

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 8
Nº 36 Febrero –marzo 2019



Margherita Fontana

Presidenta de la Sección de Cariología de la American Dental Education Association

"Todo odontólogo general debería ser un cariólogo".



Delia Linares Gancedo

Presidenta XIX Congreso Nacional y VIII Internacional de la Sociedad Española de Gerodontología. (SEGER)

"Nuestros mayores se tienen que beneficiar de todas las especialidades" odontológicas"



Presentación del libro
"EN BOCA DE TODOS"
de Enrique Manuel Labarta



www.ticareimplants.com



Cáritas Española
Premiada por el C.O.E.M.

Flujo Digital



ticare

CERRANDO EL CÍRCULO PARA UN AJUSTE PERFECTO

ESCANEADO INTRAORAL



NUEVOS SCANBODIES Y ANÁLOGOS DIGITALES

PARA MÁS INFORMACIÓN CONSULTE CON SU DELEGADO COMERCIAL



Sumario

Opinión 05

- 🔗 Editorial
- 🔗 Conseguir la confianza
José María Ustrell
- 🔗 Los Dentistas: La solidaridad y el pim pam pum de la feria
Manuel Ribera Uribe
- 🔗 Resolución de conflictos
Alejandra Llorente

Tribuna de Salud Pública 12

- 🔗 Algo más que PADI
F. Javier Cortes

Actualidad 14

- 🔗 Enrique Manuel Labarta. Presentación de su libro: En Boca de todos
- 🔗 Decalración Currículo Universitario en Cariología
- 🔗 Congreso COEM
- 🔗 Santa Aponia
- 🔗 Toma de posesión. Junta Colegio Asturias
- 🔗 Unión Colegios Higienistas
- 🔗 Jornadas Mozo Grau – TICARE

Entrevistas 25

- 🔗 Delia Linares
- 🔗 Margherita Fontana

Caso Clínico 31

- 🔗 Abordaje Quirurgico de Quiste Dentígeno asociado a premolar inferior. Master de Cirugía Bucal e Implantología Hospital Virgen de la Paloma

Historia de la Odontología 37

- 🔗 Los orígenes, con sus controversias, de la colegiación odontológica en España.
Javier Sanz Serrulla

Gestiona tu consulta. 45

- 🔗 ¿Por qué se separan los socios?
Francisco Javier Relinque
- 🔗 Huelga de taxis... ¿Y de dentistas?
Alberto Manzano
- 🔗 Doctor, ¡Año nuevo, objetivos nuevos!
Eduard Martín

Empresas 51

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

WEB:

Amaya Pérez
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

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

REUNIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL



SEDCYDO - SEMO

XXX Reunión SEDCYDO - XV Congreso SEMO

MOZGRAU®



XVII Congreso Sevilla



SECIB

24-26 Octubre 2019



Osteogenos
Dental Surgical Devices

Sepa'19

El congreso
de la periodoncia
y la salud bucal

Valencia

29 mayo - 1 junio
2019



- SEPA PERIODONCIA
- SEPA INTERDISCIPLINAR
- SEPA HIGIENE
- SEPA GESTION
- EXPOFERO

VOCO

LOS DENTALISTAS



**CONGRESO MUNDIAL
DE ESTÉTICA DENTAL**

SEPES-IFED BCN2019

10-12 octubre



antón

Suministros Dentales



Raúl Oscar Castro. Recidivante incontinencia

Rompe con la tradicional prudencia de los consejeros de A.M.A.

La incontinencia de Don Oscar Castro, Presidente del Consejo General de Dentistas de España, ante cualquier pregunta que no tenga su previa aceptación, es recidivante e intempestiva, según nuestro parecer y a los hechos nos remitimos.

El pasado 23 de noviembre, el Presidente del Colegio Odontólogos y Estomatólogos de Granada le remitía una carta que a Don Oscar parece no haberle gustado, da la impresión que todo lo que no sea comunicarle que le conceden medallas y títulos honoríficos no le gusta, el caso es que esta carta, además de no gustarle, se ha apresurado a hacerla pública junto a la contestación, digo yo, que empeño en hacerlo público si no te gusta.

El Presidente de Granada en su carta, parece ser que reservada, le planteaba la situación que se da ante el hecho de que en el procedimiento que se sigue en la Audiencia Nacional por el caso "Idental", el Presidente del Consejo General, que forma parte de la acusación, también sea consejero de la Mutua A.M.A. entidad aseguradora de la responsabilidad civil de algunos de los dentistas que pudieran estar investigados y le planteaba la duda ética, no legal que lo es, que puede existir ante esta duplicidad de cargos e intereses y dicho a modo de reflexión.

La respuesta podía haber sido sencilla, la situación es legal y no tengo conflicto de interés, pero la incontinencia de Don Oscar no hay quien la frene y cual "burro en cristalería" ahí se lanza a por todas, tratando de acusar a quien osó preguntarle, de especular con la realidad, recordándonos aquello de "le dijo la sartén al cazo".

Cierto es que los estatutos de la profesión médica impiden simultanear cargos en A.M.A y otras entidades similares y la Presidencia del Consejo General de Médicos, pero no es el caso con los dentistas, al menos hasta ahora no hay norma legal que lo impida.

Y es así como contestando a lo que no le preguntan y dando explicaciones que nadie le pide, Don Oscar decide romper entre otras cosas con la tradicional prudencia que siempre ha imperado en los consejeros de la Mutua A.M.A.

Responde el Señor Castro, aunque nadie se lo pregunta, que el Colegio de Murcia jamás ha contratado con A.M.A. ninguna póliza de responsabilidad civil para sus colegiados; tan solo, durante unos años, se ofreció la posibilidad a los mismos de contratar voluntariamente pólizas individuales, siendo el Colegio tomador de las mismas. El interpelado es el Presidente del Consejo, no el Presidente del Colegio de Murcia, pero aún así, puestos a jugar con palabras y conceptos esto es lo que dice el Portal del Consumidor de la Comunidad de Madrid: "El tomador del seguro es la persona que contrata el seguro, es decir, a nombre de quien figura la póliza y quien paga la prima".

Pero siguiendo con el Presidente del Consejo General cuya actuación oculta, le recordamos que el 1 de septiembre de 2017, se firmaron en la sede de A.M.A. en Madrid, sendas pólizas de Responsabilidad Civil y D&O que tanto el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española suscribieron con A.M.A. La firma de las pólizas fue hecha y ahí está la hemeroteca con sus correspondientes fotos, por el Presidente del Consejo General de Dentistas y de la Fundación Dental Española D. Oscar Castro y por el Presidente de A.M.A.

Y si esto es poco también recordamos que el 26 de enero de 2018, también en la sede de A.M.A. y también aquí tenemos a la hemeroteca, se firmó la póliza colectiva de Vida con el Colegio de Dentistas de Murcia, representando Don Oscar Castro al Colegio de Dentistas de Murcia en su calidad de Presidente y el Presidente de AMA Vida Seguros y Reaseguros.

Hasta aquí y ahora nada teníamos que objetar a la firma de estas pólizas, pero cuando alguien pone tanto interés en tergiversarlo y ocultarlo, nos tenemos que replantear nuestra opinión.

Es lamentable que alguien que ostenta cargos tan relevantes, únicamente tenga palabras para elogiarse y defenderse a sí mismo y de estas maneras, en vez de apoyar a las instituciones a las que representa, lo dicho, se ha desmarcado de la línea de prudencia y servicio a la institución que han mostrado siempre los consejeros de A.M.A.



Conseguir la confianza

*Josep M. Ustrell Torrent. Vicedecano de Odontología
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona*

Afirma Soler⁽¹⁾ que la influencia que reciben las personas proviene de tres ejes: el personal (que afecta al yo interior), el vertical (que relaciona los que tienen la responsabilidad de la dirección con los que son destinatarios) y el horizontal (que se refiere a la comunidad). La integración y el equilibrio de la persona consistirá, pues, en tener bien estructurados los tres ejes. Y es en este momento cuando ya se está preparado para introducir el valor de la “confianza”: el pensamiento positivo que se manifiesta en la fe en uno mismo, en los otros o en la propia vida.

Cuando uno siente que todo va bien y el cuerpo y la mente responden a los estímulos de una forma positiva, la autoestima nos facilita un ambiente de confianza que permitirá actuar con seguridad. Por el efecto boomerang las acciones retornarán de una manera efectiva, porque nuestra actitud nos habrá ayudado a ser buenos receptores de aquello que la vida nos ofrece.

En el momento en que el cuerpo se ve atacado por agentes patógenos que provocan una disminución inmunológica y pueden derivar en enfermedad, el cuerpo y la mente ven disminuida su capacidad de ser receptivos y transmisores de todo aquello que nos concierne. Nos puede bajar la autoestima, podemos perder la confianza en nosotros e, incluso, dudar de las otras personas. Pero no tan sólo son los agentes patógenos los que nos generan dicha situación. Cualquier ataque psicológico puede derivar en la pérdida inmunológica, porque la mente deja de estar atenta y el efecto resultante será el mismo, con el agravante de que no hay más terapéutica que el diálogo con quien se tiene confianza.

Debemos ver el paciente como una persona que está enferma y volver al camino del humanismo, asumiendo nuestra responsabilidad que ahora está diluida en el equipo. La persona enferma necesita tener confianza en el profesional que la trata y el personal sanitario podrá ofrecer y recibir esta confianza, siempre y cuando su comportamiento sea cercano al paciente. Los medicamentos curan, pero más si se presentan junto con el trato humano.

Un principio fundamental en el aprendizaje en ciencias de la salud es, como opina Lopes-Nunes⁽²⁾, el de estimular determinadas

virtudes como son la compasión, la paciencia y la disponibilidad, que encontramos en la empatía subyacente en cualquier relación con el paciente, siendo su forma más normal de expresión. También Viñas⁽³⁾ introduce otra característica: la buena disposición. Esto significa ser un profesional competente, humanista y ético; saberse poner en el lugar del otro; recordar que cada persona es diferente; dosificar la información según el paciente; ganarse su confianza; y dejar una luz de esperanza, siempre sin engañar.

“La persona enferma necesita tener confianza en el profesional que la trata”

En relación a la valoración global del paciente y su tratamiento, sería importante no estandarizar. No es correcto seguir las tendencias de forma ciega, porque lo que funciona bien en unas personas puede no funcionar de la misma forma en otras.

Carol⁽⁴⁾ dice que, sin la exigencia y el esfuerzo del análisis, la conciencia no sabe en qué ni en quién se puede confiar. La confianza en una persona requiere observarla tal como es, y descubrir que “alguien nos está dando alguna cosa de forma generosa”. Con la confianza, las personas desarrollan las aptitudes y se enriquecen, potenciando las cualidades. Juliol⁽⁵⁾ manifiesta que las personas no pueden evitar hacerse preguntas sobre la enfermedad, sin embargo, nunca había habido tantas personas dispuestas a confiar en el sentido de la vida y apunta que tal vez sea una reacción al cientifismo imperante. A todo esto, añade Buxarrais⁽⁶⁾ que la raíz de la confianza es sin duda el amor, es decir, darse sin ningún tipo de interés, tan sólo por lo que uno es. En síntesis, practicar la ética de la atención a la otra persona significa mostrar en nuestro comportamiento valores tales como la consideración mutua, la solidaridad y la cura⁽⁷⁾. La confianza es, en definitiva, uno de los valores más importantes de que disponemos para poder avanzar en la vida. Implica la creencia de que las personas serán capaces de actuar de una forma moral. ¡Cuando creamos que hay un problema, no dejemos correr la imaginación y confiemos!

1. Soler, Josep Maria. La plaça de Diognet. Montserrat: Publ. de l'Abadia de Montserrat; 2011.
2. Lopes-Nunes, Rui Manuel. Bioética e deontologia profissional. Colectânea Bioética Hoje – IV. Coimbra: Gráf. de Coimbra, Lda.; 2002.
3. Viñas, Joan. Com viure la malaltia. Des de l'experiència d'un metge malalt cristià. Barcelona: Pub. Abadia de Montserrat; 2018.

4. Carol, Josep. Nadal 2018. Barcelona: C. Casacuberta; 2018.
5. Juliol, Bernat. Nadal a Montserrat. Dossier. Periòdic “ara”. 25-26/12/2018; p. 6
6. Buxarrais, Maria Rosa; Vilafranca, Isabel. Una mirada femenina de la educación moral. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 2018.
7. Held, Virginia. The ethics of care: personal, political, global. New York: Oxford University Press; 2006.

NO ENCONTRARÁ RAZONES QUE HABLEN EN CONTRA DE ADMIRA FUSION.



**IDS
2019**

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

Novedad: cerámica pura para obturaciones.

Nada más que ventajas innegables:

- 1) Prescinde de monómeros clásicos, sin monómeros residuales.
- 2) Logra una mínima contracción de polimerización, hasta ahora impensable.
- 3) De uso universal y tan fácil de trabajar como está acostumbrado.

Y quizá nos quiere decir ahora alguna otra razón
que pueda hablar en contra - ¡si es que la encuentra!



LOS DENTISTAS: LA SOLIDARIDAD y el pim pam pum de la feria

Dr. Manuel Ribera Uribe

Profesor de Gerodontología y pacientes especiales. Universidad Internacional de Catalunya



Miren que, puestos a ayudar al prójimo, no son pocas las cosas que se pueden hacer. La buena disposición hacia los necesitados, gente con menos suerte y oportunidades que las que la vida nos ha brindado a los dentistas en general, es muy loable y digna de agradecimiento .

La sociedad civil y la misma profesión dental hace un esfuerzo en ese sentido y ha organizado actividades solidarias encaminadas a ello, ONGs de atención odontológica, clínicas solidarias en colegios profesionales... Pretendemos de este modo contribuir a mejorar la salud oral de los más necesitados y a cubrir el inquietante olvido en que la administración pública del estado tiene a la odontología.

Sin embargo, no es menos cierto que tras la fachada de la “solidaridad” se esconden demasiado a menudo intereses espurios. Los medios de difusión se han llenado de la asociación “dentistas-estafa- robo-injusticia” por actuaciones de personas y entidades rebozadas siempre con una “intención solidaria” referida a los pacientes con poco poder adquisitivo.

Muy probablemente, detrás de estas vergonzantes actividades, que lamentablemente ponen en entredicho a toda la profesión, un buen número de personas han descubierto que ayudar a los demás es ayudarse a si mismo. Han decidido ayudarse a si mismos, en el sentido mas prosaico de la palabra, montando negocios o actividades en las que dicen que su único leitmotiv es ayudar a los demás.

No crean ustedes que la única motivación es la económica. No hace mucho el Ayuntamiento de mi ciudad, Barcelona, ha anunciado a bombo y platillo el inicio de una actividad solidaria teóricamente encaminada a cubrir las actividades odontológicas que el sistema público de salud no recoge en sus prestaciones, mirando a los mas vulnerables. Rápida y adecuadamente contestada esa propuesta por el Colegio Profesional correspondiente y por otras entidades, lo más probable es que la “buena intención “ no vaya desligada de la proximidad de las elecciones municipales. Algo al parecer consustancial en muchos casos a la política o mejor dicho a algunos políticos.

