida. (Figura 3)

**HISTOLOGÍA DEL PENFIGOIDE**



Imagen histológica x2 de la Tinción de Hematoxilina-eosina en la que se muestra la morfología de un penfigoide ampollosa cutáneo. (Figura 4)

**DISCUSIÓN**

No es posible sacar conclusiones definitivas sobre el mejor tratamiento para el Penfigoide Benigno de mucosas y otras enfermedades autoinmunes.

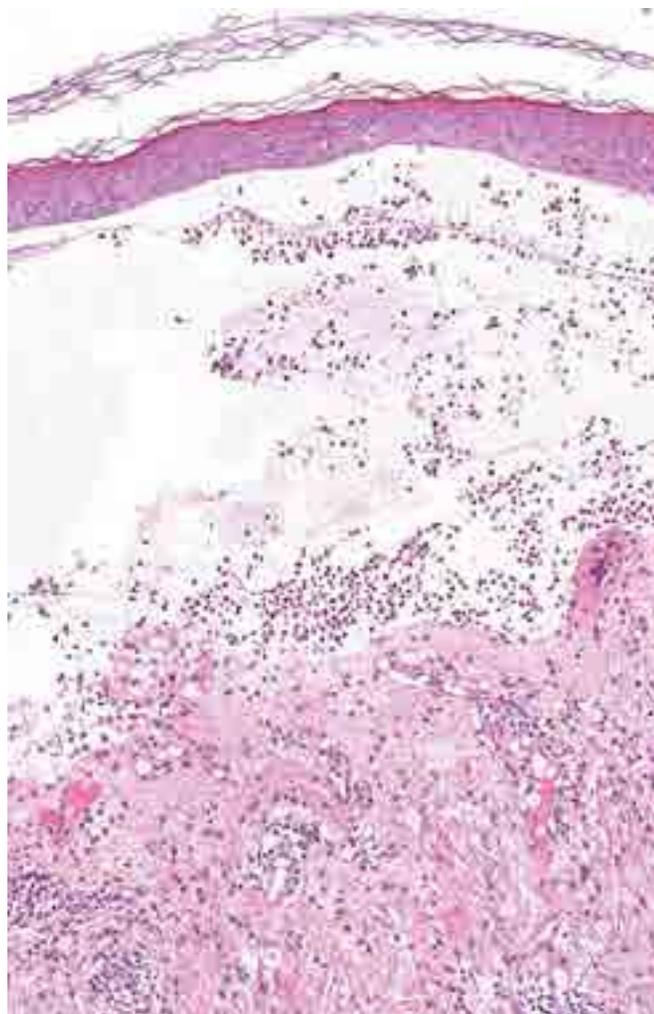


Imagen histológica x10 con tinción Hematoxilina-Eosina de una ampolla subepidérmica, que presenta celularidad inflamatoria con frecuentes eosinófilos en la cavidad de la ampolla y dermis con infiltrado linfocitario de distribución perivascular, con abundantes eosinófilos perivasculares e intersticiales. (Figura 5)

El tratamiento a largo plazo con corticosteroides pone a los participantes en riesgo de complicaciones graves (por ejemplo, desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus y osteoporosis) y parece ser menos eficaz que la ciclofosfamida en la supresión de la cicatrización del penfigoide benigno de mucosas en los ojos.<sup>(22)</sup> Foster y colaboradores<sup>(23)</sup> creen que la inmunosupresión sistémica con ciclofosfamida presenta menos riesgos si se usa correctamente en comparación con la terapia a largo plazo con corticosteroides.

**CONCLUSIONES**

Ante cualquier lesión descamativa en la mucosa oral o presencia de ampollas, se deben tomar dos biopsias para un diagnóstico precoz de esta enfermedad; una biopsia será para la inclusión en parafina y otra para inmunofluorescencia directa.

Al tratarse de una enfermedad crónica es necesario

interconsultas con Odontología, Oftalmología, Ginecología, Gastroenterología, Dermatología y Medicina Interna para descartar el compromiso de otras mucosas.

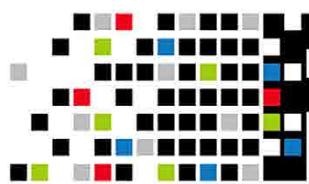
El tratamiento debe ser individualizado para cada paciente, dependiendo de la localización, severidad y evolución de la enfermedad. Una reciente acción

pública informó sobre un aumento de la expresión conjuntiva del factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) en el penfigoide ocular y sugiere que un sistema de antagonista  $\alpha$  podría ser eficaz en el control de los casos severos de Penfigoide que no responden a los inmunosupresores convencionales. •

## BIBLIOGRAFÍA

1. The first International Consensus on Mucous Membrane Pemphigoid. Arch. Dermatol.2002. vol 138.370-9.
2. Scully C, Bagán JV, Carrozzo M, Flaitz CM, Gandolfo S. Guía de Bolsillo de Enfermedades Orales. Ed. Elsevier 2013.
3. Schmidt E, Zillikens D. Pemphigoid diseases.Lancet 2013; 381: 320-32.
4. Grinspan D. Enfermedades de la boca.T.3.Editorial Mundi.B.Aires.1975:1349-57.
5. Bagan J, Lo Muzio L, Scully C. Mucosal disease series. Number III. Mucous membrane pemphigoid. Oral Dis, 2005; 11(4):197-218.
6. Mustafa MB, Porter SR, Smoller BR, Sitaru C. Oral mucosal manifestations of autoimmune skin diseases. Autoimmune Rev 2015;14: 930-51.
7. Lo Russo F, Fedele S, Guiglia R, Ciavarella D, Lo Muzio L, Gallo P, Di Liberto C, Campisi G. Diagnostic pathways and clinical significance of desquamative gingivitis. J Periodontol 2008;79: 4-24.
8. Scully C, Carrozzo M, Monteil R. Update on mucous membrane pemphigoid: A heterogeneous immune-mediated subepithelial blistering entity. Oral Maxillofacial Pathology 1999;88(1):56-68.
9. Chan LS, Hammerberg C, Cooper KD. Significantly increased occurrence of HLA-DQB1\*0301 allele in patients with ocular cicatricial pemphigoid. J Invest Dermatol 1997; 108:129-32.
10. Eversole LR. Adhesion molecules and oral mucosal diseases. Oral Diseases 1996; 2:185-7.
11. Yunis JJ, Mobini N, Yunis EJ, Alper CA, Deulofeut R, Rodríguez A. Common major histocompatibility complex class II markers in clinical variants of cicatricial pemphigoid. Proc Natl Acad Sci USA 1994; 91:7747-51.
12. Hsu R, Lazarova Z, Yee C, Yancey KB. Noncomplement fixing, IgG4 autoantibodies predominate in patients with anti-epiligrin cicatricial pemphigoid. J Invest Dermatol 1997; 109:557-61.
13. Scully C, Porter SR. The clinical spectrum of desquamative gingivitis. Semin Cutan Med Surg 1997; 16:308-13.
14. Vaillant L, Arbeille B, Goga D, de Muret A, Prime A, Lorette G. Cicatricial pemphigoid disclosed by superficial desquamative gingivitis:clinical and immune-electron microscopic study of a case. Ann Dermatol Venereol 1990; 117:613-20.
15. Mutasim DF, Pelc NJ, Anhalt GJ. Cicatricial pemphigoid. Dermatol Clin 1993;11:499-510.
16. Fleming TE, Korman NJ. Cicatricial pemphigoid. J Am Acad Dermatol.2000;43:527-663.
17. Siegel MA, Balciunas BA. Oral presentation and management of vesiculobullous disorders. Semin Dermatol 1994; 13:78-86.
18. Helander SD, Rogers RS. The sensitivity and specificity of direct immunofluorescent testing in disorders of mucous membranes. J Am Acad Dermatol 1994; 30:65-75.
19. Carrozzo M, Fasano M. Hla-DQB1 alleles in Italian patients with mucous membrane pemphigoid predominantly affects the oral cavity. Br J Dermatol.2001;145:805-8.
20. Ahmed AR, Kurgis BS, Rogers RS III. Cicatricial pemphigoid: a case of onset at age 5. J Periodontol 1986; 57:39-43.
21. Bedane C, Prost C, Bernard P, Catanzano G, Bonnetblanc JM, Dubertret L. Cicatricial pemphigoid antigen differs from bullous pemphigoid antigen by its exclusive extracellular localization: a study by indirect immunoelectron-microscopy. J Invest Dermatol 1991;97:3-9.
22. Kirtschig G, Murrell DF, Wojnarowska F, Khumalo NP. Interventions for mucous membrane pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita. Cochrane Database of Systematic Review 2003, Issue 1. Art. No.: CD004056. DOI: 10.1002/14651858.CD004056.
23. Foster S. Cicatricial pemphigoid. Transactions of the American Ophthalmological Society 1986; 84:527-663.

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS  
**CONFIGURADOS**



**FOTOLANDIA**

*dental*



**3 MODOS  
DE  
DISPARO**

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

**INTRAORAL  
EXTRAORAL  
CIRUGÍA**

**AUTORES:**

**CÁRCAMO ESPAÑA, V.**

**RIBERA URIBE, M.**

**GIL MANICH, V.**

Departamento Medicina Oral

Residencia Clínica Gerodontología Pacientes

Especiales y con compromiso médico

Universidad Internacional de Catalunya

**Caso clínico**

# Pénfigo paraneoplásico

## INTRODUCCIÓN

El pénfigo paraneoplásico (PNP), es una enfermedad ampollosa autoinmune que puede afectar a múltiples órganos distintos de la piel. Es una enfermedad grave asociada con una malignidad subyacente, comúnmente de origen linfoproliferativo<sup>(1)</sup>. Es poco frecuente y se describió por primera vez el año 1990 en 5 pacientes que presentaban lesiones mucocutáneas extensas y una neoplasia subyacente<sup>(2)</sup>.

Como su nombre lo indica, la presencia de neoplasia es constante en el PPN. El tipo de neoplasia depende del grupo de edad afectado. Las neoplasias que se observan más frecuentemente asociadas en adultos son hematológicas: linfomas de hodgkin, leucemia linfática crónica, macroglobulinemia de Waldeström y enfermedad de Castleman<sup>(3)</sup>.

Clínicamente se caracteriza por ser una afectación de las mucosas, principalmente en lengua, labios y mucosa oral (yugal)<sup>(2)</sup>. Las lesiones clínicas son erosiones persistentes y muy dolorosas que pueden parecerse al pénfigo, penfigoide, eritema multiforme, enfermedad injerto contra huésped o liquen plano<sup>(1)</sup>.

Se manifiesta como una conjuntivitis erosiva con tendencia a la cicatrización, a la formación de pseu-

domembranas y a la retracción conjuntival<sup>(4)</sup>. Con menor frecuencia, se observan erosiones y ampollas en los genitales, así como afectación de otras mucosas, como la nasal, orofaríngea, traqueobronquial y esofágica. Suele afectar las palmas y las plantas, en forma de maculopápulas eritematosas con tendencia a confluir y a formar algunas vesículas y erosiones en su superficie. El signo de Nikolsky puede ser positivo<sup>(2)</sup>.

Histológicamente, el patrón clásico del PPN es el de acantólisis suprabasal con formación de ampollas intraepidérmicas (semejantes a las del pénfigo vulgar), combinadas con cambios liquenoides como vacuolización de la basal y presencia de queratinocitos necróticos e infiltrados inflamatorios<sup>(5)</sup>.

Para el diagnóstico del PPN existen criterios diagnósticos basados en la combinación de criterios mayores y menores (tabla I)<sup>(6)</sup>.

El pronóstico en estos tipos de pacientes suele ser de 2 años, pero aunque la causa de muerte se debe a la progresión de la neoplasia, complicaciones infecciosas o hematológicas del tratamiento<sup>(7)</sup>. Se han descrito pocos pacientes con PPN con supervivencia superior a 2 años<sup>(8)</sup>.

El tratamiento del PPN es difícil, se requieren agentes inmunosupresores para disminuir la formación de ampollas<sup>(1)</sup>. Incluidos la prednisona oral e intravenosa,

Crterios mayores
Erupción mucocutánea polimorfa
Neoplasia interna concomitante
Hallazgos de inmunoprecipitación característicos con el suero
Crterios menores
Tinción del epitelio transicional de la vejiga de rata mediante inmunofluorescencia indirecta
Depósitos de inmunorreactantes en los espacios intercelulares y la membrana basal mediante inmunofluorescencia directa de la piel perilesional
Acantólisis en la biopsia de al menos una zona anatómica

Tabla I. Criterios diagnósticos de PPN (son necesarios 3 criterios mayores o 2 mayores y 2 menores para realizar el diagnóstico de PPN)<sup>(6)</sup>.

la azatioprina, la ciclofosfamida oral e intravenosa, la dapsona, las sales de oro, la ciclosporina, la plasmaféresis, la fotoféresis y la inmunoféresis<sup>(4)</sup>. La afectación mucosa suele persistir a pesar del tratamiento o de la extirpación de las neoplasias, y su tratamiento resulta muy difícil.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón, de 66 años de edad, casado, que acude al departamento de Medicina Oral de la Universitat Internacional de Catalunya el día 10 de Enero de 2018, refiriendo no poder comer desde que hace 1 año le aparecieron unas lesiones dolorosas en la cavidad oral con sangrado espontáneo, que comenzaron en la zona del 48 y se extendieron progresivamente al resto de la boca. En la anamnesis el paciente declara no ser fumador, ni presentar alergias conocidas; actualmente se encuentra actualmente jubilado. Como antecedentes médicos refiere Leucemia Linfocítica Crónica en estadio inicial (diagnosticada hace un año), y Diabetes Mellitus tipo II controlada mediante Metformina 850 mg.

Durante la exploración física no se observaron adenopatías palpables ni, tampoco se encontraron lesiones de tipo ulcerosoulcerativas extraorales.

A la exploración intraoral se encontraron lesiones vesiculopompolosas en encía queratinizada y en mucosa yugal que se desprendían al raspado (signo de Nicolsky positivo) dejando una lesión ulcerada hemorrágica.

Se realizó una biopsia incisional el día 24 de enero del 2018, con diagnóstico presuntivo de Pénfigo Paraneoplásico, en el que se observó lámina propia sin inflamación y ausencia de epitelio.

Se inició el tratamiento mediante Acetónido de Triamcinolona 0,1% + Clotrimazol al 1% en orabase en férulas blandas con faldón vestibular durante la noche. El paciente asistió a control el día 27 de junio del 2018, refiriendo mucha mejoría., las lesiones presentaban mejor aspecto, por lo que se le indicó mantener dosis durante el verano y valorar evolución en septiembre.

El día 03 de octubre del 2018 acude para revisión de lesiones. Refiere una gran mejoría en relación con la sintomatología, pero se observa importante inflamación gingival (fig. 5 y 6).

El paciente refiere dificultad para realizar el cepillado dental. Se le indica mantener aplicación de Acetónido de Triamcinolona 0,1% + Clotrimazol al 1% en oraobase en férula durante la noche en días alternos, manteniendo dosis durante 3 meses más. Se realiza tartrectomía y refuerzo de instrucciones de higiene oral (cepillo dental suave, cepillo interproximal y uso de seda dental).

Actualmente al paciente se le realizan controles cada 3 meses para valorar evolución de las lesiones habiéndosele propuesto nuevo estudio anatomopatológico e inmunofluorescencia que el paciente rechaza.