En alguno de mis contactos con la administración sanitaria para intentar promover actividades, a mi juicio beneficiosas, a la vez para nuestra profesión y para nuestros pacientes, me han comentado, no sin razón, que las decisiones políticas que implican mejoras o cambios, deben ir precedidas de un análisis detallado en el que participen los actores, incluso los receptores de esa actividad además de los que velan para que las normas que nos damos sean justas y

razonables. Es decir que hay que consultar a Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Universidades, Asociaciones profesionales, sindicatos, patronales etc... Un gurú del management como Stephen Lovey ya decía que primero hay que tratar de entender para luego ser entendido . No parece ser ese el espíritu de algunos promotores de actividades solidarias que plantean sus iniciativas sin el consenso necesario, sin los conocimientos suficientemente contrastados, sin considerar la competencia desleal que supone el ofertar servicios a la población en general, amparados en la “solidaridad”, y por ende sin tomar en consideración el nefasto efecto que ha tenido en la odontología y en la salud de la población anteriores iniciativas “low cost”, que ya están en manos de la justicia.

Amigos, el concepto de solidaridad es algo poliédrico . Cada cuál se sirve la dosis que quiere y con el formato que quiere . En un mundo tan mediático como el actual demasiado a menudo la solidaridad se mide simplemente por el impacto que la noticia de la buena acción en cuestión tiene sobre las mentes y las voluntades de los ciudadanos. Una interesante publicación del Dr. E.P. Tabra sostiene que la solidaridad objetiva busca lograr metas comunes mediante el cumplimiento recíproco de obligaciones y derechos, la subjetiva promueve la virtud en general sin comprometer a los gobiernos y/o administraciones. Deberíamos entender que la solidaridad con mayúsculas necesita de la virtud individual pero también del compromiso sincero, razonado, eficiente y leal de las administraciones y entidades que la promueven.

Parece que últimamente los dentistas somos el muñeco del pim pam pum que cantaba el cuplé y que recorría en silencio el fondo de la caseta de la feria mientras todos se afanaban en acertarle. El sistema público de salud y las administraciones en general no cubren las gafas, ni los audífonos, ni las modificaciones estructurales de las viviendas: ascensores, lavabos etc ni muchas otras cosas que son muy necesarias especialmente para nuestros mayores. Mientras tanto los Ayuntamientos no se dedican a montar empresas de óptica, ni ortopedias, ni empresas de lampistería o de reformas para las viviendas de los más necesitados, antes bien mal dotan económicamente y en personal los servicios de asistencia domiciliaria... pero eso sí crean empresas dentales con el espíritu “Robin Hood” justo en el momento en el que en el bosque de Sherwood hay elecciones. Ya empezamos a estar cansados de ver como la odontología, los dentistas y la medicina en general estamos cautivos de interesados personajes, para colmo algunos con responsabilidades públicas, que nos utilizan en beneficio propio para y, disculpen la desfasada salida de tono, “prometer hasta meter y después de haber metido nada de lo prometido“.

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



“Resolución de conflictos”

Alejandra Llorente
Odontóloga, ejerce en Reino Unido

El otro día fui a un curso en el Hospital donde trabajo que se llamaba “resolución de conflictos”.

Nos explicaban técnicas de cómo evitar discusiones con pacientes y de cómo teníamos que llamar a seguridad si nos atacaba un paciente o un familiar... si hasta ese punto hemos llegado.

En este ambiente conciliador y de paz llega la hora del descanso y todos corremos a la zona de los cafés.

Como buena española intento socializarme y empiezo a preguntar los nombres de los demás alumnos y en qué área del hospital trabajan.

“Ha sido un alivio que Idental cayera pero ahora tenemos que pagar los daños colaterales entre todos desgraciadamente”

Unas eran matronas, uno era cardiólogo, otro traumatólogo... y así se fueron presentando. Al final yo explico que soy la Ortodoncista que trabajo en equipo con los de maxilofacial para los casos de ortognática.

No hago nada más que presentarme y salta la matrona “yo odio a los dentistas y además sois carísimos” y todos los demás asintieron con la cabeza.

Pensar que estaba en el curso de evitar conflictos, un curso obligatorio para trabajar en el hospital...

Primer conflicto para practicar. Les miré sonriendo y les pregunté uno a uno. A la matrona, ¿me puedes decir cuanto cuesta un parto?

Al cardiólogo le dije que no me dijera el precio de una cirugía a corazón abierto que con una consulta de revisión me sobraba. Todos fueron respondiendo y sonrojándose.

Cuando terminaron les contesté que yo no consideraba que fueran caros porque creo que la medicina necesita unas medidas de calidad y con todo el esfuerzo que tiene esta mal pagada

pero la diferencia entre los dentistas y ellos es que su cuenta va al gobierno y la de los dentistas no.

Les dije que si sus pacientes tuvieran que pagarles a ellos directamente sus servicios los dentistas íbamos a ser los más queridos y más baratos de los sanitarios y todos se rieron.

A la matrona le dije que estaba segura que sacar a un bebé seguro que dolía más que quitar una muela del juicio, pero que para mi desgracia nadie se enamoraba de la muela una vez fuera y nos reímos.

Con todo esto quiero decir que tenemos argumentos para defendernos y que debemos hacerlo.

Ahora mismo debido a los escándalos de “Idental” y otros parecidos, los dentistas en conjunto tenemos una reputación incluso peor de la que teníamos.

Ha sido un alivio que Idental cayera pero ahora tenemos que pagar los daños colaterales entre todos desgraciadamente.

Muchos de los argumentos de los afectados de Idental es que la culpa de que ellos están así es porque los demás somos carísimos.

A esos pacientes hay que decirles que cuando se reducen los costes se reduce en calidad, en medidas de esterilización, en tiempo y planificación de los tratamientos y que luego pasa lo que pasa.

Que sentimos por lo que están pasando pero que la responsabilidad se la tienen que pedir al gobierno que ha permitido que esto sucediera pese a las advertencias de todos los Colegios de Odontólogos de España durante años.

Que no nos escucharon cuando pedíamos a gritos que se prohibiera la publicidad engañosa que lleva a fraudes como estos. Que no nos escucharon a tantas cosas.

Pero vivimos en una sociedad del marketing, de la publicidad, de las redes sociales y la gente cambia de opinión.

No se como lo vamos hacer pero que cada uno aporte su granito de arena empezando por no callar puede ser un paso.





CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL

SEPES-IFED BCN2019 10-12 octubre

ESTHETIC MASTER DUETS

INSCRÍBETE AL CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL CON LA MEJOR TARIFA*

SOCIO DE SEPES 190€

NO SOCIOS 325€

Asóciate ahora a SEPES y te regalamos los 50€ de cuota de alta.

INSCRIPCIÓN A SEPES
~~180€~~ 130€ + **INSCRIPCIÓN AL CONGRESO**
190€ = **320€**

Aprovecha las ventajas de ser socio de SEPES:

- Formación online mensual y gratuita -
- Suscripción gratuita a la revista online "The European Journal of Esthetic Dentistry"-
- Descuentos especiales en cursos y congresos -

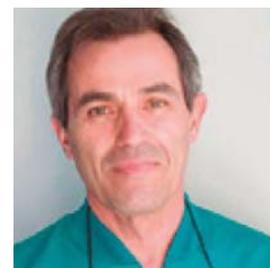
Hazte socio, ¡SEPES te interesa!

www.sepes.org

SEDE: BARCELONA, PALAU DE CONGRESSOS DE CATALUNYA

www.sepes-ifed2019.sepes.org

* Tarifas válidas hasta el 30 de junio. Consulta tarifas para SEPES Junior, Amigos SEPES y Jornada Técnicos de Laboratorio y Auxiliares e Higienistas: www.sepes-ifed2019.sepes.org



Algo más que PADI en la Comunidad de Madrid

F. Javier Cortés Martinicorena
Estomatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía

El PADI ha llegado a Madrid. EL verdadero PADI, porque estamos acostumbrados a que se llame así a programas que no lo son, diría incluso más: algunos son la esencia opuesta de la filosofía PADI. En total hay ahora en España nueve comunidades autónomas con este servicio, que totalizan más del 50% de la población infanto-juvenil.

El programa aprobado por la Comunidad de Madrid es un PADI genuino, no en vano su promotor es el mismo que en 1990 lo inició en el País Vasco, JM Freire. Es curioso que haya tenido que ser una proposición de Ley presentada por la oposición _aprobada ya el 26 de diciembre de 2018, *Ley de Atención a la Salud Bucodental y de creación del Programa de Atención Dental Infantil-Comunidad de Madrid*- que tiene la virtud de haber contado con los votos favorables de todos los grupos políticos salvo Podemos, que se abstuvo. Otro hecho curioso, la abstención de Podemos, aunque sus argumentos no pueden sorprendernos: el programa establece conciertos con los dentistas privados y esto no les gusta. ¡Qué terribles oscuridades verán algunos en los servicios privados, que se trasmutan en blancos angelicales cuando se trata de servicios públicos! Esto no deja de ser un tanto confuso. De lo que se trata es de dar un servicio a la población que por su dimensión y su especificidad los servicios públicos no están en condiciones de ofrecer. Y para esto tanto sirven unos agentes como otros, si se hace en el marco de un programa consensuado. No hay que buscarle razones ocultas.

Se trata de dar un servicio a la población que por su dimensión y su especificidad los servicios públicos no están en condiciones de ofrecer

El programa, en sus líneas maestras, es un calco fiel del PADI del País Vasco: mismas edades cubiertas, misma cobertura incremental, mismo sistema de provisión público y privado, libre

elección, mismos servicios incluidos, mismo sistema de pago. Y la creación de la Oficina Dental Comunitaria y el Consejo Asesor Dental. ¿Si una fórmula ha sido exitosa después de 25 años, por qué no repetirla?

Hay que aplaudir que se creen organismos que vayan a estar dirigidos -así lo dice la Ley aprobada- por médicos-estomatólogos u odontólogos, es decir, por dentistas

Si hace año y medio en estas mismas páginas denunciaba “una nueva oportunidad perdida” con la puesta en marcha en esa Comunidad de un programa de atención dental a todas luces insuficiente y mal planificado, hoy hay que decir que aquellos errores, en mi opinión, se han enmendado. Y hay que aplaudir que se creen estos dos organismos mencionados y que vayan a estar dirigidos -así lo dice la Ley aprobada- por médicos-estomatólogos u odontólogos, es decir, por dentistas. Algo que ha sido largamente reclamado por la profesión. Y también desde estas páginas.

Sin embargo quisiera llamar la atención sobre un aspecto de la Ley que parece ha pasado desapercibido. Entre sus fines, el punto 4 establece la necesidad de actualizar la regulación y crear los “instrumentos necesarios de control de instalaciones y actividades privadas en SBD” para “garantizar la seguridad, calidad y buenas prácticas así como los derechos de los pacientes y ciudadanos en relación con este tipo de servicios.” Incluyendo la “vigilancia sobre la publicidad y propaganda comerciales en este ámbito”, según declaraciones de la señora Marta Sánchez gerente asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. El objetivo es obvio: la lucha contra los abusos de algunas corporaciones y marcas que se han introducido en nuestro sector. Tan importante puede ser esto como el mismo PADI.



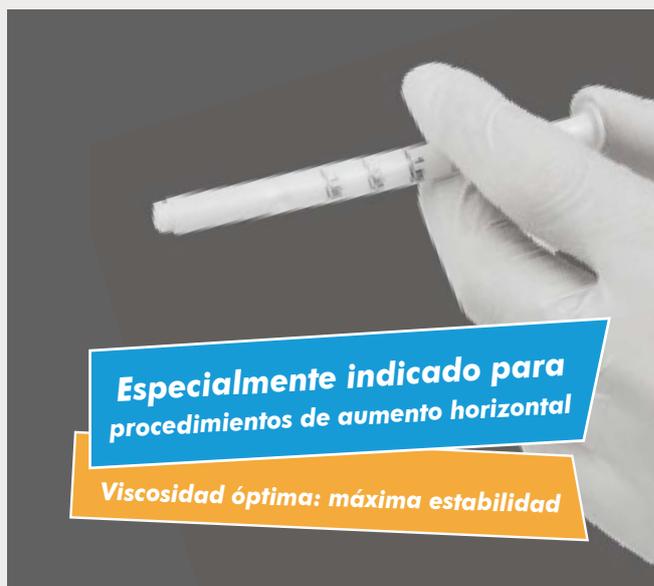
¡Ya a la venta!

OsteoBiol® GTO

UN PRODUCTO ÚNICO. SUPERARÁ TUS EXPECTATIVAS



Disponible en las siguientes referencias:
MU0005S - Jeringa 0,5 cc | MU0020S - Jeringa 2,0 cc



**Especialmente indicado para
procedimientos de aumento horizontal**

Viscosidad óptima: máxima estabilidad



OsteoBiol GTO. UN NUEVO NIVEL DE EXCELENCIA EN BIOMATERIALES

Un producto ideal para procedimientos de aumento horizontal, casos de preservación alveolar con placa vestibular comprometida y para tratar lesiones periimplantarias y defectos intraóseos graves.

OFERTA DE LANZAMIENTO:

Ref. MU0005S | GTO 0,5 CC | 119,00€





El Dr. Labarta y el Dr. Rasal

Presentación del libro de Enrique Manuel Labarta

Durante los actos de Santa Apolonia del Colegio de Dentistas de Aragón

EN BOCA DE TODOS

“La satisfacción del deber cumplido es la mayor recompensa al esfuerzo y dedicación que merece el ejercicio de una profesión sanitaria que respeta y asiste a las personas que requieren su ayuda”.

Así termina el libro que aquí presentamos y no es que queramos ahorrarnos su lectura si no que la frase es tan clara y contundente que animamos a todos a leer a quien de esta forma digna y brillante concluye su exposición.

“De repente, un día te despiertas y te das cuenta de que la profesión a la que has dedicado más de treinta años de tu vida, aparentemente sumida en la monotonía y destinada a seguir la evolución lógica del paso del tiempo, ha cambiado”.

Y así comienza un libro que bien podríamos en nuestra opinión catalogar de compendio de pensamientos de un dentista apasionado por su profesión.

Un libro en el que todos pueden encontrar una página en la que verse reflejados y hasta comprender mejor a sus compañeros, a sus pacientes y sobre todo a sí mismos. Un viaje a los entresijos de la profesión, una exposición de lo que siente el dentista y respuestas a las preguntas que día a día plantean los pacientes y a las que el propio profesional se plantea a sí mismo. Una visión de la profesión desde lo más profundo a la superficie, desde la situación unipersonal del dentista a la concurrencia del resto de profesionales, auxiliares, protésicos e higienistas que contribuyen a satisfacer las necesidades del paciente.