## DISCUSIÓN

En el caso expuesto, el paciente sufrió múltiples lesiones orales y una neoplasia subyacente, en este caso Leucemia linfática crónica. Un 29% de esta neoplasia está asociada a PPN, lo que corrobora lo expresado en la literatura<sup>(2)</sup>.

A pesar de no haber podido corroborar el diagnóstico presuntivo de Pénfigo Paraneoplásico con la biopsia, el tratamiento indicado mostró mejoría en el paciente y respondió favorablemente. ●

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Tirado-Sánchez A, Bonifaz A. Review: Paraneoplastic Pemphigus. A Life-Threatening Autoimmune Blistering Disease. *Actas dermosifiliograficas* 2017 Diciembre;108(10):902-910.
- (2) Mascaró Galy JM, Iranzo Fernández P, Herrero Mateu C. Pénfigo paraneoplásico. *Piel* 2007 Feb;22(2):63-71.
- (3) Mimouni D, Anhalt GJ, Lazarova Z, Aho S, Kazerounian S, Kouba DJ, et al. Paraneoplastic pemphigus in children and adolescents. *Br J Dermatol* 2002;147(4):725-732.
- (4) Camisa C, Helm TN, Liu Y, Valenzuela R, Allen C, Bona S, et al. Paraneoplastic pemphigus: A report of three cases including one long-term survivor. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1992 -10-01;27(4):547-553.
- (5) Horn TD, Anhalt GJ. Histologic Features of Paraneoplastic Pemphigus. *Arch Dermatol* 1992 /08/01;128(8):1091-1095.
- (6) Camisa C, Helm TN. Paraneoplastic Pemphigus Is a Distinct Neoplasia-Induced Autoimmune Disease. *Arch Dermatol* 1993 /07/01;129(7):883-886.
- (7) Jr JMM, Ferrando J, Solé MT, Alsina M, Nousari HC, Anhalt GJ, et al. Paraneoplastic Pemphigus: A Case of Long-Term Survival Associated with Systemic Lupus erythematosus and Polymyositis. *DRM* 1999;199(1):63-66.
- (8) Perniciaro C, Kuechle MK, Colón-Otero G, Raymond MG, Spear KL, Pittelkow MR. Paraneoplastic pemphigus: a case of prolonged survival. *Mayo Clin Proc* 1994 /09;69(9):851-855.



Lesiones en encía vestibular del grupo 2 (Figura 1)



Lesiones en encía vestibular mandibular (Figura 2)



Lesiones ulcerativas en encía queratinizada vestibular (Figura 3)



Lesión vesículo ampollar en trígononretromolar (Figura 4)



Gingivitis y detritus (Figura 5)



Persistencia de lesiones ampollares (Figura 6)

01

VENTAJAS

SIN COSTE

\* EXENTO CUOTAS

0€

02

VENTAJAS

+ PACIENTES



03

VENTAJAS

+ SERVICIOS



04

VENTAJAS

FINANCIACIÓN  
+ FÁCIL PARA  
SUS PACIENTES



05

VENTAJAS

FIDELIZACIÓN  
CLIENTE



EL PRIMER CUADRO MÉDICO DEL PAÍS CON GESTIÓN INTEGRAL  
DE LAS NECESIDADES DE SU CENTRO DENTAL



ODONTOGRUP®

GRUPO GLOBAL DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Tel. 902 998 275  
Fax 902 998 375

[www.odontogrup.com](http://www.odontogrup.com)  
[info@odontogrup.com](mailto:info@odontogrup.com)

# Epónimos odontológicos (I)

## Clases de Angle

### AUTORES:

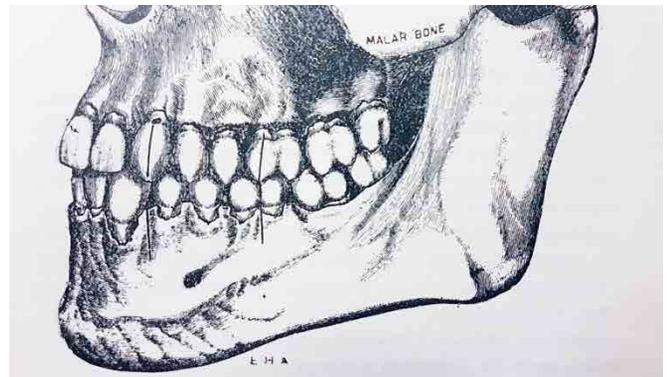
Javier Sanz Serrulla  
María José Solera Piña  
Andrea Santamaría Laorden  
Manuela Escorial García

## CLASES DE ANGLE

### Definición

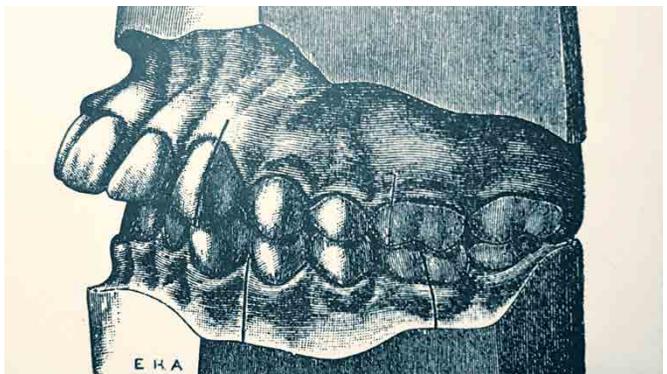
Son anomalías de la oclusión dental, teniendo en cuenta la relación mesiodistal entre los primeros molares permanentes, considerando que el primer molar superior es siempre fijo e inamovible y el inferior se desplaza respecto al superior.

· Clase I: el primer molar inferior se encuentra en relación normal, ocluyendo la cúspide mesiovestibular de los primeros molares superiores con el surco mesiovestibular de los molares inferiores. En este caso, las anomalías, de existir, se limitan por lo general al grupo incisal.



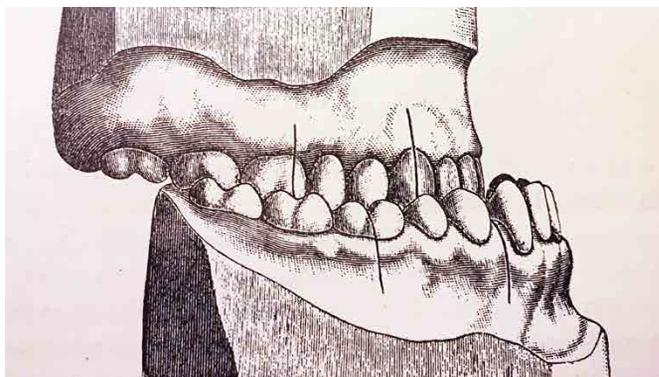
Clase I. (Dibujo original de E.H. Angle)

· Clase II: el primer molar inferior se encuentra en relación distal respecto al superior y se reconocen dos divisiones, según la inclinación de los incisivos superiores, y dos subdivisiones: División 1, con protrusión de los incisivos superiores; Subdivisión: unilateralmente distal, con protrusión de los incisivos superiores. División 2, con retrusión de los incisivos superiores; Subdivisión: unilateralmente distal, con retrusión de los incisivos superiores.



Clase II (Dibujo original de E.H. Angle)

· Clase III: el primer molar inferior se encuentra en relación mesial respecto del superior. La articulación dentaria a nivel del área de los incisivos está habitualmente invertida. Subdivisión: condición unilateral.



Clase III (Dibujo original de E.H. Angle)

Angle consideró las anomalías de oclusión solamente en sentido anteroposterior y estableciendo al primer molar superior en posición fija.

### Aparición y actualidad

En 1899 aparece firmado por Edward H. Angle en la prestigiosa revista "The Dental Cosmos" un artículo, en dos partes, titulado *Classification of Malocclusion* [Volume 41, Issue 3, March, 1899, pp. 248-264; Issue 4, April, 1899, pp. 350-357], fruto del minucioso trabajo recogido de la observación de un millar de cráneos humanos. Ya en el título del artículo advierte Angle: "From a forthcoming book by the autor", como así sucedería ese mismo año.

Al final de la primera parte, el autor, tras explicación detallada de su trabajo, define cada una de las tres clases que propone, con sus variedades, y acompaña un recuento de las mismas, correspondiendo la Clase I a 692 casos, Clase II a 266 y Clase III a 42. Angle fue un paso más allá en lo tratado hasta la fecha, de tal manera que aun siendo importante la relación dental oclusal, no era el correcto posicionamiento de los dientes y su adecuada relación sino una integración óptima de las estructuras del aparato estomatognático, tal como advierte al principio del artículo: "El conocimiento de la oclusión de los dientes es de importancia capital, debe abarcar un conocimiento no solo de las relaciones normales de las superficies oclusales de los dientes permanentes y temporales sino también de todas sus formas y estructuras. El crecimiento y el desarrollo normal de los maxilares y los músculos, junto con el desarrollo de los dientes y los períodos normales para tomar sus posiciones en los arcos, deben recibir una atención cuidadosa". Con Angle, en este extenso y minucioso artículo, se sentaban las bases de lo que habría de ser una Ortodoncia científica.

120 años después, esta clasificación mantiene hoy en día su vigencia, especialmente entre los generalistas, principalmente por su sencillez.

### Biografía

#### Edward H. Angle (1855 – 1930)

Edward Hartley Angle nació en Herrick, Condado de Bradford, Pennsylvania, el 1 de junio de 1855. Allí vivió hasta los 16 años y una visita que hizo con su madre al dentista, despertó la vocación a la que sería su profesión. Después de graduarse en una escuela superior de Canton entró como aprendiz en una consulta odontológica para pasar después al Pennsylvania College of Dental Surgery donde se graduó en 1878. Se instaló después en Towanda, donde ejercería durante varios años. Pronto se interesó en el tratamiento de las desviaciones dentales y empleó su habilidad para la mecánica, así como su genio inventivo para refinar y modificar los mecanismos que estaban en uso para corregir la dentadura en ese momento.

En 1886 fue nombrado profesor de Ortodoncia del College of Dentistry de la Universidad de Minnesota, donde regentaría esta cátedra hasta que presentara su dimisión, trasladándose entonces a la Northwestern University Dental School de Chicago. En 1895 marchó a St. Louis para continuar la práctica ortodóncica y estuvo en contacto con los mejores especialistas en Odontología. Aceptó un cargo en el departamento dental del Marion Sims College of Medicine (que le otorgaría el grado de doctor en Medicina en 1897) aunque siguió en contacto con la universidad de Chicago. Sin embargo, pasaría después al departamento dental de la Washington University, en St. Louis.

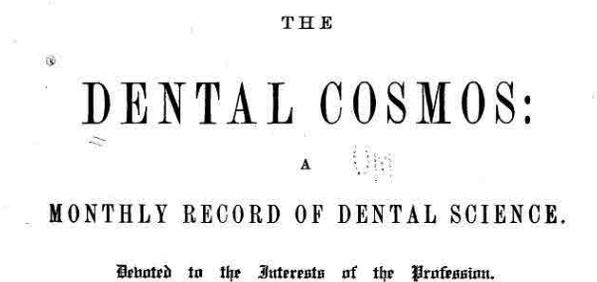
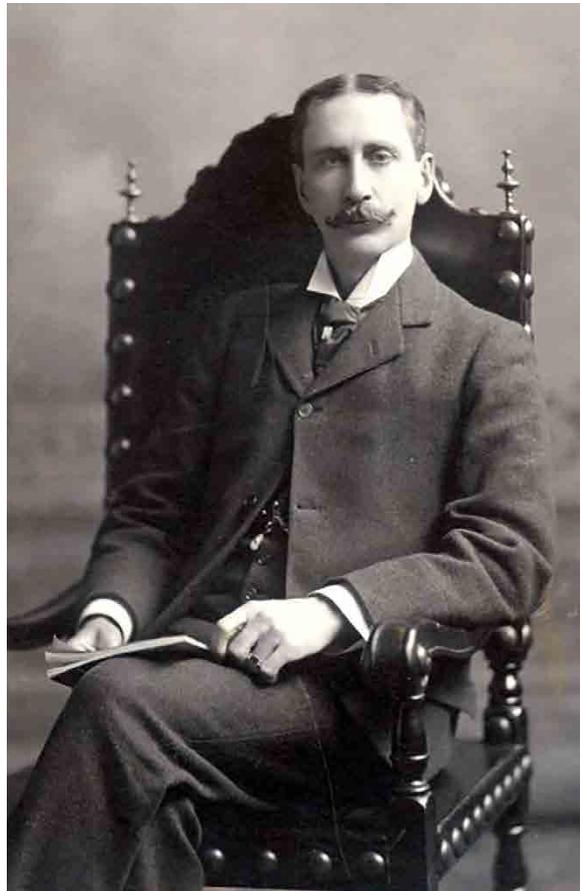
En estos años el Dr. Angle ya era bien conocido y respetado por sus novedosas y brillantes aportaciones en el campo de la Ortodoncia y se le tenía por uno de los mejores prácticos en este área. Pese a ello y a sus relaciones con varias instituciones odontológicas, advirtió que no lograría de las autoridades un compromiso que impulsara esta especialidad, de modo que la demanda que estaba produciéndose en el país no tendría suficientes ortodoncistas. Ello le animó a la creación, en 1899, de una escuela propia de Ortodoncia con su nombre, la "Angle's School of Orthodontia", la primera escuela de la especialidad establecida en el mundo, de la cual saldrían promociones formadas por hombres adiestrados al más alto nivel, entre otros Noyes, Hellman, Ketcham, Oppenheim (v.), Brodie (v.), Strang, Weinberger, Dewey, Rogers, Stanton, Mershon o Young, quienes difundieron por todo el mundo las ideas del maestro. Un total de 183 dentistas se graduaron en este centro, hasta que en 1927 cerrara sus puertas. En 1901 formaron la American Society of Orthodontists de la que Angle sería su primer presidente.

En 1915 fue condecorado por la universidad de Pennsylvania y un año después marchaba a Pasadena, California, donde residiría definitivamente. Allí, en compañía de Anna Hopkins Angle (1872-1957), doctora en Cirugía dental en 1902, discípula suya después y desde 1906 su segunda esposa, se dedicaría a su gran pasión profesional, la Ortodoncia, en la nueva institución: "The Edward H. Angle School of Orthodontia".

Anna sería su gran colaboradora y una dentista muy activa en el establecimiento de la Edward H. Angle Society of Orthodontists, en 1922, además de la editora de la revista de esta institución, "Angle Orthodontist", iniciada en 1930.

Si hay que poner una fecha de inicio en la repercusión de los trabajos de Angle, esta ha de ser la del verano de 1887, cuando presentara en la sección dental del IX Congreso Médico Internacional, celebrado en Washington, una comunicación titulada: Notes on Orthodontia, with a new system of regulation and retention. La acogida, por parte del estamento médico dominante, no pudo ser más desoladora, recibiendo el joven investigador las críticas más crueles. Ello no le amilanó sino que se convirtió en estímulo para continuar en esta línea, sin duda avalado por su propio convencimiento que ya empezaba a basarse en la confirmación positiva de sus tratamientos. A este trabajo siguió el mencionado de 1899 y fueron el germen de un libro que se considera el clásico de la Ortodoncia: The Angle system of regulation and retention of the teeth, publicado ese mismo año y sucesivamente hasta 1907 en que conocía su séptima edición en un montante de 628 páginas. En Alemania, principalmente, pero también en otros países europeos, conocería asimismo varias ediciones.