*El libro puede adquirirse en versión digital a través de Amazon y en papel en:
 Librería Central: c/ Corona de Aragón 40. Zaragoza
 Librería Cervantes: c/ Pez, 27. Madrid.
 Librería Santos Ochoa: c/ Zaragoza nº 12. Huesca.*



EN BOCA DE TODOS

Experiencias y consejos de un dentista
 Enrique Manuel Labarta Escosa



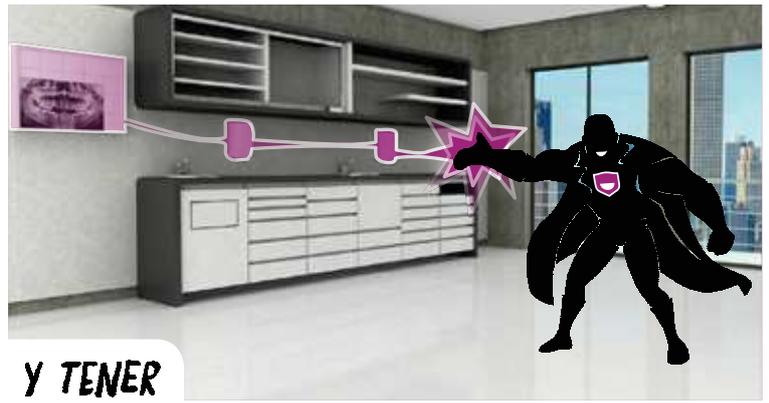
Enrique Manuel Labarta Escosa:

Zaragoza 1959, Licenciado en Medicina y Cirugía y Licenciado en Odontología. Secretario del colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón. Desde 1986 dedicado al tratamiento de las afecciones odontológicas de más de 10.000 pacientes. Un hombre de familia y amigos también enamorado de su profesión.

**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

Declaración sobre el Currículo Universitario de Cariología

Presentada en el marco del 4º Congreso Bienal COEMM

El pasado día 9 de febrero en el marco del 4º Congreso Bienal COEM, celebrado de Madrid, fue presentada la **DECLARACIÓN SOBRE EL CURRÍCULO UNIVERSITARIO DE CARIOLOGÍA**. El documento, que reclama la necesidad de elaborar un **Currículo Docente específico** para la enseñanza de grado de Cariología en España está suscrito por la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética (SEOC) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), con la participación de la European Organization for Caries Research (ORCA).

Durante su presentación el Dr. F Javier Cortés Martinicorena mostró la paradoja que representa el hecho de que el manejo de la enfermedad de caries supone la mayor parte de la carga de trabajo de un dentista y, sin embargo, esta área del conocimiento, que ha experimentado unos avances de gran calado en las últimas décadas, no disponga de una doctrina unificada para su enseñanza a los estudiantes de Odontología. Así, anunció la formación de un **Grupo de Trabajo** con profesores universitarios y otros sectores profesionales para el estudio de la adaptación a España del *European Core Curriculum in Cariology for undergraduate dental students* (ECCC). El ECCC surgió en el año 2011 de la colaboración entre las sociedades científicas ORCA y ADEE.

El Dr. Cortés destacó también que el Libro Blanco del Título de Grado de Odontología (ANECA), que señala las competencias



De izq. a dcha.: J. M. Almerich y J. Cortés (SESPO), L. Ceballos (SEOC), M. Hernández y E. Martínez (SEOP).

que debe adquirir y los contenidos que debe aprender el alumno durante sus estudios de odontología, la Cariología apenas tiene presencia frente a otras áreas de conocimiento de la odontología que están ampliamente representadas.

Asimismo anunció la realización de una Encuesta a las universidades españolas sobre la manera en que la caries dental es enseñada a sus alumnos de grado de odontología. Los datos recogidos servirán para conocer el estado actual de la enseñanza de esta materia y como datos base para futuras evaluaciones.

Currículo Universitario de Cariología

Declaración conjunta de las Sociedades Científicas: Sociedad Española de Odontología Conservadora (SEOC), Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) y Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) en relación a la **Propuesta de Adaptación para España del *European Core Curriculum in Cariology for undergraduated dental students***. Por iniciativa de las Sociedades Científicas se ha constituido durante el año 2018 un **Grupo de Trabajo** para el estudio del estado actual de la enseñanza de la **Cariología** en las Universidades Españolas y la propuesta de adaptación para nuestro país del mencionado currículo. A diferencia de otras áreas de conocimiento de la Odontología como son la Periodoncia, Odontopediatría o Cirugía Bucal, la Cariología no dispone en nuestro país de un cuerpo doctrinal unificado para la enseñanza universitaria de grado de esta materia. Este hecho, hasta hace poco similar al del resto de países de la Unión Europea, llevó en 2011 al desarrollo del

*European Core Curriculum in Cariology for undergraduate dental students (ECCC)** gracias a la colaboración de las sociedades científicas *European Organization for Caries Research (ORCA)* y *Association of Dental Education in Europe (ADEE)*. El diagnóstico, manejo y tratamiento de la enfermedad denominada caries dental ha conformado y conforma todavía hoy el grueso de la actividad clínica de los dentistas, a pesar del descenso en su prevalencia en los países de nuestro entorno. En las últimas décadas, el conocimiento sobre la etiología, patogenia y manejo de esta enfermedad ha evidenciado avances de gran calado. La Cariología es hoy una disciplina muy amplia que abarca campos básicos de conocimiento como la bioquímica, la microbiología, la anatomía o la histología; y aplicados como la epidemiología, la prevención, el diagnóstico, la evaluación de riesgo, el tratamiento operatorio y no operatorio, y las ciencias del comportamiento. Y todo ello asociado a factores individuales, comunitarios, sociales y económicos. Este conjunto de campos de conocimiento es lo que hoy conforma la Cariología. Es por tanto una disciplina de una gran amplitud además de ser una actividad clínica de presencia mayor en la práctica de la odontología y en la promoción de la salud oral.

Un elemento de gran importancia que revela la debilidad de la Cariología en el currículo docente de los estudiantes de odontología nos lo revela el Libro Blanco del Título de Grado de Odontología (ANECA) que describe los contenidos de la docencia y las competencias que ha de adquirir el futuro odontólogo. Entre los Contenidos Comunes Obligatorios la Cariología tiene, sorprendentemente, una presencia mínima figurando 1 entrada entre 48 Competencias y 2 entradas entre 45 Contenidos. Debido a estos factores, -la mínima presencia de la cariología en el currículo docente de la Universidad en España y la implementación de un currículo unificado para Europa- las sociedades firmantes hemos creído necesario impulsar este Grupo de Trabajo para el estudio del estado actual de la enseñanza de la Cariología en las Universidades Españolas y la propuesta de adaptación para nuestro país del mencionado currículo de Cariología que ya es de aplicación en numerosas Universidades de Europa y América, y en otras está en vía de adopción.

*Schulte A G, Pitts N B, Huysmans M C D N J M, Splieth C, Buchalla W. European Core Curriculum in Cariology for undergraduate dental students. *Eur J Dent Educ* 2011; 15(1): 1-8.



SEOC



SESPO



SEOP

Madrid, 9 de febrero de 2019

El COEM celebró con éxito de asistencia su IV Congreso Bienal



El cartel principal ha estado formado por: la Dra. Francesca Vailati Odontología Estética, el Dr. Fernando Goldberg en endodoncia, la Dra. Margherita Fontana tuvo un gran éxito en su doble intervención, por un lado, con su conferencia sobre las estrategias y la evidencia para el manejo de las lesiones de caries, y por otro, con su sesión de cariología y la presentación del Currículo de Cariología para España. La sedación consciente fue abordada por el Dr. Eduardo Alcaino. La Ortodoncia fue la ponencia magistral de Nuno Sousa. Tommie Van de Velde, en Periodoncia e Implantología.

equipo de la clínica. Este es el sentido del denominado Programa 360°, que aglutina una serie de charlas de media hora sobre temas tan variados como legislación en la clínica, farmacología, nutrición o la salud oral y envejecimiento.

“El valor de la sonrisa” fue el título de la conferencia de clausura, que estuvo a cargo de Mario Alonso Puig.

MESAS

Una de las novedades en el formato de esta cuarta edición han sido las mesas de debate, en las que reputados profesionales del ámbito nacional expusieron sus opiniones y argumentos sobre las principales controversias odontológicas

La filosofía del Congreso COEM desde sus inicios siempre ha sido ser un punto de encuentro para todos los miembros del



Celebración de Santa Apolonia – Colegio de la Octava Región

(Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora)

Los dentistas colegiados de las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora celebraron con diferentes actos la festividad de Santa Apolonia.



Asistentes de la provincia de Burgos.



Entrega de distinciones. Burgos.



Entrega de distinciones. Valladolid.



Asistentes de la provincia de Valladolid.



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^{1,2}. Su fórmula única contiene un equilibrio de fluoruro de estaño y polímero bioadhesivo que acelera la oclusión de los túbulos dentinarios¹ ya que proporciona una bio-adhesión mejorada¹³ y forma una estructura tipo gel que mantiene el estaño en su lugar.

Sensodyne Rapid Action empieza a actuar desde el primer cepillado^{4,5} y proporciona un alivio rápido clínicamente probado de la sensibilidad dental en **60 segundos**^{4,5} con la aplicación con el dedo sobre las áreas sensibles de los dientes⁶⁻⁸ y **protección duradera**^{*9}.

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 diaria¹⁰.

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 COEM entrega sus premios Santa Apolonia 2019

Caritas Española entre los premiados

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM) hizo entrega de las becas, premios y distinciones que todos los años el COEM otorga con motivo de la festividad de su patrona.

Detallamos los principales premios:

Premio Ciencias y Humanidades COEM a Caritas Española. Recogió el presidente de Caritas Española, Manuel Bretón Romero.



Premio a la Defensa de la Profesión Odontológica a la Unidad Central de Delincuencia Especializada y Violenta de la Comisaría General de la Policía Judicial.



Medalla de Oro al Mérito Colegial al Dr. José M^a Martínez González. Por su compromiso con la Odontología y su trayectoria docente y por su apoyo y colaboración con el COEM. Entrega el presidente del COEM.



Premio a la Comunicación en el Ámbito Odontológico a la Asociación Nacional de Estudiantes de Odontología (ANEO).



Placa al Mérito Científico a la Dra. Laura Ceballos García.

Celebración de Santa Apolonia en Barcelona

La Cofradía de Santa Apolonia de Cataluña celebró la festividad de la patrona de la odontología, el solemne acto tuvo lugar en el Monasterio de Montsió, de la ciudad de Esplugues de Llobregat.

El acto contó con la presencia de las máximas autoridades académicas universitarias de odontología de Barcelona, el Dr. Giner Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña (U.I.C.) y el Dr Ustrel Vicedecano de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud UB y presidente de la Cofradía, junto al Presidente del C.O.E.C. Dr. Gómez y numerosos profesionales.



Surgic Pro⁺

Micromotor para Implantología



MAYOR POTENCIA Hasta 80 Ncm



- POTENTE
- SEGURO
- PRECISO

2.999 €*
6.314 €

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003587**

Incluye Micromotor **SG70M**
REF. **E1025**
Sin Luz · Con Cable



3.999 €*
8.557 €

Surgic Pro **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003586**

Incluye Micromotor **SGL70M**
REF. **E1023**
Con Luz · Con Cable



4.499 €*
9.142 €

Surgic Pro⁺ **LED**

CÓDIGO DE PEDIDO **Y1003585**

• Almacenamiento de datos • USB
Incluye Micromotor **SGL70M**
REF. **E1023**
Con Luz · Con Cable



Incluye **3** Contra-Ángulos del mismo modelo



Contra-Ángulo **SG20**
REF. **C1010**
Sin Luz · Reducción 20:1



Contra-Ángulo **X-SG20L**
REF. **C1003**
Con Luz · Reducción 20:1



Contra-Ángulo **X-DSG20L**
REF. **C1068**
Con Luz · Reducción 20:1

DESMTABLE

Toma de posesión de la nueva Junta de Gobierno del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias



El pasado día 19 de febrero en Oviedo.

A las elecciones que se celebraron el pasado día 15 de febrero concurren dos candidaturas, la encabezada por Jesús Frieyro hasta entonces Presidente de la Comisión Científica del colegio asturiano, que resulto ganadora y la encabezada por Manuel Alfonso Villa Vigil, ex presidente del Colegio de Asturias y del Consejo General y actual Consejero de la Mutua AMA que fue derrotado.

La nueva Junta de Gobierno está compuesta por:

Presidente:	Jesús Frieyro González
Vicepresidente:	Pelayo Braña Abascal
Secretario:	Covadonga Álvarez Abad
Tesorero:	Carlos Bousoño Rodríguez
Vocal 1º:	Pelayo AntuñaValle
Vocal 2º:	María Belén Sánchez - Ocaña
Vocal 3º:	Aaturo Pérez Éguia
Vocal 4º:	Beatriz Fombella Rodr



Unión de Colegios Profesionales de Higienistas Dentales de España. Asamblea Constituyente el pasado 19 de enero, en Madrid.



Los Colegios Profesionales de Higienistas Dentales han creado la Unión de Colegios Profesionales de Higienistas Dentales de España, siendo sus fines específicos la promoción de la función sanitaria de la profesión del higienista dental, la coordinación de actuaciones colegiales en materias de interés común y la colaboración con la Administración en las acciones educativas y sanitarias que procedan.

La creación de la Unión de Colegios Profesionales de Higienistas Dentales de España, supone la culminación de una fructífera cola-

boración entre los distintos Colegios Profesionales de Higienistas que ya venían manteniendo a título individual y que, ahora, con la creación de esta entidad, adquirirá un mayor protagonismo y presencia social.

En dicha Asamblea Constituyente, se acordó igualmente la composición de su Junta Directiva, que quedó compuesta por:

- **Presidencia:** Colegio de Madrid. Representado por: D^a María Soledad Archando Gallastegui.
- **Vicepresidencia:** Colegio de Galicia. Representado por: D^a Andrea Pardo Rivera.
- **Secretaria:** Colegio de Extremadura. Representado por: D^a María José Melchor Zamorano.
- **Tesorera:** Colegio de Valencia. Representado por: D^a Rosario Velarde Saiz.
- **Vocal:** Colegio de Castilla La Mancha. Representado por: D^a Merián Fernández Román.



Reunión Conjunta Internacional SEDCYDO-SEMO BILBAO 2019

Queridas y queridos amigos

Desde el Departamento de Estomatología II de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea os queremos invitar a participar en la 1ª Reunión Internacional Conjunta SEDCYDO-SEMO bajo el lema "Reivindicando la Salud Oral".

Como bien conocéis, en estos tiempos de zozobra para nuestra profesión sanitaria, es difícil hablar de salud, parece que la economía, el marketing, la estética, etc., condicionan totalmente nuestra labor. Nuestra opinión, que creemos compartes, es que todavía existen muchos motivos para seguir "Reivindicando la Salud Oral", es decir, para seguir haciendo buenos diagnósticos, planificar y realizar tratamientos adecuados y obtener los mejores resultados posibles

Esta Reunión Conjunta que hemos planificado, tiene como objetivo principal el actualizar los conocimientos existentes sobre diferentes trastornos orales y maxilofaciales en todas sus vertientes: etiopatogénica, diagnóstica, terapéutica, y preventiva. Para alcanzarlo, hemos elaborado un Programa científico ambicioso que combina talleres de formación, ponencias, comunicaciones científicas y discusión de casos clínicopatológicos, a cargo de especialistas del máximo nivel nacional e internacional.

Además de un foro científico, queremos que esta Reunión sea también un buen lugar de reencuentro de amigos y compañeros. Nuestra intención es atenderos todo lo bien que merecéis y procurar que disfrutéis de la tradicional hospitalidad de nuestra tierra. En esta época del inicio del verano esperamos tener una climatología favorable que os permita percibir la gran transformación que ha experimentado Bilbao en estos últimos años.

Por todo ello, nos gustaría invitaros a participar en esta Primera Reunión Conjunta de dos sociedades científicas hermanas. Estamos convencidos que esta colaboración va a resultar especialmente enriquecedora. Esperamos que el esfuerzo que vais a realizar, sea recompensado con un retorno científico satisfactorio y con una estancia todo lo agradable y provechosa en lo turístico, cultural y gastronómico que Bilbao y su entorno ofrecen y el programa de trabajo nos lo permita.

Bienvenidos!, Ongi etorri!, Welcome!



**Presidentes Comité
Organizador
Departamento de
Estomatología II
Universidad del País
Vasco**



Dr. José Manuel Aguirre Urizar.



Dr. Eduardo Ginestal Gómez.



TICARE CELEBRA CON ÉXITO DE PARTICIPACIÓN LAS VI JORNADAS EN ACTUALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA

En la ciudad de Sevilla el pasado 8 de febrero

Mozo Grau la empresa comercializadora de TICARE celebró este pasado 8 de febrero sus **VI Jornadas de Actualización en Implantología** en Sevilla batiendo records con respecto a ediciones anteriores.

Maratoniano día para la formación y actualización en las últimas tendencias del sector con un programa específico para odontólogos y otro para técnicos de laboratorio que contó con 24 ponentes nacionales como el Dr. Juan Blanco, Dr. Luis Antonio Aguirre Zorzano, Dr. Rui Figueiredo, Pablo Galindo o Dr. Alberto Monje entre otros en el programa de odontólogos, donde los temas estrella fueron la estética y la periimplantitis.

El programa para los protésicos tuvo como temas destacados el sobre flujo digital y el Cad. Can

La firma también dedicó una sala para organizar una amplia exposición comercial que sirvió para mostrar los últimos lanzamientos como el nuevo implante Inhex corto, los postes de impresión de cubeta cerrada o los nuevos scanbodies y análogos digitales que completan el flujo digital Ticare. Así mismo,



los asistentes pudieron disfrutar de un apartado específico para Genetic, una de las grandes apuestas de la marca.

En la clausura de la Jornada, Fernando Mozo, anunció la fecha del próximo Congreso de Actualización en Implantología que será el número once y se celebrará en Madrid, los días 14 y 15 de febrero de 2020.



XIX Congreso Nacional y VIII Internacional de la Sociedad Española de Gerodontología. (SEGER)



Delia Linares Gancedo

Presidenta del comité organizador SEGER 2019

Licenciada y Doctora en Odontología por la Universidad de Sevilla, Delia Linares tiene un amplio currículum profesional en el que junto a una amplia formación general destacan sus estudios y trabajos en el área de la gerontología. Miembro de varias sociedades científicas los días 16, 17 y 18 de mayo en Ciudad Real, capital de la Mancha, asumirá la responsabilidad de llevar a buen término el congreso anual de una de las sociedades científicas emergentes en el momento actual, la Sociedad Española de Gerodontología.

La sociedad asume que todos viviremos más años y vamos adecuando nuestro hábitat eliminando barreras. ¿Los dentistas están preparados para atender a pacientes con más edad?

Los dentistas tenemos que estar preparados para realizar una odontología de calidad en los pacientes mayores. Las técnicas odontológicas en los pacientes mayores son iguales que en los pacientes adultos jóvenes; sí hay unas características especiales debido al envejecimiento de los tejidos y una mayor prevalencia de enfermedades, lo que nos puede condicionar el tratamiento, pero no la edad *per se*.

La edad no debe ser un condicionante para realizar tratamientos menos conservadores.

¿Que destaca en el programa científico de este congreso?

El programa científico es de carácter multidisciplinar en el que se van a tratar temas de las diversas especialidades odontológicas enfocadas a las características especiales del paciente mayor. Además de conferencias médicas sobre Diabetes, Cáncer y enfermedades reumatológicas. Y de forma paralela el sábado vamos a realizar un curso sobre Envejecimiento Saludable en Odontología.

¿Qué participación van a tener los jóvenes dentistas en este congreso?

Hay una alta actividad científica por parte de los congresistas jóvenes de diferentes universidades españolas que van a presentar sus trabajos a través de comunicaciones Orales y Posters.

Cada vez son más los jóvenes dentistas que se interesan por esa área profesional y en este congreso esperamos una importante presencia de las nuevas generaciones.

La estética es abordada hoy día en casi todas las áreas. ¿Tiene espacio en la gerodontología?

Por supuesto. Por varias razones, una porque los pacientes mayores también la demandan, y es un error pensar que no; Y porque nuestros planes de tratamientos no deben estar condicionados por la edad, sino por otros factores; sí nos condiciona el estado sistémico del paciente y su capacidad para mantener los tratamientos.

La población tiene la creencia que perder los dientes es una consecuencia de la edad y sabemos que no es así, que es consecuencia de los malos hábitos y de realizar una odontología menos conservadora. Aquí los dentistas tenemos un papel fundamental en la educación e información de los pacientes.

Los tejidos dentales son los que mejor envejecen con respecto al resto de órganos del cuerpo humano.

Los temas de medicina oral están muy presentes en el programa científico. ¿Es más importante a esta edad los problemas de patología oral?

Como he comentado antes en el congreso, abordamos las diferentes especialidades odontológicas, pero obviamente los pacientes mayores tienen una mayor prevalencia de trastornos sistémicos y consumo de fármacos que provocan alteraciones a nivel oral.

Este congreso es internacional. ¿Con que ponentes contará este congreso?

Van a impartir conferencias ponentes nacionales de alto nivel, como se puede ver en el programa, y como ponentes internacionales el Dr. Oded Nahlieli (Israel), el Dr. Fernando Duarte (Portugal) y el Dr. Jorge Ravelo (Venezuela).

¿En su opinión en la Universidad se da la suficiente importancia al área de gerontología? ¿Debe ser un área independiente o se debe incluir en cada área de conocimiento un espacio?

La gerodontología debería ser una asignatura obligatoria en todas las universidades. Es necesario porque las personas mayores tienen unas características especiales que las diferencian de los otros grupos de edad.

Organizar un congreso además de complejo por los muchos detalles que hay que cuidar, choca con la poca ayuda que suele llegar de las instituciones próximas. ¿Se han visto apoyados por las autoridades locales?

Mucho. El ayuntamiento de Ciudad Real tiene un departamento especializado en la organización de Congresos y todo han sido facilidades. Además nos ceden de forma gratuita la sede del Congreso que es un antiguo Palacio del Siglo XIX, en pleno centro de Ciudad Real. La diputación también colabora en la celebración del congreso.



Un mensaje para los dentistas que inicia su actividad profesional.

Es fundamental la formación, realizar nuestros planes de tratamientos basándonos en la evidencia científica. Y que nuestros pacientes mayores se merecen que les realicemos tratamientos de calidad y que cuidemos de ellos. En una época en la que todo parece que es marketing, número de primeras visitas, facturación... No nos podemos olvidar de DEDICAR TIEMPO A LOS PACIENTES y ESCUCHARLES

La promoción y mejora de la salud empieza por la educación. ¿Nos puede dar una guía básica de educación en salud para poner en marcha en la clínica diaria?

Informar a nuestros pacientes mayores que por ser mayor no va a perder sus dientes.

Enseñarles técnicas de higiene Oral. Hay que tener en cuenta que en su infancia no las tuvieron, a diferencia de los niños actuales. Y la experiencia nos demuestra que son muy colaboradores. Realizar técnicas para remineralizar el esmalte. Beber agua, que es la materia prima de la saliva. Revisiones periódicas dos veces al año.

A parte del congreso que ya es motivo suficiente, ¿díganos alguna otra recomendación para visitar Ciudad Real?

Es una ciudad muy amable, acogedora, con una gastronomía fabulosa y que está muy bien comunicada con el Ave.



Doctora Margherita Fontana

Presidenta de la Sección de Cariología
de la American Dental Education Association



Con un amplio CV: Associate Professor, Department of Cariology, Restorative Sciences and Endodontics University of Michigan, School of Dentistry; Investigadora en el Área de Diagnóstico, Determinación de Riesgo y Manejo no Invasivo de la Caries Dental; Experiencia investigadora en Indiana University: Directora de Educación en Cariología (2000-2009); Proyectos Becados del National Institute of Health, American Academy of Pediatric Dentistry, Delta Dental Foundation e industrias privadas; Presidenta del Grupo de Cariología de la IADR (2007-2008).

Durante el Congreso del COEM celebrado en Madrid el pasado 9 de febrero y en el marco de la presentación de la Declaración Sobre el Currículo Universitario en Cariología, la Doctora Margherita Fontana fue una de las ponentes internacionales con que conto el comité científico.

¿Qué le motivó a realizar los estudios de odontología? ¿Dónde los hizo?

En la universidad Central de Venezuela. Me interesaba estudiar medicina, pero no quería lidiar con muertes ya que había perdido a mi padre de cáncer joven, así que me decidí por odontología.

¿En qué momento de su carrera profesional decidió dedicarse a algo tan específico como la cariología?

Durante mi doctorado. Fui a Indiana University a estudiar con el Dr. George Stookey, muy conocido en cariología y flúor, y su grupo de trabajo estaba trabajando en varios aspectos de cariología tanto clínicamente como en el laboratorio. Con él aprendí no solo las técnicas y conocimientos iniciales de cariología, sino

tuve la suerte de conocer y aprender de los más famosos de la cariología internacional.

¿Tiene alguna frase para explicar a un paciente qué es la caries?

Me es más fácil en inglés pues esa es la lengua que uso en mi trabajo diario. Pero en español diría que la caries es la enfermedad que causa el daño en el diente que el paciente posiblemente ha notado (por dolor, o por el aspecto clínico), y que tanto el paciente como el odontólogo debemos trabajar juntos con terapias en casa y en el consultorio para ayudar a reparar el daño que pueda haber causado la enfermedad de caries, y para prevenir daños futuros y mantener los dientes sanos.

¿Nos puede contar cómo tiene estructurado el sistema educativo norteamericano los estudios de odontología?

La odontología normalmente se cursa en 4 años. En mi facultad tratamos de involucrar a los estudiantes en clínica desde el principio, primero ayudando, y luego comenzando por procedimientos sencillos, que a medida que progresan se van haciendo más complicados. En otras universidades los primeros 2 años son principalmente didácticos y de laboratorio, y los dos últimos años clínicos.

¿Y cómo está estructurada la docencia de cariología en EE.UU? ¿Está unificada o depende de varias asignaturas como ocurre en España?

Desde hace un par de años tenemos un marco curricular para USA que podemos usar de referencia. Este incluye objetivos y



La Dra Fontana junto al Dr Montero Presidente del COEM y el Dr Javier Cortés

XVII Congreso Sevilla



SECIB

24-26 Octubre 2019



Comité Organizador

Presidente del Congreso José Luis Gutiérrez
Vicepresidente Rafael Flores
Tesorero Jordi Barrionuevo
Secretaria Aida Gutiérrez
Vocales Rosa M^a Díaz
Ignacio Fernández
Maribel González
José Manuel Somoza
Marta de Ventura

Comité Científico

Presidente Daniel Torres
Vicepresidente Antonio Batista
Secretarias Eugenia Asián
Loía Conde



Estética

Herminio García, España

Carga inmediata en implantes adyacentes en zona estética

Óscar González, España

Tratamiento de las complicaciones estéticas en la terapia sobre implantes

Bruno Pereira, España

Planificación Digital & Integración Facial

Silvestre Ripoll, España

¿Cuál es el lugar de la cirugía plástica periodontal en los tratamientos estéticos multidisciplinares actuales?

Un enfoque clínico

Nuevas Tecnologías

Javier Gil, España

Recubrimientos de implantes dentales de doble acción: inhibición de la infección bacteriana e integración de tejidos

Argimiro Hernández, Venezuela

Nuevos protocolos de Bioingeniería para la Regeneración Ósea Guiada (ROG), mediante andamios de Concentrados Palaquetarios

Sebastián Ortolani, España

Microcirugía Apical: de la planificación quirúrgica a la evaluación 3D

Raquel Osorio, España

Nanotecnología en regeneración ósea



Regeneración Ósea

Nuno Cruz, Portugal

Prosthetic Guided Bone Regeneration: An individualized solution

Pietro Felice, Italia

The Interpositional bone block technique in the treatment of the atrophic posterior mandible

Pier Gallo, Colombia

Mitos y Realidades de la Regeneración Ósea Vertical

David González, España

Tratamiento de fracasos implantológicos en la Zona Estética con Regeneración Ósea 3D

Mauricio Lizarazo, España

Regeneración tisular protésicamente guiada con tecnología CAD/CAM

Paulo Fernando Mesquita, Brasil

Problemas estéticos y mucogingivales alrededor de los implantes

Implantología

Alberto Fernández, España

Implantes Cigomáticos. Propuesta de una clasificación clínica, con implicaciones pronósticas y terapéuticas

Pablo Galindo, España

Diseño del implante y sus consecuencias biológicas

Ramón Gómez, España

Manejo de complicaciones estéticas con implantes en el área anterior

Anton Sculean, Rumanía

Manejo de tejidos blandos en implantología

SECIB JOVEN

Ramón Gómez, España

ROG Horizontal y Vertical Predecible



Patología

José Vicente Bagán, España

Cáncer Oral: Manifestaciones clínicas y su diagnóstico

Paolo Vescovi, Italia

New technologies in diagnosis and treatment of early oral cancer

Curso de Higienistas

Cristóbal Rivera, España

¿Cómo actuar ante las principales Urgencias en el Gabinete Dental?

Preparación y Mantenimiento del Campo Quirúrgico

Ignacio Fernández, España

Prevención de Patologías infecciosas de alto riesgo en la consulta dental

Aida Gutiérrez, España

Diagnostico precoz del Cáncer Oral y Lesiones Potencialmente Malignas en la cavidad oral para el Higienista Dental

Rosa M^a Díaz, España

Nueva clasificación de enfermedades periodontales (2018), nuevos avances terapéuticos

Yudex Rizcala, España

Mantenimiento de las Rehabilitaciones Implantológicas para prevenir la Periimplantitis



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA BUCAL

www.secibonline.com



Secretaría Técnica

Grupo Meraki- Eventos con alma
c/ Bruc, 28, 2º - 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365

secibsevilla2019@emedeuve.com

competencias que debemos incluir. Pero cada universidad implementa el curriculum en un modo diferente dependiendo de cómo están estructuradas. En mi universidad tenemos un departamento de cariología, ciencias restauradoras y endodoncia, que maneja la caries dental desde salud pública hasta la endodoncia. En el primer año tenemos 2 cursos de cariología de un semestre cada uno, que corren simultáneamente y en relación a cursos de introducción a operatoria dental, y clínica.

Habida cuenta de que la caries es la enfermedad número 1 entre la especie humana, ¿cree que la formación en cariología tiene la relevancia que debería tener?

Tristemente no. El manejo de caries se centró por muchos años en reparar de manera operatorio el daño de la enfermedad, con cursos aislados de operatoria, prevención, microbiología, histopatología, etc. Otras disciplinas, como la periodoncia, se han organizado mucho mejor desde hace mucho tiempo con un enfoque en el manejo de la enfermedad y prevención junto con manejo quirúrgico. Es necesario hacer lo mismo con el manejo de la caries dental a nivel curricular.

¿Es aún la caries una epidemia desatendida?

Claro que sí. Hay grupos de la población con niveles muy altos de caries, aun con las mejoras que hemos visto en las últimas décadas gracias al uso de productos fluorados, etc.