La búsqueda para la perfecta fijación para el aparato ortodóncico le condujo a cuatro inventos: el arco de expansión E (1900), el aparato Pin-and-tube (1912), el puente de Ribbon (1915) y el puente Edgewise (1928). Cada uno fue superando al anterior en un intento de conseguir ese ideal de perfección que Angle se había trazado como idearium de su trabajo



científico y así se puede comprobar cuando al referirse a su último ingenio dijera: probablemente, ningún otro mecanismo de ortodoncia haya experimentado un examen tan exhaustivo y severo antes de ser introducido públicamente.

Los días de Angle terminaron al servicio de una especialidad, la Ortodoncia, sin cuya dedicación hubiera sufrido un considerable retraso científico. Falleció el 11 de agosto de 1930 en su residencia de verano de Santa Mónica, California. ●

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hahn, G. W. (1965). Edward Hartley Angle (1855-1930). American Journal of Orthodontics, 7, pp. 529-535.
2. Hershfeld, J. J. (1979). Edward H. Angle and the malocclusion of the teeth. Bulletin of the History of Dentistry, 2, pp. 79-84.
3. Noyes, F. B. (1957). Edward H. Angle. American Journal of Orthodontics, 2, pp. 132-134.
4. Peck, S. (2009). A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics. Angle Orthodontics, 6, pp. 1021-1027.
5. Sanz, J. Edward H. Angle (1855-1930). Diccionario Biográfico Histórico de Dentistas. Madrid, Delta Publicaciones, 2018, pp. 9-10.
6. Sicklick, A. M. (1999). Edward Hartley Angle. In pursuit of perfection. Journal of the History of Dentistry, pp. 129-134.
7. Strang, R. H. W. (1930). Obituary. Dr. Edward H. Angle. The Dental Cosmos, 10, pp. 1107-1111.
8. Subirana, L. (1913). Angle y su obra. La Odontología, pp. 370-382.
9. Taylor, G. S. (2010). E.H. Angle. A British perspective. Dental Historian, 1, pp. 14-29.
10. Wuerpel, E. H. (1931). My friend, Edward Hartley Angle. The Dental Cosmos, 9, pp. 908-921.

QUIERE  
**¿FINANCIACIÓN  
FÁCIL?**  
PARA SUS PACIENTES

[www.fincliniks.com](http://www.fincliniks.com)

[info@fincliniks.com](mailto:info@fincliniks.com)

infórmese en  
**918 291 241**



 **FINCLINIK'S**  
FINANCIACIÓN CLÍNICA



## ¿Cómo crees que se han sentido tus pacientes tras una visita a tu clínica?

**DR. ALBERTO MANZANO**  
**CEO DE PLAN SYNERGIA**  
**ALBERTO@PLANSYNERGIA.COM**

**H**ace un tiempo leí un artículo de la Harvard Business Review que hablaba sobre la “experiencia del paciente” en centros de salud (fundamentalmente en centros hospitalarios).

Se realizó una encuesta a los pacientes para intentar entender qué se puede hacer para mejorar su experiencia como usuarios. Los resultados indicaban que aunque se habían implementado nuevas ideas y protocolos por parte de los directivos, éstos no siempre reflejaban los deseos y necesidades reales de los pacientes. Además, se analizaba que el coste de cada implementación era muy variable y que, por lo tanto, se deberían centrar los

esfuerzos en primer lugar en las acciones menos costosas y que mayor impacto en los pacientes.

Normalmente, las acciones con mayor ROI (return on investment) o “retorno de la inversión” eran aquellas relacionadas con cómo se habían sentido, y no tanto las mejoras en la atención técnica o sanitaria. En este punto, el Neuromarketing nos da las claves para saber de qué manera, casi subliminal, podemos mejorar la experiencia de nuestros pacientes en nuestros centros sin tener que invertir grandes cantidades de dinero.

---

*"El Neuromarketing nos da las claves para saber de qué manera podemos mejorar la experiencia de nuestros pacientes sin tener que invertir grandes cantidades de dinero"*

---

Cada vez son más empresas las que utilizan esta nueva y efectiva herramienta: Starbucks, Jaguar, Real Madrid, Mercadona... A nosotros particularmente nos encanta y somos pioneros en técnicas de Neuro-marketing Dental en España.

Para averiguar las expectativas de nuestros pacientes, una de las maneras que recomiendan en el artículo es la de “contar historias” (story-telling). No hay nada tan potente para los pacientes como sus historias en vuestras clínicas (buenas y malas). Las historias de grandes experiencias nos ayudan a remarcar cómo la empresa puede contribuir a mejorar la experiencia de usuario. Las historias de malas experiencias ayudan al equipo a entender los orígenes de esa negatividad y solucionarlo.





Por otro lado, las historias de pacientes pueden ayudar a los empleados a mejorar los puntos emocionales de los pacientes (rapport!). Y además, podemos usar las experiencias positivas en forma de testimoniales, galerías de fotos sonrientes o reseñas en la web o RR.SS. ya que son una forma muy poderosa de mejorar los referidos a nuestra clínica. Ya que las historias negativas de nuestros pacientes ya se cuentan por sí solas y sabemos el daño que hacen a la consulta.

Tener en mente la experiencia de usuario de nuestros pacientes es fundamental en las clínicas tradicionales o de dentistas. Las clínicas “corporativas” se centran fundamentalmente en proveer un servicio dental a un precio bajo. Es un enorme reto para las clínicas independientes, por no decir imposible, competir con estas organizaciones en coste.

Pero las clínicas independientes podemos competir perfectamente en “experiencias”. Una mala experiencia de un paciente compromete la reputación de nuestra consulta en otros pacientes y puede generar un efecto negativo también en nuestro equipo.

Por el contrario, una experiencia positiva construye una idea sólida de tu clínica en la mente del paciente como la opción correcta a la hora de tener que repetir otro tratamiento.

Plan Synergia te puede ayudar a guiarte a ti y a tu equipo en construir visitas que dejen una huella positiva en tus pacientes más allá de un excelente tratamiento. Es fantástico observar cómo tener en cuenta las emociones de los pacientes influye en la cuenta de resultados de la clínica. ●



# ODONTÓLOGOS

de hoy

## ¡Suscríbese!

a través de nuestra web  
[www.odontologosdehoy.com](http://www.odontologosdehoy.com)

**COMPROMISO  
RIGOR Y CIENCIA**



## La publicidad sanitaria en odontología

**DR. DIEGO RODRÍGUEZ MENACHO**

**DENTISTA, PERITO JUDICIAL, ABOGADO EJERCIENTE Y MEDIADOR INSCRITO EN EL MINISTERIO DE JUSTICIA**

**EXPERTO INVESTIGADOR DEL DELITO DE INTRUSISMO EN ODONTOLOGÍA Y DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES DE DENTISTAS**

**T**ratar sobre la publicidad sanitaria es un asunto bastante delicado, arduo y complicado, pero también interesante para la Odontología de nuestros días, donde se utiliza con un carácter estrictamente mercantilista. Con la implantación de la normativa general y publicitaria contemporánea, de un carácter marcadamente liberalizador, ponen fin a una serie de prohibiciones que se estaban imponiendo por parte del ordenamiento jurídico e incluso por los Colegios Profesionales.

En referencia a la publicidad hay que destacar que, sin duda, se trata de un derecho de cualquier profesional liberal, incluyendo a los que se dedican a la salud. Una limita-

---

*"La relación entre el dentista y el paciente se corresponde desgraciadamente en la actualidad como la existente entre un prestador de servicios y un usuario, totalmente deshumanizada"*

---

ción en cuanto a su regulación incide negativamente sobre la libertad de expresión, aunque es plenamente beneficioso para la protección de pacientes ante la creciente mercantilización del sector dental, la cual se está implantando de manera exponencial, a diferencia de la ética y la profesionalidad que se reducen a su mínima expresión. El aumento sin límites de nuevos profesionales y de nuevos centros sanitarios de carácter privado hace que la competencia sea muy complicada, y la captación del paciente (o cliente sanitario, según su concepción) se efectúa mediante la diferenciación con respecto al resto, marcando el nuevo

panorama desolador del sector dental. La relación entre el dentista y el paciente se corresponde desgraciadamente en la actualidad como la existente entre un prestador de servicios y un usuario, totalmente deshumanizada. Cada vez más las empresas sanitarias otorgan a la publicidad un papel fundamental para poder difundir la información de productos y servicios de su ámbito a los efectos de favorecer su salida al mercado .