¿Cuáles han sido los mayores logros en el área de salud dental en EEUU en los últimos años?

Esto es difícil de responder cortamente, pero ciertamente en general hemos reducido la prevalencia de caries y ayudado a retener más dientes por más tiempo.



Dr. José Manuel Almerich, Dra. Laura Ceballos, Dra Margherita Fontana y el Dr. Javier Cortés.

Como observador externo, ¿cómo valora el nivel de la odontología en España?

España como muchos países ha ido mejorando de manera progresiva en las últimas décadas, y actualmente está a muy alto nivel.

Lograr la creación de las especialidades en odontología es una aspiración sin resolver de una buena parte del colectivo en España. ¿Cree que son necesarias? ¿Dónde debería acreditarse la formación en cariología?

En USA tenemos muchas especialidades. En general ayudan a formar profesionales con más experiencia en diversos campos. Lo difícil es mantener un equilibrio entre las especialidades y la odontología general que pueda servir las necesidades de cada país.

Yo no creo que la cariología debería ser una especialidad, sino que todo odontólogo general debería ser un cariólogo. Pero creo que es posible que pudiera ser útil ofrecer cursos cortos de actualización en cariología para los que quisiesen.

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

Que se mantengan actualizados en evidencia, y que se mantengan abiertos a oportunidades.

Háblenos de su relación con España e Italia donde creemos que tiene familia. ¿Le parecen atractivos estos países?

Estos países son parte de mi familia y por lo tanto están muy cercanos a mi corazón.

Y para que no todo sea ciencia, ¿díganos qué es lo que más le gusta hacer en su tiempo libre? ¿Cuáles son sus aficiones?

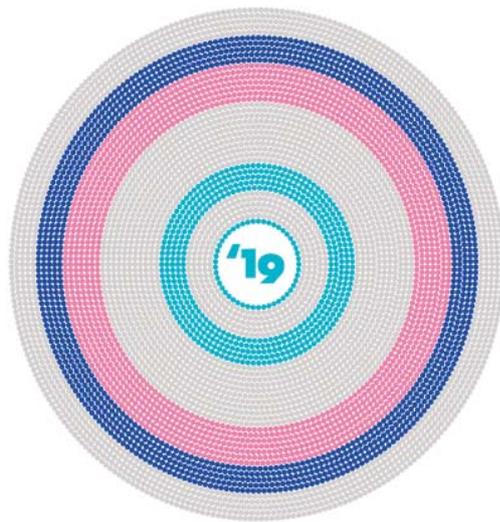
Tengo 4 hijos y me gusta mucho pasar tiempo con mi familia. Nos gusta viajar y me gusta mucho leer.

Sepa'19

El congreso
de la periodoncia
y la salud bucal

Valencia

29 mayo - 1 junio
2019



- SEPA PERIODONCIA
- SEPA INTERDISCIPLINAR
- SEPA HIGIENE
- SEPA GESTIÓN
- EXPOPERIO

→ Cuota de
inscripción
especial
para lectores
Odontólogos de hoy
279€

Deberá introducir el código
promocional "**ONDOTOHOY**" en el
apartado Dispongo de un código del
boletín de inscripción online.

→ Incluye **inscripción gratuita para
su higienista o auxiliar** para el
congreso de Sepa Higiene.



Conoce nuestro
nuevo congreso

**Sepa
Interdisciplinaria**

www.sepa2019.es

Sepa.

Periodoncia
para todos



Caso clínico

Abordaje Quirúrgico de Quiste Dentígero asociado a premolar inferior

Ana María Arnedo Martínez⁽¹⁾
Cristina Ruiz de Carlos⁽¹⁾
Julián de Dios Cano⁽²⁾
Fernando Fernández Cáliz⁽²⁾
Natalia Martínez Rodríguez⁽²⁾

⁽¹⁾ Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Hospital Virgen de la Paloma. Madrid.

⁽²⁾ Profesores del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid.



INTRODUCCIÓN

El quiste dentígero se considera como un quiste odontogénico del desarrollo asociado a dientes retenidos. Son los segundos quistes más comunes después de los quistes radicales, con una incidencia de aproximadamente del 24% entre todos los quistes maxilares y se originan a partir de los restos epiteliales de los órganos que forman el diente^(1,2).

También ha sido denominado como quiste folicular, coronodentario, embrionario o del desarrollo⁽³⁾.

Suelen aparecer en pacientes entre la segunda y tercera década de la vida y en un porcentaje minoritario en niños y adolescentes durante el período de dentición mixta. Tiene una ligera predilección por el sexo masculino, existiendo mayor afectación en pacientes de raza caucásica, así como una mayor preferencia por la mandíbula con localización en la zona posterior⁽⁴⁾.

El quiste dentígero al estar relacionado con los dientes permanentes retenidos, se asocia más frecuentemente a terceros molares inferiores, caninos superiores y a terceros molares superiores, casos en los que incluyan segundos premolares inferiores son más escasos, pero también podrían verse involucrados dientes supernumerarios sin erupcionar y odontomas^(4,5).

El diagnóstico suele ser de forma casual ya que es asintomático, por lo tanto, clínicamente se detecta debido a un retraso en la cronología de la erupción del diente afectado, causando la deformación en el hueso alveolar, la expansión del hueso cortical y el desplazamiento dental^(5,6).

Radiográficamente los quistes dentígeros se observan como lesiones radiotransparentes y uniloculadas principalmente, sin embargo, si no se detectan de forma temprana, las lesiones pueden crecer y pasar a tamaños más grandes y multiloculares, lo que harían posible la confusión con otras lesiones más agresivas. Presentan límites bien definidos por márgenes escleróticos y bien circunscritos a la corona de un diente sin erupcionar. Pueden clasificarse según su representación radiográfica en; lateral, central o pericoronal^(7,8).

La elección de un método quirúrgico u otro ante un quiste dentígero dependerá de la localización, el tamaño y su proximidad a estructuras vecinas. El tratamiento indicado ante las lesiones uniloculares pequeñas es; la ostectomía, la extracción del diente impactado y la remoción de la lesión. En el momento que se habla de lesiones más grandes, se emplearían otros métodos quirúrgicos tales como; la marsupilización donde se realiza la exéresis de la lesión y posteriormente el guiado de la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal o la enucleación, donde se elimina la totalidad de la lesión y se somete a un estudio histopatológico^(6,9).

El objetivo de la presente publicación es la descripción de un caso clínico de un quiste dentígero asociado a un segundo premolar inferior izquierdo y la revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 13 años, sin patología sistémica previa, que acudió al Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid remitido por su odontólogo de general, tras el hallazgo radiológico casual de una zona radiotransparente a nivel del 35 incluido. En la exploración clínica no se observó abombamiento de las corticales en la zona correspondiente a la lesión. En la radiografía panorámica, se observó una lesión radiotransparente de 2,5 x 1,5 cm de tamaño, uniloculada, con límite bien definido por una zona esclerótica y circunscrito a la corona de un diente sin erupcionar (Figura 1).



Fig 1. Rx panorámica con imagen radiotransparente bien definida asociada al segundo premolar inferior incluido izquierdo.

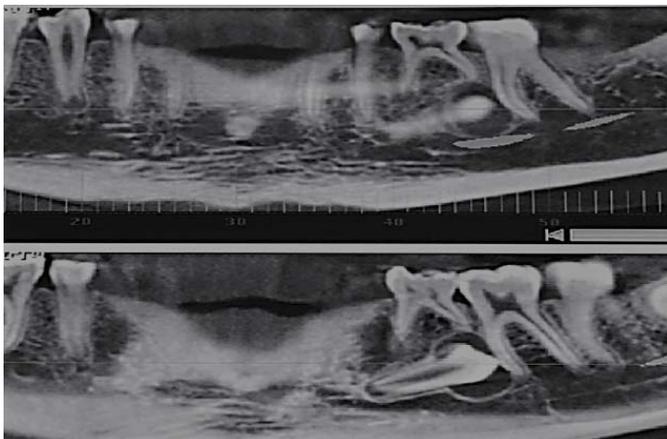


Fig 2. Corte panorámico que muestra la extensión mesio-distal de la lesión.

La lesión se extendía hacia la zona mesial del 36, por lo que se realizó una prueba de vitalidad pulpar del mismo, siendo esta positiva. Se solicitó un TAC para establecer tanto la extensión de la lesión como la relación de la misma con las estructuras adyacentes. En los cortes panorámicos se observó que el quiste se encontraba en contacto con la zona mesial del 36, pero como su vitalidad pulpar era positiva no se planificó tratamiento alguno a la espera de la evolución. En cuanto a los cortes ortorradales se observó

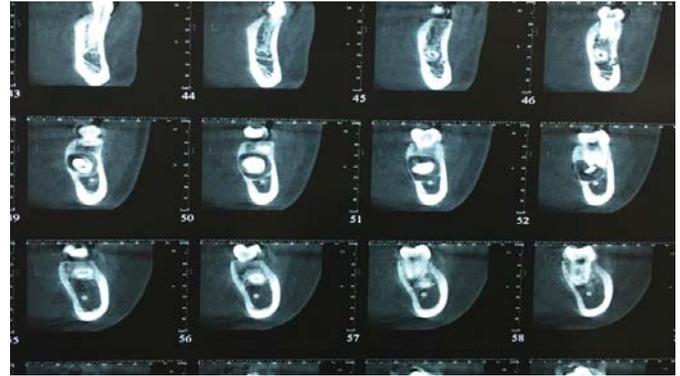


Fig 3. Cortes ortorradales que muestran la cercanía con las raíces mesiales del 36, la extensión apical con respecto al nervio dentario inferior izquierdo y la vestibulo-palatina de la lesión.

que en sentido apical la lesión se encontraba próxima al nervio dentario inferior, pero este se mantenía íntegro. Mientras en sentido vestibulo lingual el quiste abarcaba desde la cortical vestibular a la lingual pero igualmente se mantenían intactas (Figuras 2 y 3).

Tras firmar el consentimiento informado se realizó la intervención quirúrgica, bajo anestesia local con articaína al 4% con epinefrina 0,01 mg/ml, se procedió a realizar una incisión surcular desde el primer premolar hasta el primer molar inferior izquierdo con su correspondiente carga distal y su posterior despegamiento mucoperióstico (Figuras 4 y 5). A continuación, se procedió a la ostectomía, exponiéndose el premolar incluido, así como la membrana quística que lo rodeaba. Se procedió a la extracción del diente y la exéresis del quiste asociado (Figuras 6-7).

Finalmente, se suturó el colgajo con sutura no reabsorbible de 3.0 (Figura 8), que fue retirada a los 7 días (Figuras 9 y 10).

La lesión quística fue enviada para su estudio anatomopatológico en una solución de formaldehído al 10%.

Como medidas postoperatorias se prescribió Amoxicilina 500mg v.o 1/8h durante 7 días, así como Ibuprofeno 400mg v.o 1/8h durante 3 días y Paracetamol 650mg v.o 1/8h en caso de dolor.

Se realizaron controles clínicos a los 7, 15 días, 1 mes, 3 y 4 meses, siendo la evolución satisfactoria.

El informe anatomopatológico corroboró el diagnóstico de pre-sunción de quiste dentígero.

Según la descripción microscópica de la pieza, la misma se encontraba formada por una capa de tejido conjuntivo y que mostraba una degeneración mixoide en el que no se observó revestimiento epitelial de la lesión que parecía denudado. Se identificó en el tejido conjuntivo adyacente la existencia de aislados islotes de epitelio odontogénico de aspecto inactivo. No se observó in-



Fig 4. Incisión surcular desde el primer premolar hasta distal del primer molar inferior izquierdo con su descarga.



Fig 5. Despegamiento mucoperióstico.



Fig 6. Osteotomía con extirpación de la totalidad de la lesión y su posterior extracción 35.



Fig 7. Contenido de la lesión y restos de la osteotomía del 35.



Fig 8. Sutura no reabsorbible de 3.0.



Fig 9. Aspecto clínico a los 7 días.



Fig 10. Imagen clínica tras retirada de sutura.

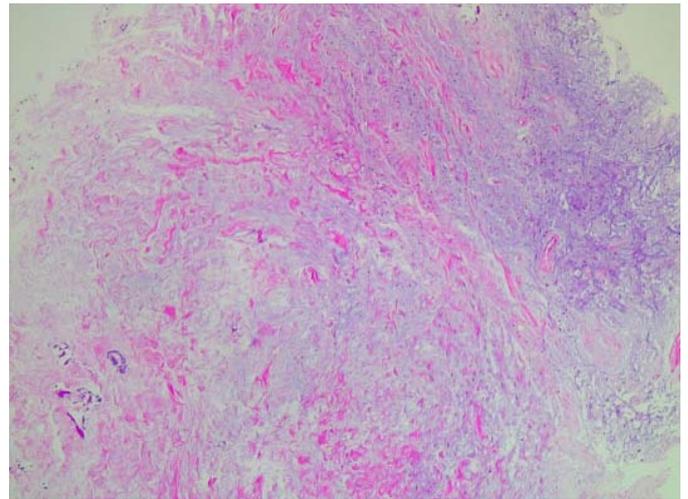
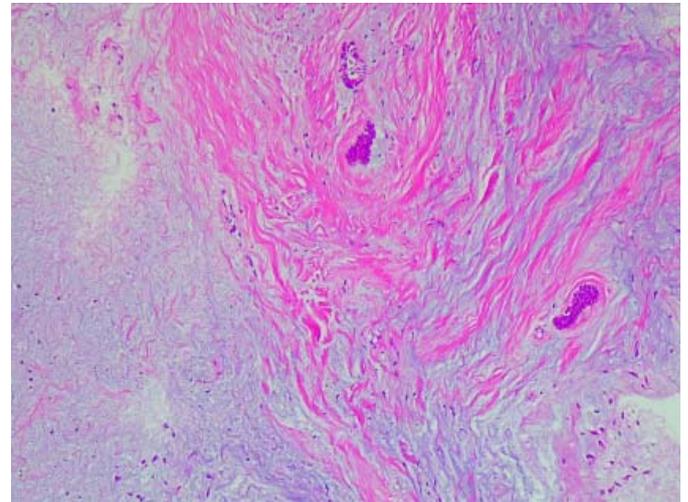
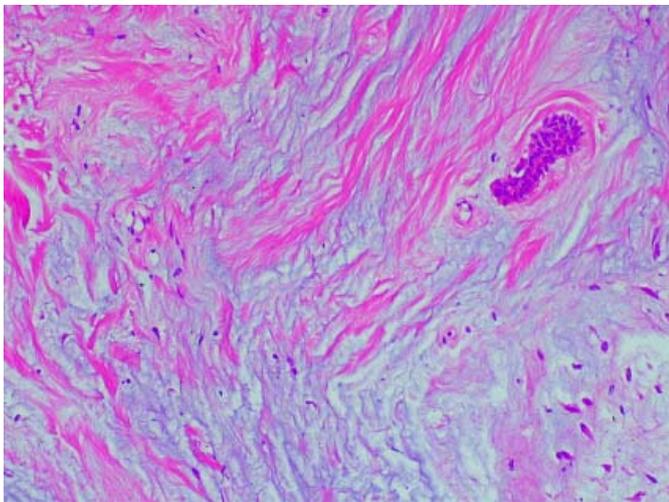


Fig 11. Corte Histológico.



Figs.12 y 13. Cortes Histológicos.