La regulación de la normativa es dispersa debido a que, además de que se basa en un marco general obsoleto, las competencias en materia de sanidad corresponden a las Comunidades Autónomas, incumpléndose la intención recogida en la normativa vigente, que no es otra que la de apostar por una regulación que estipule el control con carácter previo a su difusión de la publicidad en el ámbito sanitario . Existen casos en los cuales los Colegios Profesionales de Dentistas, Corporaciones de Derecho Público, tienen una concesión directa para el control de la publicidad sanitaria por parte de la administración competente en la materia:

- Como sucede en el PAÍS VASCO, comunidad autónoma en la cual existe una Comisión de Control de Publicidad Sanitaria que cuenta con un miembro designado por el Consejo de Dentistas del País Vasco , la cual ejerce las facultades pertinentes en cuanto a la tramitación y propuesta de resolución de las solicitudes de autorización administrativa previa para la publicidad sanitaria, controla y vigila la publicidad sanitaria y las normas que la regulan, establece y organiza el Registro de la publicidad sanitaria, y colabora en la elaboración de normas que permitan un correcto desarrollo de lo regulado en el Decreto autonómico regulador de publicidad sanitaria .

- En el caso de NAVARRA, se delega en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra la facultad para el otorgamiento o denegación de la autori-

zación previa para la difusión de la publicidad sanitaria que se establece en la correspondiente normativa formal, cuando la actividad o servicios afectados correspondan a sus propios colegiados.

Estos casos mencionados, a pesar de ser rara avis, son los órganos más capacitados, debido a su especialización, para poder determinar si una determinada publicidad se ajusta a los mínimos éticos y legales establecidos, pero tal facultad tan importante, no se encuentra establecida en la mayoría de las autonomías. A nivel estatal, la normativa vigente determina que serán las Administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, las que realizarán un control de la publicidad y propaganda comerciales para que se ajusten a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud y para limitar todo aquello que pueda constituir un perjuicio para la misma, con especial atención a la protección de la salud de la población más vulnerable. Por lo tanto, sólo recaerá esta función en los Colegios Profesionales si es delegada por parte de quien ostenta la competencia, que serán las Consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas. La cuestión se complica aún más cuando los nuevos operadores del sector, las franquicias y las clínicas marquisitas, superan el territorio de la Comunidad Autónoma, siendo su presencia nacional, por lo que la vigilancia, autorización y supervisión queda fuera del territorio de los entes creados por la normativa autonómica tales efectos. No obstante, “ello no implica necesariamente que cuando el fenómeno objeto de las competencias autonómicas se extiende a lo largo del territorio de más de una Comunidad Autónoma, éstas pierdan en todo caso y de forma automática la competencia y la titularidad de la misma deba trasladarse necesariamente al Estado, sin que deba justificarse la necesidad de este traslado lo que supondría, en definitiva, la utilización del principio de supraterritorialidad como principio delimitador de competencias fuera de los casos expresamente previstos por el bloque de la constitucionalidad”, por lo que si se ha obtenido una autorización de una publicidad en una determinada autonomía, será preciso solicitar

dicha autorización, cuando sea preceptiva, en cada una de las comunidades autónomas que lo obliguen, ya que no existe, ni probablemente pueda existir, al menos con la legislación vigente, un órgano que tenga competencias en estos menesteres a nivel nacional ya que el criterio de la supraterritorialidad no atribuye competencias per sé.

La solución legal vendría dada únicamente mediante la cooperación entre administraciones, pero ante la ausencia de órgano de competencia estatal, la cooperación se limitaría a los órganos autonómicos, suponiendo que cada autorizante pusiera en conocimiento del resto de entes con competencia en la materia la autorización emitida como antesala para que las restantes entidades públicas autorizadoras procedieran a lo propio dentro de su ámbito territorial.

En el ámbito comunitario, la materia de la publicidad en el ámbito sanitario como las prácticas comerciales desleales, la publicidad engañosa y el comercio sanitario, también está positivado. En el país galo, las obligaciones generales de los dentistas se encuentran reguladas en el Código de Salud Pública, en el cual hay un precepto muy explícito, el R4127-215, que se procede a reproducir:

“La profesión dental no debe practicarse como un negocio. En particular, los siguientes están prohibidos:

1. La práctica de la profesión en locales donde el diseño o la señalización de una apariencia comercial;
2. Cualquier instalación en un complejo inmobiliario de carácter exclusivamente comercial;
3. Cualquier proceso publicitario directo o indirecto;
4. Manifestaciones espectaculares que afectan el arte de la odontología, y no exclusivamente con fines científicos o educativos”.

Dicho artículo se ve reforzado por el R4127-219, el cual reza así:

“Divulgaciones sobre el establecimiento o interrupción del profesional, la apertura, el cierre o la transferencia de empresas y, como parte de un ejercicio de asociación, la integración o la retirada de un socio están sujetas a la aprobación previa del Consejo Departamental de la



Orden (Colegio Profesional de Dentistas en Francia), que verifica su redacción y presentación y establece el número máximo de publicaciones que puede generar un comunicado de prensa”.

De la lectura e interpretación conjunta de tales preceptos se colige que la publicidad sanitaria en Francia está bastante restringido, incluso aquella publicidad en dicho país que sea de un establecimiento sanitario ubicado fuera de Francia.

El segundo de los casos, la legislación belga y su interacción con el Derecho Comunitario, nace a raíz de un contencioso que llega al Tribunal de Justicia de la Unión Europea : todo arranca debido a que un odontólogo establecido en Bélgica hizo publicidad de sus prestaciones de tratamientos dentales, exactamente, entre 2003 y 2014 dicho facultativo instaló una placa compuesta por tres partes impresas, que indicaban su nombre, su calidad de odontólogo, la dirección de su sitio de Internet y el número de teléfono de su consulta. Además de lo anterior, creó un sitio de Internet en el que informaba a los pacientes de los diferentes tipos de tratamientos que ofrecía en su consulta. Finalmente, insertó anuncios

publicitarios en periódicos locales. La sentencia que se produce a causa de este contencioso estima que prohibir de manera general y absoluta toda publicidad va más allá de lo necesario para conseguir los objetivos perseguidos. Estos últimos podrían alcanzarse mediante medidas menos restrictivas que determinaran, de manera estricta si fuera preciso, las formas y las modalidades que pueden adoptar válidamente los instrumentos de comunicación utilizados por los odontólogos.