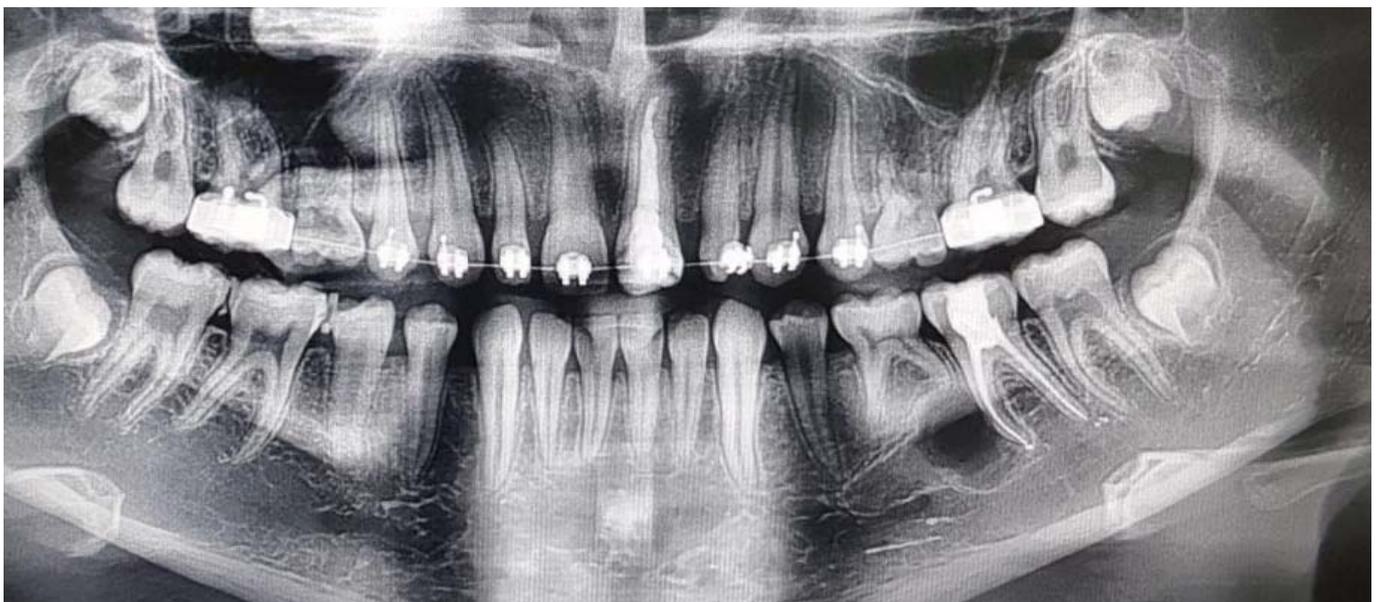


Fig 14. Rx panorámica 1 mes.

filtrados inflamatorios en cantidades significativas ni imágenes sugestivas de malignidad (Figuras 11-13).

Se realizaron controles radiológicos a los 3 y 4 meses, observándose un incremento progresivo de la trabeculación similar a la zona sana (Figura 14).

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores consultados coinciden en que el quiste dentígero es un quiste odontogénico que afecta generalmente a dientes incluidos o a gérmenes dentarios en desarrollo. Ese tipo de quiste se suele encontrar alrededor de las coronas de terceros molares mandibulares, seguido de caninos superiores y de terceros molares superiores, sin embargo, autores como Shain y cols.⁽²⁾ o Taysi y cols.⁽¹⁰⁾ documentaron casos en los que el quiste dentígero estaba asociado a un premolar, situación menos frecuente, como en nuestro caso, que estaba asociado a un segundo premolar inferior.

En el estudio realizado por Hung y cols.⁽¹¹⁾ llegaron a la conclusión que de 338 casos con este tipo de quiste era más frecuente su aparición en hombres -212 casos- que en mujeres -120 casos- al igual que en el estudio realizado por Ravikumar y cols.⁽¹²⁾ que, de 120 casos de quistes odontogénicos, 40 fueron diagnosticados como quistes dentígeros y corrobora el predominio del sexo masculino -28 casos- frente al sexo femenino -12 casos-. También cabe destacar que Donado y cols.⁽³⁾ en su libro de Cirugía Bucal Patología y Técnica resumía que no había preferencia por ningún sexo en este tipo de quistes.

Los quistes dentígeros tienen mayor prevalencia entre la segunda y tercera década de la vida y en un menor porcentaje se asocia a la población pediátrica, como lo reporta Acosta y cols.⁽⁸⁾ Se han descrito casos como el de Demiriz y cols.⁽¹³⁾ donde confirma que la frecuencia en los niños es relativamente baja, del 4-9% y que se producen en la primera década de la vida. En su caso, el quiste dentígero se asoció a la corona del primer premolar inferior derecho permanente en una niña de 5 años de edad. En nuestro caso, hablamos de una paciente de 13 años, lo que no suele coincidir con los datos generales encontrados en la literatura⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la localización, algunos autores destacan que el quiste dentígero es considerado el segundo tipo de quiste odontogénico más prevalente, donde el 70% de los quistes se ubican a nivel mandibular, aunque también se pueden encontrar en el maxilar relacionados con dientes ectópicos; comprendiendo cerca del 20% de todos los quistes epiteliales. Como ocurre en el caso descrito por Hung y cols.⁽¹¹⁾ que, tras estudiar 338 casos, llegaron a la conclusión que, 169 eran quistes dentígeros localizados en la región mandibular, concretamente en la zona molar, en cambio, en el es-

tudio realizado por Ravikumar y cols.⁽¹²⁾ de 40 quistes dentígeros no hubo predilección en cuanto a su ubicación. En nuestro caso, la paciente presentaba la lesión en la zona posterior mandibular, región que según los casos encontrados es la más frecuente⁽¹⁴⁾.

Haciendo referencia a la clínica, este tipo de quiste suele ser un hallazgo casual, indoloro y asintomático en la mayoría de los casos, ya que, por lo general, se descubren al investigar la falta de erupción de un diente permanente.

Puede causar hinchazón, desplazamiento de los dientes, retraso en la erupción, movilidad dental y sensibilidad. El dolor solo aparece cuando hay componente infeccioso y la mayoría de estos quistes son lesiones únicas. Cuando tienen una aparición bilateral o múltiple se consideran casos más extraños, ya que suelen estar asociados a síndromes como la Displasia Cleidocraneal, al Síndrome de Maroteaux-Lamy o al Síndrome de Nevus de Células Basales. En ausencia de estos síndromes, el quiste dentígero bilateral situado en la mandíbula es muy infrecuente. El caso descrito por Ishihara y cols.⁽¹⁵⁾ se trató de un niño de 13 años japonés, que tras un estudio radiográfico se observó la aparición de quistes dentígeros inferiores bilaterales asociados a los segundos premolares y con un historial médico ausente de síndromes^(5,7,10).

Las lesiones se presentan radiográficamente como lesiones radiolúcidas, uniloculares, con márgenes escleróticos bien definidos y con corticales alrededor de las coronas de dientes no erupcionados. Tanto los quistes del desarrollo como los inflamatorios, manifiestan un crecimiento lento y con tendencia a la expansión ósea. Sin embargo, a pesar de su comportamiento benigno, estas lesiones pueden alcanzar grandes tamaños si no son diagnosticadas y tratadas adecuadamente. En nuestro caso descrito anteriormente, el aspecto de la lesión coincide con el establecido por la literatura consultada y gracias a los cortes ortorradales del TAC, se pudo observar que en ningún momento hubo expansión ósea de las corticales^(8,10).

Histológicamente, no hay características microscópicas típicas que puedan distinguir entre un quiste dentígero de cualquier otro quiste odontogénico, pero se encuentra formado por una pared fibrosa revestida por un epitelio escamoso no queratinizado estratificado de tejido mixoide, asociado a restos odontogénicos y a células raramente sebáceas, como en nuestro caso, que coincide con la literatura consultada^(7,10).

Con respecto al tratamiento, el tamaño de la lesión es un factor importante a ser considerado en su planificación ya que, si no se trata, puede llegar a causar fracturas óseas, impactación de los dientes o asimetrías faciales, como el caso descrito por Kousoltani y cols.⁽¹⁶⁾ donde existía una relación de fractura ósea mandibular con gran lesión radiotransparente cuyo diagnóstico final fue de Fibroma Osificante. También cabe destacar que el quiste dentíge-

ro podría sufrir un cambio neoplásico y podría desarrollarse en un ameloblastoma, carcinoma de células escamosas o en un carcinoma mucoepidermoide como en casos desarrollados por Manjunatha y cols.⁽¹⁷⁾ o Muruganandhan y col.⁽¹⁸⁾ donde presentaba en primer lugar un caso de Tumor Odontogénico Adenomatoido que se originó de la pared de un quiste dentígero y en segundo lugar, un caso de un Ameloblastoma Desmoplásico.

La elección de un determinado método quirúrgico dependerá de la localización, el tamaño y su proximidad a estructuras vecinas. Situaciones en la que los quistes son de menor tamaño, la opción de tratamiento es la ostectomía, extracción del diente impactado y la remoción de la lesión, pero cuando son lesiones de mayor tamaño se recomienda; la marsupialización o la enucleación. Esta primera, es una técnica con un enfoque más conservador, que se utiliza frecuentemente en niños, se realiza la exéresis de la lesión para después guiar al diente impactado y no extraerlo, como en el caso reportado de Qian y cols.⁽¹⁹⁾ de un grupo de 11 pacientes preadolescentes donde se realizó este tipo de tratamiento con el fin de promover la erupción de los premolares asociados al quiste dentígero con un éxito del 100%.

La otra opción de tratamiento ante lesiones grandes es la enucleación. Se realiza siempre que sea posible y es el tratamiento de elección, ya que podría desarrollarse algún tipo de transformación ameloblástica. Consiste en la exéresis del quiste junto a los dientes involucrados, así como el posterior estudio histopatológico, como en el caso descrito por Chrcanovic y cols.⁽²⁰⁾ donde una niña de 7 años se le realizó la exéresis del quiste con la posterior extracción del segundo molar mandibular temporal y con un estudio final anatomopatológico. El caso presentado en este artículo, fue un quiste de menor tamaño e uniloculado y como método de tratamiento, se decidió realizar la exéresis quirúrgica de la lesión, el estudio histopatológico correspondiente y la extracción del diente incluido para evitar futuras complicaciones. Al cabo de los meses, no se apreció recidiva alguna.

Finalmente, existen tratamientos más innovadores como el caso que presenta Lim y cols.⁽²¹⁾ donde explica como realizó en un joven de 18 años, un autotransplante del segundo premolar inferior derecho incluido con un quiste dentígero asociado con éxito.

Bibliografía

- Ghandour L, Bahmad HF, Bou-Assi S. Conservative Treatment of Dentigerous Cyst by Marsupialization in a Young Female Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Dent* 2018.
- Shain O. Conservative management of a dentigerous cyst associated with eruption of teeth in a 7-year-old girl: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2017;43(Supple 1):S1-5.
- Donado M, Martínez JM. Cirugía Bucal Patología y Técnica. Madrid (España). Elsevier Masson. 2013.
- Mishra R, Tripathi AM, Rathore M. Dentigerous Cyst associated with Horizontally Impacted Mandibular Second Premolar. *Int J Clin Pediatr Dent* 2014;7(1):54-7.
- Abu-Mostafa N, Abbasi A. Marsupialization of a large dentigerous cyst in the mandible with orthodontic extrusion of three impacted teeth: A case report. *J Clin Exp Dent* 2017;9(9):1162-6.
- Carvalho IK, Luna AH. Spontaneous Eruption of Premolar Associated with a Dentigerous Cyst. *Case Rep Dent* 2016.
- Bueno Rodríguez J. Quiste dentígero asociado a un tercer molar retenido. Presentación de un caso. *Rev Cubana Estomatol* 2015.
- Acosta RM, Aldape BB, Rosales GL. Quiste dentígero en pacientes pediátricos en el Hospital General Centro Médico «La Raza». *Rev Mex Cir Bucal Max* 2017;13(1):4-11.
- Anavi Y, Gal G, Miron H, Calderon S, Allon DM. Decompression of odontogenic cystic lesions: clinical long-term study of 73 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112(2):164-9.
- Taysi M, Ozden C, Cankaya AB, Yildirim S, Bilgic L. Conservative approach to a large dentigerous cyst in an 11-year-old patient. *J Istanbul Univ Fac Dent* 2016;50(3):51-6.
- Lin HP, Wang YP, Chen HM, Cheng SJ, Sin A, Chiang CP. A clinicopathological study of 338 dentigerous cysts. *J Oral Pathol Med* 2013;42(6):462-7.
- Ravikumar H, Ravishankar MN, Reeta J. Odontogenic cysts-A clinicopathological study of 120 cases. *J Dent Med Sci* 2014: PP77-9.
- Demiriz L, Ferhat Misir A, Gorur DI. Dentigerous cyst in a young child. *Eur J Dent* 2015;9(4):599-602.
- Manekar VS, Chavan A, Wadde K, Dewalwar V. Cysts in Periradicular Region of Deciduous Molars in Mixed Dentition: Retrospective Study of Five Cases. *Int J Clin Pediatr Dent* 2014;7(3):229-35.
- Ishihara Y, Kamioka H, Takano-Yamamoto T, Yamashiro T. Patient with nonsyndromic bilateral and multiple impacted teeth and dentigerous cysts. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;141(2):228-41.
- Kouhsoltani, M, Mesgarzadeh AH, Moradzadeh Khiavi M. Mandibular Fracture Associated with a Dentigerous Cyst: Report of a Case and Literature Review. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2015;9(3):193-8.
- Manjunatha BS, Mahajan A, Mody BM, Shah V. Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) Arising from a Dentigerous Cyst: Literature Review and Report of a Case. *J Maxillofac Oral Surg* 2015;14(2):393-7.
- Jayanandan M, Shamsudeen SM, Srinivasan SK, Nalin Kumar S, Pulikkottil TB. Desmoplastic Ameloblastoma Arising in a Dentigerous Cyst – A Case Report and Discussion. *J Clin Diagn Res* 2016;10(8): ZD38-40.
- Qian WT, Ma ZG, Xie QY, Cai XY, Zhang Y, Yang C. Marsupialization facilitates eruption of dentigerous cyst-associated mandibular premolars in preadolescent patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(11):1825-32.
- Ramos Chrcanovic B, Freire-Maia B, Gomez RS. Small Central Odontogenic Fibroma Mimicking Hyperplastic Dental Follicle and Dentigerous Cyst. *J Maxillofac Oral Surg* 2014;13(3):332-6.
- Lim JH, Huh JK, Park KH, Shin SJ. Autotransplantation of an Impacted Premolar Using Collagen Sponge after Cyst Enucleation. *J Endod* 2015;41(3):417-9.

Los orígenes, con sus controversias, de la colegiación odontológica en España

Javier Sanz Serrulla

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina.
Profesor de Historia de la Odontología en la Facultad de Odontología de la UCM IIa



Pese a los antecedentes de la colegiación en una profesión afín, la de médico, acaecida en 1898, la de dentista tuvo algún retraso aunque mirara a la anterior como modelo, sin duda por los enfrentamientos entre los dos clásicos bandos de la odontología española. No fue hasta 1930 que se aprobó la colegiación obligatoria para ejercer legalmente la dentistería en España, constituyéndose las respectivas delimitaciones regionales con sus colegios profesionales.