Se concluye de lo todo lo indicado que es incompatible con el Derecho de la Unión prohibir de manera general y absoluta la publicidad de las prestaciones de tratamientos bucales y dentales pero que los objetivos de protección de la salud pública y de dignidad de la profesión de odontólogo pueden justificar que se determinen las formas y modalidades de los instrumentos de comunicación utilizados por los odontólogos. El autor que suscribe el presente artículo es pleno defensor de que la dignidad de la profesión y la defensa de los pacientes priman sobre los intereses mercantilistas de las clínicas. En esta colisión de derechos, el del paciente y la profesión supera con creces al económico-mercantil. ●

## BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍN IGLESIAS, F. La profesión de dentista. Aspectos jurídico-administrativos. Ed. Comares, Granada, 2017, pág. 115-118.
2. Como se plasma en el artículo 102.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. Atendiendo el artículo 5.2 del Decreto 550/1991, de 15 de octubre, por el que se regula la publicidad sanitaria (BOPV núm. 550, de 6 de noviembre de 1991).
4. Todas estas funciones están perfectamente descritas en el artículo 7 de dicho cuerpo normativo.
5. Como reza el artículo 1 de la Orden foral 63/2003, de 15 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se delega en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra la facultad de autorización previa a la difusión de la publicidad sanitaria de sus colegiados.
6. Texto extraído del contenido del artículo 25 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
7. Una forma de solucionar este problema sería asignar tales facultades, si estuvieran centralizadas, a los Consejos Generales, Consejos Superiores o Colegios Nacionales.
8. STC 27/2014, de 13 de febrero. FJ 4º.
9. URRUTIA LIBARONA, I. La configuración legal de la unidad de mercado y Estado autonómico. Revista Española de Derecho Administrativo, núm. 175, enero-marzo 2016, pág. 232.
10. Atendiendo al artículo 4 de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, “con el fin de garantizar la aplicación uniforme de los principios recogidos (...) y la supervisión adecuada de los operadores económicos, las autoridades competentes cooperarán en el marco de los instrumentos establecidos en (...) esta Ley”, por lo que “las autoridades competentes, en sus relaciones, actuarán de acuerdo con el principio de confianza mutua, respetando el ejercicio legítimo por otras autoridades de sus competencias, reconociendo sus actuaciones y ponderando en el ejercicio de competencias propias la totalidad de intereses públicos implicados y el respeto a la libre circulación y establecimiento de los operadores económicos y a la libre circulación de bienes y servicios por todo el territorio nacional”.
11. Precepto ubicado en la “Sous-section 1: Devoirs généraux des chirurgiens-dentistes”, dentro de la “Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes”, perteneciente al “Chapitre VII : Déontologie” del “Titre II : Organisation des professions médicales” del “Livre Ier : Professions médicales”.
12. Sentencia del Tribunal de Justicia (Sala Tercera) de 4 de mayo de 2017 (petición de decisión prejudicial planteada por el *Nederlandstalige rechtbank van eerste aanleg te Brussel* — Bélgica) — Proceso penal contra *Luc Vanderborght* (Asunto C-339/15).

Tener una empresa de **éxito no es cuestión de suerte**,  
tampoco hace falta que seas un visionario,  
**es cuestión de método.**

**Dentigrity®**

**TENER ÉXITO DE  
MANERA CORRECTA**

**Diploma en  
Gestión y Dirección  
de Clínicas Dentales**

4ª Ed. Madrid febrero 2019

---

**TUS PACIENTES  
QUIEREN UN  
GRAN SERVICIO,  
NO OFERTAS**

---

**MÁS INFO**

info@plansynergia.com

o en el 664 591 337

plansynergia.com

Curso impartido por Ticare Mozo Grau

## Sevilla, el lugar elegido para la VI Jornada de Actualización en Implantología de Ticare Mozo Grau

Tras el éxito de su V Jornada de Actualización en Implantología, acontecimiento celebrado durante los años impares, Ticare Mozo-Grau ya trabaja en su próxima Jornada de “Actualización en Implantología”.

La sexta edición de esta cita se desarrollará el día **8 de Febrero de 2019, en el la ciudad de Sevilla.**

Durante la Jornada se ofrecerán dos programas paralelos; uno específico para odontólogos y otro para protésicos. •

• Para más información sobre la oferta formativa de Ticare:

<https://www.ticareimplants.com/formacion/>

• Para más información sobre inscripciones y programa

completo: <https://www.ticareimplants.com/formacion/>



ticare

TISSUE CARE PHILOSOPHY

## VI JORNADA

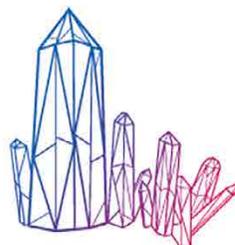
# De Actualización en Implantología

en

Hotel Silken Al Andalus Palace

Sevilla. 8 de febrero de 2019

*implantología en estado puro*



MOZOGRAU

## Dr. Pepe Benítez y Dr. Holmes Ortega Mejía

### Seminario sobre manejo de tejidos blandos y planificación de casos en Mérida



Osteógenos llevará a cabo junto a Microdent una jornada teórica el **23 de Febrero en Mérida**, en la que los Dres. Pepe Benítez y Holmes Ortega, impartirán diferentes conferencias sobre el manejo de tejidos blandos y la planificación de casos.

**Dr. Pepe Benítez:**  
**“Manejo de tejidos duros y blandos en reconstrucciones maxilares”.**

**Dr. Holmes Ortega Mejía:**  
**“Diagnostico y planificación, técnicas a usar e implante adecuado”.**

Inscripción totalmente gratuita, las plazas son limitadas y se reservarán por riguroso orden de inscripción. •

**Más información en:** [www.osteogenos.com/formacion@osteogenos.com](http://www.osteogenos.com/formacion@osteogenos.com) / 91 413 37 14



## WEBINARIO: Implantología en pacientes con osteoporosis

El próximo día 14 de enero, el Dr. Pablo Gutiérrez ofrecerá, a través de la plataforma Implant Training, un webinar sobre la implantología en pacientes con osteoporosis.

El Dr. Pablo Gutiérrez es profesor del Máster de Medicina Bucal en la Universidad de Sevilla, es también profesor asociado de Patología y Terapéutica Médica Bucal en la Universidad de Alfonso X el Sabio de Madrid.

A las 22:00 h. (hora peninsular) se desarrollará el tema de “Implantología en pacientes con osteoporosis”.



# implant Training

Con la colaboración de



**ticare**  
TISSUE CARE PHILOSOPHY

Las inscripciones son gratuitas a través de:

**<http://www.implant-training.es/implantTraining/Webinars>**

En esta misma plataforma se puede acceder a este y otros webinars para verlos en cualquier momento y desde cualquier lugar. ¡No os lo perdáis! •

Dos nuevas incorporaciones que mejorarán la atención personalizada a los técnicos dentales

## Ivoclar Vivadent refuerza su Red Comercial

El gran equipo comercial de Ivoclar Vivadent se ha ampliado con la incorporación de dos nuevos compañeros para la división de Laboratorio.

Luis Granado, que formará parte de la Zona Centro gestionando clientes de Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Valladolid, Zamora, Castilla León y Madrid. Teléfono de Contacto: 609 035 887 Correo electrónico: luis.granado@ivoclarvivadent.com

Salvador Ferrando, que formará parte de la Zona Este gestionará las zonas de Alicante, Murcia, Albacete, y Baleares. Teléfono de Contacto: 690 998 407. Correo electrónico: salvador.ferrando@ivoclarvivadent.com. •



**DVD**  
D E N T A L

## Nombramiento Jesús García dirigirá la Unidad de Consumo de DVD Dental

DVD Dental apuesta por Jesús García como Director Comercial de la Unidad de Consumo para afianzar el desarrollo y crecimiento de la compañía.

Barcelona, 11 de diciembre de 2018 – Tras la incorporación de Emiliano Ayala como Director General el pasado mes de septiembre, DVD Dental da un paso más y

nombra a Jesús García Director Comercial de la Unidad de Consumo.

Esta no es la primera aventura de García en el sector dental, ya que suma más de 20 años en diferentes puestos de responsabilidad comercial en este sector y más de 10 vinculado al grupo DVD como Director Comercial de la Unidad de Aparatología. •

## Corega lanza el nuevo Fijador Corega Máximo Sellado

Corega lanza el nuevo Fijador Corega Máximo Sellado\*, que cuenta con una boquilla de precisión con una punta más fina que permite una aplicación más precisa\*, aumentando en un 36% la cobertura de la superficie\*\*. Esto ayuda a obtener un sellado superior\*\*\* en toda la prótesis y ayuda a bloquear la entrada de las partículas de comida, proporcionando así una boca más limpia y sana. Además, proporciona una fijación fuerte durante 12 horas. Estas mejoras en la retención y estabilidad pueden aumentar la fuerza de la mordida, lo que sin duda aporta un extra de seguridad a la hora de comer en aquellos que usan prótesis dentales. •



## Concurso de casos clínicos en implantología Ticare

Como empresa líder en el desarrollo e investigación dentro del campo de la implantología dental, Ticare presenta su Concurso de Casos Clínicos.