España, no muy distante de lo que hicieron otros tantos países, no tuvo una formación reglada en materia odontológica hasta bien avanzado el siglo XIX, como bien sabemos. Por lo que a sus protagonistas se refiere, de los ancestrales sacamuelas se pasó a los sangradores y de ahí a los ministrantes y después a los practicantes, titulaciones inferiores entre las sanitarias, hasta que en 1875, mediante un Real Decreto firmado por Alfonso XII, se estableciera la titulación bien sonora de “Cirujano-Dentista” que no cambió en lo habitual el ejercicio del arte dental pues el decreto, que preveía cuando se pudiera la creación de centros académicos donde se formarían los futuros dentistas, no pasó de conformarse con regular los exámenes obligatorios para recibir dicho título.

Nada menos que amaneciendo el siglo pasado, en 1901, por Real Orden de 1 de marzo se estableció el título de “Odontólogo” gracias a la implicación de S.M. la Reina Regente, doña María Cristina de Habsburgo, a la sazón paciente de un joven dentista de éxito en la capital, don Florestán Aguilar. La Real Orden, de inmediato, contemplaba la instauración de los estudios odontológicos en la Facultad de Medicina de la Universidad Central quedando elevada en lo sucesivo la titulación a la categoría de universitaria. En 1902 egresa de dicha Facultad la escueta primera promoción de odontólogos, el último eslabón hasta la fecha de lo que podemos denominar, con buena dosis de generosidad, “la titulación de dentista”.

Es así que el acceso legal al ejercicio de una profesión requiere la posesión del respectivo título reglamentario, logrado tras el examen pertinente ante un tribunal que mide sus conocimientos obtenidos en programas reglados. Esta es la situación que podríamos denominar “de cierta solvencia” en cualquier sociedad civilizada.

Poco más que dicho a vuelapluma, este es el hilo rojo de la titulación en nuestra profesión hasta que alcanzara la condición de universitaria, en claro retraso, si es que hay que establecer

alguna comparación con la más afín o semejante, con la profesión de médico, presente al menos siete siglos atrás en las aulas de los estudios mayores, los universitarios. Pero la nuestra tiene unas señas de identidad propias por la precariedad de medios con que se ejercía como, en lineal reciprocidad, por los daños que infligía pues carecía de recursos no ya científicos sino los más primarios, los técnicos, para dar solución a operaciones de un órgano singular que requieren gran fineza. Cuando estos recursos llegaron, a mediados del siglo XIX, el despegue fue tal que lo que hoy llamamos odontología se situaría al nivel de las otras parcelas de la medicina. Y así permanece en la actualidad.

Conocer lo previo es necesario para situar el ser de una profesión en cada momento. Mientras el médico ha sido médico desde los tiempos históricos, el dentista ha sido otras muchas cosas hasta devenir en odontólogo, incluso durante una buena parte, muy cercana, ha ejercido como médico especialista en estomatología. Hacemos esta observación ahora para señalar una característica principal: los médicos estaban históricamente bien definidos, luego su control mediante pertenencia a cofradías o colegios era posible; de la obtención del título se derivaba la obligación de pertenencia para poder trabajar como tales. Pero, ¿dónde quedaban ubicados los dentistas? Fue así que ejercieron libremente y escapando del control de las autoridades aunque en menor medida cuando las actividades propias de la dentistería quedaron por ley en manos de titulados menores, quienes por el hecho de ostentar un permiso o un título debieron acogerse a la corporación que pudiera gobernarles.

¿Cómo se agruparon los profesionales sanitarios desde antiguo? Siguiendo siempre la estela que han ido dejando los médicos nos encontramos en lo más remoto con las cofradías o asociaciones de médicos y cirujanos que se acogieron a la protección de los santos Lucas, o Cosme y Damián. Claramente, entre los primeros fines de estas cofradías se encuentran los religiosos —de ahí su advocación a dichos santos— y también los de ayuda y asistencia

entre sus miembros, tal fue su semejanza con los gremios medievales, pero en lo que nos trae, el capítulo más importante de las cofradías corresponde a su intervención, por mucho tiempo decisiva, en el regimiento del ejercicio profesional. En todos los estatutos conocidos de las cofradías consta, taxativamente, la obligación de pertenecer a la misma de los médicos, cirujanos y boticarios que desearan practicar en la ciudad donde la cofradía tenía jurisdicción, de tal manera que no se combate solamente el ejercicio de empíricos y charlatanes sino también de otros profesionales con título reglamentario pero procedentes de otras ciudades. Es decir, somos una vez más herederos del pasado pues no hacemos otra cosa en la actualidad que inscribirnos como entonces, ahora en el colegio correspondiente antaño en la cofradía, cuando emprendemos la actividad profesional en un destino concreto.

Desde la constitución de las cofradías a la de los colegios médicos transcurre una eternidad. Estos colegios de médicos no serán creados hasta muy a finales del siglo XIX, mediante el Real Decreto de 12 de abril de 1898⁽⁴⁾. A instancias del ministro de la Gobernación, Trinitario Ruiz y Capdepón, el Real Consejo de Sanidad elabora los estatutos para el régimen de los colegios médicos, los cuales servirán de espejo en su momento a los futuros colegios de odontólogos.

De las sociedades odontológicas a los colegios odontológicos

Poco tiempo después de la promulgación del Real Decreto que creaba el título de "Cirujano-Dentista" en 1875 tuvo lugar la aparición de agrupaciones de dentistas encabezadas con diversos nombres (círculo, instituto, sociedad...) pero con fines parecidos que se pueden resumir de un lado en el primordial de la defensa de los intereses de un colectivo, el de los dentistas, que a duras penas intentaba ganarse un prestigio sacudiéndose de la maldita tradición que arrastraba de siglos; de otro, la transmisión de

los últimos avances técnicos, tecnológicos y hasta científicos de esta profesión todavía en mantillas. Esto acontecía, lógicamente, en aquellas ciudades que albergaban mayor número de dentistas, tal fue el caso de Barcelona y Madrid.

Sin embargo, el caso más temprano se dio en Sevilla, donde el domingo 26 de marzo de 1865, a las dos de la tarde y en el seno de la Academia de Medicina y Cirugía, se inauguraba el "Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla", impulsado por los señores Ignacio Garrido, Manuel Valenzuela y Manuel del Pozo, cuyo reglamento se había aprobado el 1 de diciembre anterior. Este colegio, el primero con tal denominación en nuestro país, tuvo incluso una revista que hizo de portavoz oficial: "La Voz de los Ministrantes", que a partir del 1 de enero de 1866 se titulaba "Órgano oficial del Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla" después de haber ejercido como "Órgano oficial del Colegio de Sangradores de Sevilla." En ambos casos rezaba también en la cabecera la leyenda de "Periódico dedicado a la instrucción y defensa de esta clase [Ministrantes] y la de Practicantes", lo cual nos viene a ratificar la ubicación de la profesión de dentista entre las menores de las sanitarias, esto es, junto a las de sangradores, ministrantes y practicantes, que se fueron sucediendo por este orden.

Definitivamente, el "Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla" ocupa un lugar pionero, con tal nombre, en la historia de la colegiación odontológica española, si bien hay que pensar que sus atribuciones no distarían mucho de las llamadas asociaciones o sociedades coetáneas.

Barcelona vio la temprana eclosión de otros dos foros de dentistas: el "Círculo Odontológico de Cataluña", en diciembre de 1879, y el "Instituto de Estomatología de Barcelona", que vio la luz un año después inspirado por Simón de Rojas Bruguera, con clara tendencia estomatologista, esto es, a favor del ejercicio de la dentistería como una especialidad médica, no obstante él era

"La Voz de los Ministrantes", órgano oficial del Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla ya en 1866.



licenciado en medicina. El 28 de febrero de 1887 convergieron ambas corporaciones en una fusión, conviviendo a partir de entonces esta última tendencia con la odontologista del Círculo catalán.

En Madrid, por su parte, nació en 1894 la “Sociedad Odontológica Española”, presidida por Ramón Portuondo y teniendo por secretario general a Florestán Aguilar, que registró su reglamento el 27 de junio de 1896 en el Gobierno de Madrid y tuvo por órganos oficiales a las revistas “La Odontología” y “Revista Estomatológica”, si bien ésta tuvo una vida muy corta.

Esto sucedía en las principales ciudades españolas, pero a comienzos del siglo siguiente continuaron surgiendo otras nuevas. La “Sociedad Dental de Baleares” nació en 1900, la “Sociedad Odontológica Malacitana” en 1901 y la “Sociedad Odontológica Valenciana” en 1902. Todas las anteriores se agruparon en la “Federación Dental Española”, que se creó como federación de sociedades dentales el 23 de abril de 1903, en el domicilio madrileño del dentista Luis Subirana durante la celebración del XIV Congreso Internacional de Medicina y recayó la presidencia en la figura del emprendedor Florestán Aguilar. Conviene mencionar, si bien no corresponde a dentistas, la creación de la “Unión Dental

Española”, constituida por “ayudantes, protésicos y alumnos de Odontología”, que celebró su primera sesión el 26 de noviembre de 1902⁽²⁾.

Ese mismo año de 1903 surgieron inmediatamente después la “Sociedad Odontológica de Vizcaya” y la “Sociedad Odontológica de Guipúzcoa”, naciendo en 1912 la “Sociedad Odontológica Navarra”, en 1913 la “Sociedad Odontológica Asturiana” y en 1918 la “Sociedad Odontológica Gallega”. En 1916 ve la luz la “Sociedad Odontológica Aragonesa”, un año antes que el “Colegio Odontológico de Pontevedra”. El más localizado “Círculo Odontológico de Palma de Mallorca” se creó en 1923; la “Asociación Odontológica de Cataluña” en 1927, mismo año en que se crea el “Colegio de Odontólogos de La Coruña”, y con tal nombre de “colegios” se creó al año siguiente el de Cádiz y otro después el de la Rioja, mientras una “Asociación Odontológica Guipuzcoana” nació ese mismo año. Antes de la definitiva ley que creaba los colegios de odontólogos surgía, en 1930, el de la provincia de Barcelona.

Aparición de colegios, sociedades y entidades odontológicas profesionales en España

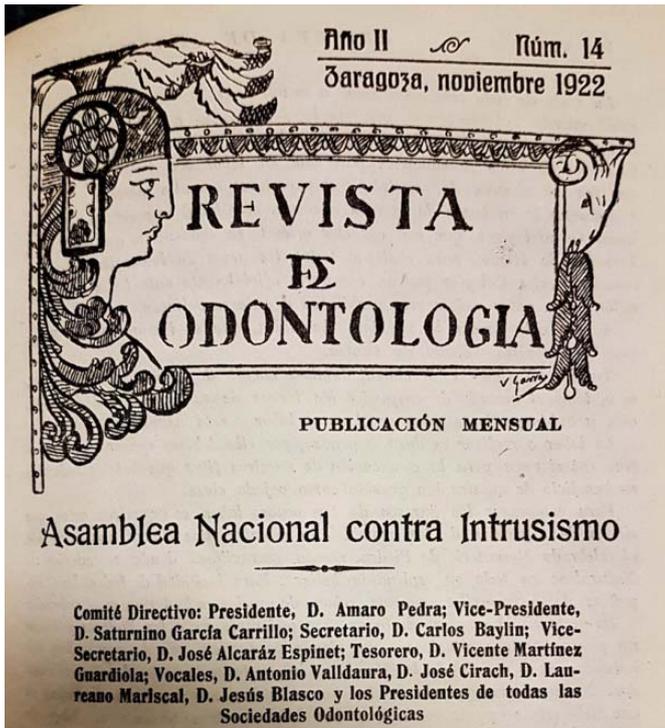
- 1865. Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla
- 1879. Círculo Odontológico de Cataluña
- 1880. Instituto de Estomatología de Barcelona (se fusiona en 1887 en el Círculo Odontológico de Cataluña)
- 1894. Sociedad Odontológica Española
- 1900. Sociedad Dental de Baleares
- 1901. Sociedad Odontológica Malacitana
- 1902. Sociedad Odontológica Valenciana
- 1903. FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA
- 1903. Sociedad Odontológica de Vizcaya
- 1903. Sociedad Odontológica de Guipúzcoa
- 1912. Sociedad Odontológica Navarra
- 1913. Sociedad Odontológica Asturiana
- 1914. Asociación Española de Estomatología.
- 1916. Sociedad Odontológica Aragonesa
- 1918. Sociedad Odontológica Gallega
- 1921. Colegio Odontológico de la provincia de Pontevedra
- 1922. Sociedad Odontológica Castellana.
- 1923. Círculo Odontológico de Palma de Mallorca
- 1925. Colegio Odontológico provincial de Alicante
- 1925. Asociación Odontológica Española
- 1927. Asociación Odontológica de Cataluña
- 1927. Colegio de Odontólogos de La Coruña
- 1928. Colegio Odontológico Provincial de Cádiz y Ceuta
- 1929. Colegio Odontológico Riojano
- 1929. Asociación Odontológica Guipuzcoana
- 1930. Colegio de Estomatólogos y Odontólogos de la provincia de Barcelona.

1923. La Asamblea contra el intrusismo

Del 31 de marzo al 4 de abril de 1923 se celebró en Zaragoza, promovida por el “Círculo Odontológico de Cataluña” y la “Sociedad Odontológica de Vizcaya” que presidía L. García Orive, una asamblea dental contra el intrusismo, habida cuenta de que se conocían no pocos casos de ejercicio odontológico ilegal repartidos por todo el país. Tal era la importancia de este asunto que durante el IX Congreso Dental Español, celebrado anteriormente en Madrid, del 4 al 8 de septiembre de 1922, se tomó el acuerdo de que la sección de “Legislación y Subinspecciones” del mismo no emitiera informe y que su gestión fuese acoplada a dicha asamblea⁽³⁾. Así informaba “Revista de Odontología”, publicación editada de 1922 al 25 que prácticamente a lo largo de toda su existencia y ya desde el primer número dedicó un espacio principal a este asunto. Esta publicación equilibraba la primacía de la revista “La Odontología”, hasta entonces prácticamente hegemónica en el colectivo dental español y claramente al servicio de los intereses de su fundador y director Florestán Aguilar.

Sin embargo, los seguidores de Aguilar quisieron ver en esta asamblea una toma de poder por parte del sector estomatologista de la profesión, y así lo defendió su afín Juan de Otaola en una crónica publicada en “La Odontología”: “al señuelo del intrusismo hemos caído unos cuantos incautos compañeros, muy pocos por cierto, los demás, la mayoría, no eran Cirujanos-Dentistas ni Odontólogos, en las flojas y falsas mallas del estomatologismo. Nada o casi nada se ha hecho contra el intrusismo en esta Asamblea, en cambio el estomatologismo ha enseñado sus garras...”⁽⁴⁾.

No obstante García Orive tenía sus razones para luchar contra el intrusismo de una nueva manera, no como hasta entonces,



“Revista de Odontología” fue especialmente activa contra el intrusismo.

a través de la figura de los “subinspectores de odontología” de cada provincia, sino que proponía que, al modo de los colegios de médicos, se exigiera la colegiación obligatoria de los dentistas ya que “El saneamiento de nuestra clase demanda un organismo con amplias atribuciones, no pudiendo en modo alguno estar vinculado en una sola persona, so pena de entronizar una tiranía. El delegado nos sería impuesto, pero la junta la dirigiríamos nosotros y tendría que respondernos de la confianza que en ella habíamos depositado”⁽⁵⁾.