El objetivo de este concurso, en concordancia con los valores de la firma, es promover el desarrollo, las buenas prácticas y el perfeccionamiento de la implantología clínica.

La presentación del mismo se llevará a cabo en la Sexta Jornada de Actualización en Implantología que Ticare organiza el 8 de febrero de 2019 en Sevilla, donde los casos se presentarán en formato póster y

se defenderán delante de un jurado.

Aquellos que obtengan la mayor puntuación, por su calidad e interés, se publicarán en un libro de Casos Clínicos Ticare, que se espera sea de interés para todos los profesionales del sector, por sus casos innovadores y de excelencia clínica.

El jurado estará formado por tres miembros, actuando uno de ellos como Presidente del mismo, que serán los encargados de valorar los casos y de determinar los ganadores.

El plazo máximo de entrega de los casos será el día 19 de enero



enviándolo al correo: [casosclínicos-ticare@mozo-grau.com](mailto:casosclínicos-ticare@mozo-grau.com) haciendo constar en el asunto "Concurso Casos Clínicos Jornadas 2019" o a las oficinas de Mozo-Grau S. A. C/ Santiago López González nº7 – 47197 Valladolid – 983309602 – At. Srta. Elsa Portillo.

Consulta las bases completas en <https://www.ticareimplants.com/cursos/concurso-casos-clinicos/>.

## Novedad Osteógenos Hueso sintético Teebone

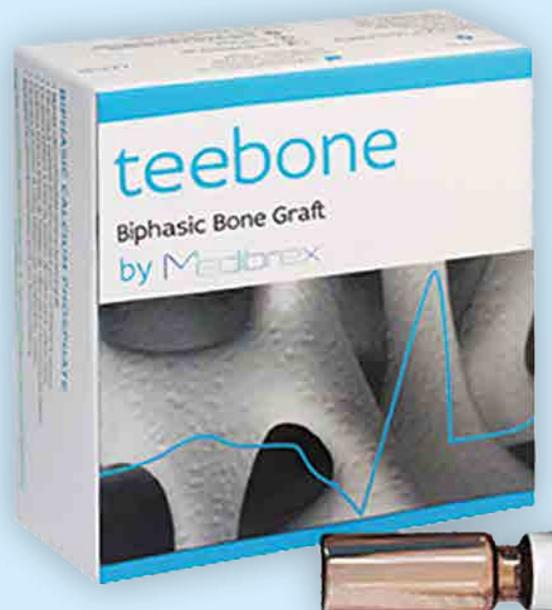
Osteógenos incorpora a su catálogo el hueso sintético Teebone® BCP, diseñado para el relleno de defectos óseos.

Se integra al hueso rápidamente debido a que su composición química es muy similar a la del hueso humano.

El Beta fosfato tricálcico junto a la hidroxiapatita genera hueso nuevo a través de dos etapas diferentes de activación. La descomposición del F-TCP por el osteoclasto libera iones que aumentan el crecimiento del hueso, mientras que la hidroxiapatita actúa como soporte para el crecimiento interno del injerto, siendo lentamente sustituido. ●



## NOVEDAD



## NSK amplía la vigencia de sus ofertas comerciales hasta el 31 de enero de 2019

NSK España ha decidido ampliar la vigencia de las ofertas de su catálogo de ofertas Especiales hasta el próximo 31 de enero de 2019. Pueden seguir consultando el archivo en la web de NSK ([www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)) para su descarga en formato PDF.

Al igual que en los últimos meses, NSK seguirá ofreciendo precios especiales en diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica como, por ejemplo: instrumental rotatorio, cirugía e implantología, higiene bucal, endodoncia, mantenimiento, autoclaves, equipo móvil dental y laboratorio dental. •

**NSK**  
CREATE IT.



**AMPLIACIÓN DE OFERTAS ESPECIALES NSK**  
EN VIGOR HASTA EL 31 DE ENERO DE 2019

DISPONIBLES EN: [www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)

Henry Schein España mostrará la última tecnología digital en este evento de la mano de los fabricantes líderes del sector dental

Henry Schein presenta su Primer Simposio Digital ConnectDental© los días 5 y 6 de abril 2019 en Barcelona

The poster features a stylized, wireframe illustration of a human head and neck in shades of blue and grey, set against a background of a grid and various geometric shapes. A prominent red stamp with the text 'SAVE THE DATE!' is placed over the top right. Below the stamp, the text 'SIMPOSIO DIGITAL' is written in large, bold, blue letters. Underneath, the 'HENRY SCHEIN' logo is displayed with 'ConnectDental' and 'Trusted Digital Solutions' to its right. At the bottom, a dark blue box contains the text 'BARCELONA 5 Y 6 ABRIL 2019'. In the bottom right corner, there are social media icons for Facebook, Twitter, and LinkedIn, with the text 'Síguenos en Facebook/Twitter/LinkedIn' above them.

**NUEVO!**

# LISTERINE®

## PROTECCIÓN DIENTES Y ENCÍAS SABOR SUAVE

UN LISTERINE® MENOS INTENSO CON MÚLTIPLES BENEFICIOS

Reduce **efectivamente la placa**

**Refuerza el esmalte**

**Protección para unas encías más sanas**

Ayuda a **proteger los dientes contra las caries**

**Al utilizarlo dos veces al día,** proporciona protección para unos dientes más fuertes y unas encías más sanas

**Aumenta la resistencia del esmalte** frente al ataque ácido y la desmineralización<sup>1</sup>



Combina los cuatro Aceites Esenciales de LISTERINE® con 220 ppm de Flúor y ZERO Alcohol

### PASOS DE LA HIGIENE BUCAL DIARIA

Paso 1

Paso 2

Paso 3



+



+



=

CEPILLADO

y

USO DEL HILO DENTAL

LISTERINE® SABOR SUAVE

**LIMPIA PRÁCTICAMENTE EL 100% DE LA BOCA<sup>2</sup>**

cubren solo el

**25%**

de la boca\*

cubre el otro

**75%**

de la boca



# LA COMBINACIÓN PERFECTA

de las exploraciones digitales con impresiones convencionales.

**Un software que combina lo antiguo y lo nuevo. Eso sí que es impresionante.** He aquí el escáner intraoral CS 3600 con el software de adquisición más reciente. Entre las actualizaciones se incluye el flujo de trabajo de exploración híbrida\*, especialmente diseñado para capturar incluso las líneas de margen más problemáticas. El CS 3600 permite a los especialistas en restauración obtener una captura más completa y por lo tanto, crear prótesis con un mejor ajuste. **Descubra las novedades, desde las mejoras de la velocidad de exploración hasta las opciones de sonido personalizadas, en [https://go.carestreamdental.com/CS3600\\_es](https://go.carestreamdental.com/CS3600_es)**



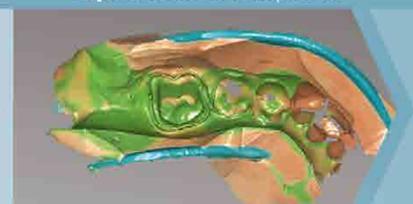
\*Patente en trámite

**Exploración** de la preparación en vivo

**Marcado** de las líneas de margen

**Exploración** de la impresión

**Visualización** de los datos combinados



INTEGRACIÓN DEL **FLUJO DE TRABAJO** | TECNOLOGÍA **HUMANIZADA** | EXCELENCIA EN EL **DIAGNÓSTICO**