La fórmula parecía sencilla, toda vez que ese organismo estaría formado por dentistas cuyo título gozara de toda legalidad, de tal manera que la criba que constituía dicho registro daría paso a que sólo pudieran ejercer los que pasaban a disfrutar de un carné de colegiado, persiguiéndose desde el propio colegio a quien no lo tuviere. Probablemente Otaola quiso ver, acaso sesgadamente, en este modelo a seguir —el de los colegios de médicos— ese condenado “estomatologismo” que no era tal, pues en las conclusiones que se mencionan a continuación nada se dice de excluir a aquellos dentistas sin título de médico como tampoco se abogaba por pedir dicho título en un futuro. Es muy probable que Aguilar sintiera que con estas directrices se democratizara la profesión desde el centro a la periferia y él pasara a perder el poder casi omnímodo que venía disfrutando desde principios de siglo.

Meses después de iniciarse en 1923, 15 de septiembre, la etapa política española del “Directorio Militar”, la “Federación Odontológica Española” se dirigió al General Primo de Rivera, transmi-

tiéndole las conclusiones aprobadas en dicha Asamblea contra el Intrusismo celebrada en Zaragoza. Se pedía, básicamente:

- Colegiación oficial obligatoria.
- Que todos los títulos extranjeros pasen a previo informe de la Facultad respectiva y Escuela de Odontología, con el fin de fijar la significación académica de los mismos y que el claustro otorgue la realización del examen de incorporación del examen de incorporación caso de ser concedido.
- ... Que todos los profesionales cuyas habilitaciones hayan prescrito se les anulen éstas por los Subinspectores de Odontología, procediendo a la clausura de sus gabinetes pudiendo luego valorar su título como dice la conclusión segunda.
- La propuesta para el cargo de Subinspector de Odontología será hecha por votación entre los profesionales legalmente establecidos en cada provincia.
- Que los actos de intrusismo en vez de ser considerados como simples faltas se estimen como delitos o que si esto no fuere factible en el plano jurídico, se apliquen con todo el rigor las sanciones que la ley determina para los caos de reincidencia.
- Que se reforme el artículo 2º de la Real Orden de 25 de Agosto de 1913 que se ocupa de las Subinspecciones de Odontología...
- Es urgente e indispensable conseguir que al ingreso en la escuela los alumnos tengan aprobado el tercer curso de medicina y sufran un examen de actitud...

En ese primer punto, la “Colegiación oficial obligatoria”, radicaba la mayor divergencia entre los dos bandos odontológicos españoles.

1925. Convulso año clave.

Dichas conclusiones, especialmente la primera, como se verá, contrariaron a cierto sector, bien identificado en su líder, Florestán Aguilar, hombre poderoso que además había sido nombrado director de la Escuela de Odontología por R.O. de 24 de septiembre de 1924. Ya en el mismo número de enero, firmaba no un particular sino “La Redacción” (sic.) de “La Odontología” un saludo bajo el título de “Un año más”, en el que decía así: “El año 1925 ha de ser para la profesión odontológica año de Incha (sic.), porque rota aquella cohesión de la que nos sentíamos orgullosos, deslindados los campos, se hace preciso que nos agrupemos y que todos colaboremos desinteresadamente en la medida de nuestras fuerzas al progrese (sic.) de la odontología, protestando de que en nombre de la profesión española se eleve a los Poderes públicos aspiraciones que no son las de la clase, sino de un grupo que por mucho gritar creeu (sic.) tener la razón y ser mejor oído y atendido”⁽⁶⁾.

La Sociedad Odontológica de Vizcaya, por medio de su secretario, Juan de Otaola, buen amigo de Aguilar, hizo lo propio, di-

rigiéndose asimismo al Directorio Militar, basando su propuesta principalmente en la lucha contra el intrusismo, si bien la primera de las “medidas urgentes y decisivas que ponga (sic.) término a este problema vital para la clase, dice: 1º. Posesión del título oficial de Cirujano dentista y Odontólogo expedido por el Estado o colegiación con carácter obligatorio, como requisitos previos para el ejercicio de la profesión”.

El 22 de febrero de 1925 se reunió en el Colegio de Médicos de Madrid la Asamblea de Subinspectores de Odontología, presidida por el Inspector general de Sanidad Dr. García Durán. Se celebraron tres reuniones en días consecutivos, al término de las cuales se aprobaron unas “Conclusiones”. Se pedía equipar el cargo de Subinspector de Odontología al de otras profesiones sanitarias, creándose el de Subdelegado provincial de Odontología. El punto a la larga más problemático sería el segundo: “Colegiación obligatoria de todo profesional, con arreglo a las bases aprobadas en la asamblea de Zaragoza”.



Asamblea de Subinspectores de Odontología, 22 de febrero de 1925.

Los seguidores de Aguilar no estaban de acuerdo y la escisión de la profesión en dos bloques era inevitable. El artículo siguiente, sin firma, que aparecía en la revista “La Odontología” era el que notificaba la creación de la “Asociación Española de Odontología”, tras la reunión mantenida el 8 de febrero. Ya la entrada era previsible: “La profesión dental en España venía dando en los últimos veinte años prueba de una cohesión, un espíritu de unión fraternal y de disciplina que había sido la razón del rapidísimo desenvolvimiento de nuestra clase, tan admirada por los Congresos que celebrábamos (sic.), por el perfeccionamiento de nuestra Escuela y por cuantas manifestaciones colectivas de actividad veníamos celebrando”. Un buen número de dentistas se daba de baja de la S.O.E. y se alistaba en la A.E.O.

En el programa de la nueva asociación si bien se contemplaban varios puntos, se daba preferencia, al menos en teoría, al de-

nominado “La obra científica”, que “constituye la finalidad más importante de la nueva Asociación”. La junta directiva quedaba presidida por Ramón H. Portuondo (primer presidente que fuera de la SOE), vicepresidida por Aguilar y teniendo por secretario general a Valderrama, tesorero a López Alonso, contador a E. Díez, vocal a Ruiz Valdés y secretario de actas a José Alonso. (Estas dos entidades, SOE y AEO se fusionarían el 17 de febrero de 1934, constituyendo la “Sección científica del Colegio de la Primera Región”, en un claro alarde de generosidad por parte de ambas que intentaba conciliar también a los dos bandos representados en sus líderes⁽⁷⁾).

Los hechos ocurrirían así durante este animado año de 1925. El 14 de marzo quedaba dictada una R.O. que se basaba en la Asamblea de febrero, sobre los Subinspectores de Odontología, a la que se dio carácter oficial el 18 de febrero. Su apartado 7º decía: “Que las Asociaciones odontológicas se constituyan oficialmente en Colegios regionales, sirviéndoles de norma para la redacción de sus Reglamentos orgánicos los propios Estatutos de los Colegios provinciales de Médicos”.

Apenas mes y medio después, el 30 de abril, se dictó una R.O., “para dar cumplimiento a la base séptima de la Real orden de 14 de marzo del corriente año que decía: S.M. el Rey (q.D.g.) ha tenido a bien disponer se aprueben los Estatutos para el régi-



Primera junta directiva de la Asociación Española de Odontología.

men de los Colegios regionales Odontológicos que a continuación se insertan”. En su artículo primero se establecía que: “En cada región [de las XII nombradas en la “Disposición preliminar”] se constituirá, para los fines que luego se enumeran, un Colegio de Odontólogos, en cuyas listas deberán inscribirse como pertenecientes a él todos los que legalmente ejerzan la Odontología en el territorio de la región. Los que no ejerzan la profesión o los Odontólogos del Ejército y de la Armada que no se dediquen a la práctica civil no están obligados a la colegiación, pero pueden hacerlo voluntariamente”.

El 21 de mayo se promulgaba una Real Orden en la que recordaba al principio que se habían dictado las de “14 y 30 de abril últimos, que autorizan a los Odontólogos para constituir, con carácter obligatorio, los Colegios regionales, sin embargo, Apenas publicadas, un grupo numeroso de Odontólogos acude a este Centro en solicitud contraria a la colegiación obligatoria, alegando que ella no constituye aspiración de la mayoría de la clase, a la par que pide la modificación de varios artículos del vigente Estatuto por considerarlos lesivos y contrarios a los fines esenciales de la colegiación”. En vista de lo cual se dictaban tres disposiciones:

- 1º. Hasta nueva orden se suspende la aplicación de los Estatutos aprobados por Real orden de 30 de abril último.
- 2º. En la fecha y en las condiciones que la Dirección general de sanidad disponga, se procederá a convocar un plebiscito entre la clase de Odontólogos, para determinar su opinión favorable o adversa a la colegiación obligatoria.
- 3º. Cualquiera que sea la solución adoptada, no podrán regir los Estatutos de los Colegios regionales de Odontólogos sin una nueva revisión de su articulado y aprobación del Gobierno”.

El plebiscito.

De acuerdo al punto 2º, el 26 de mayo publicó el Director General de Sanidad, F. Murillo, una circular convocando la votación para “el primer domingo del próximo mes de julio, de diez a doce de la mañana, en la Inspección provincial de Sanidad o en local adecuado del Gobierno civil”⁽⁸⁾...

El 5 de julio se celebró el plebiscito en la sede del Colegio de Médicos madrileño bajo la presidencia del Inspector provincial de Sanidad, D. José Palanca. Cuenta “La Odontología” que “Si en Madrid, a pesar de la tolerancia demostrada, no pudieron lograr mayoría los partidarios de la sindicación forzosa, en otras capitales, en cambio, se celebró el plebiscito a gusto de los obligatoristas... En muchas otras capitales, el patrón electoral, mejor electorero, ha sido análogo”. Y continúa: “Sin embargo, aun admitiendo que el resultado del plebiscito (sic.) haya sido el que la Sociedad Odontológica Española dá como definitivo, -477 a favor de la obligatoriedad, y 205 en contra- es evidente que los

partidarios de la sindicación forzosa suman menos de la mitad de los que integran la profesión, que son 1.027 según las estadísticas... En resumen: el plebiscito ha servido para demostrar que los enemigos de la colegiación obligatoria no son tan pocos como se pretende, -desde luego más de los 205 que aparecen en el escrutinio total- habiendo desaparecido, por tanto, el argumento de que solo una insignificante minoría era opuesta a la obligatoriedad”⁽⁹⁾. Evidentemente, Aguilar sesgaba la interpretación de los resultados pues para él no contaba el número de partidarios del “Sí” entre los que habían acudido a las urnas sino que lo relacionaba con el grueso de la población odontológica.

El asunto seguía presente en el ánimo del colectivo odontológico y así durante los días 13 a 17 de octubre de este año de 1925 se celebró en Zaragoza el X Congreso Dental Español, al que por vez primera no acudía Florestán Aguilar, sin duda por sentirse rechazado por una mayoría de sus compañeros. En esta reunión se emitieron varias conclusiones el último día, entre las que no faltó la “Implantación de la colegiación odontológica obligatoria, suspendida provisionalmente”⁽¹⁰⁾.

Sin embargo la instauración de la colegiación no fue inmediata. Todavía cuatro años después del plebiscito, el 3 de mayo de 1929, varios odontólogos comisionados a raíz de la celebración de una asamblea del ramo solicitaron la colegiación obligatoria y presentaron un proyecto de estatutos para regimiento de los mismos. Finalmente, en 1930, “Convocada por la Sociedad Odontológica de Zaragoza se celebró en Madrid una reunión para ver de llevar a buen fin la Colegiación”⁽¹¹⁾, de la cual salieron 35 artículos más 6 disposiciones adicionales, que serían la base de la R.O. de 27 de mayo de 1930 (Gaceta del 28) que se vio fundamentada en ley que se promulgará un año después.

Esta situación definitiva trajo el descontento del propio Florestán Aguilar, que así lo manifestaría en su revista “La Odontología”: “Ya tiene la clase Odontológica española la tan discutida Colegiación Obligatoria, considerada por muchos, panacea de nuestros males”. Por el contrario, en la revista “Odontología Clínica”, tribuna del otro bando odontológico español, se recibió con alborozo lo que denominó en titular: “Un triunfo de la clase odontológica” que precedía a párrafos tan contundentes como los siguientes: “Esta vez la aspiración ha quedado consagrada, siendo ello un triunfo legítimo que corresponde por entero a la clase odontológica... Durante este tiempo la clase odontológica no cesó de reproducir el acuerdo y la petición en todos sus Congresos y Asambleas, siendo portavoz de tan elevado anhelo la Federación Odontológica Española y su órgano en la prensa Odontología Clínica... He ahí el triunfo de la unidad en el esfuerzo y de la persistencia en la campaña”⁽¹²⁾. El “triunfo” se celebró con un banquete en honor de la comisión gestora al que, si bien firmó con otros la convocatoria, no acudió Florestán Aguilar.

¿Cuántos dentistas formaban entonces el colectivo español? Una información aparecida a primeros de 1930 en "Odontología Clínica"⁽¹³⁾ detalla la cantidad por provincias, sumando entre todos los prácticos establecidos legalmente en el país la cifra de 1.229. En veinte años se había duplicado ésta, ya que en 1909 se había detallado en 611 dentistas el elenco odontológico español establecido "legalmente".

La fecha definitiva: 27 de mayo de 1930

Mucho de todo lo anterior quedó recogido finalmente en la definitiva Real Orden de 27 de mayo de 1930 que así decía:

"Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Real orden de 14 de marzo de 1925, disponiendo que las Asociaciones Odontológicas se constituyeran oficialmente en Colegios profesionales, en 30 de Abril del mismo año, fueron aprobados los Estatutos porque habían de regirse dichos organismos.

Apenas publicados, un grupo numeroso de Odontólogos acudió a este Centro en solicitud contraria a la colegiación obligatoria y, por Real orden de 21 de mayo, se suspendió la aplicación de los Estatutos aprobados, disponiendo se convocara un plebiscito entre la clase de Odontólogos para determinar su opinión, favorable o adversa, a dicha colegiación. En 27 de mayo de 1925 fue convocado dicho plebiscito, que dio por resultado una gran mayoría de votos a favor de la colegiación obligatoria.

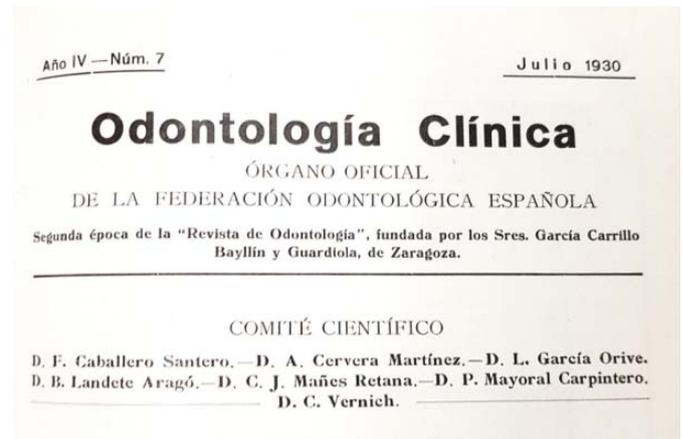
Posteriormente, varios Odontólogos, comisionados por la Asamblea odontológica, celebrada en 3 de Mayo de 1929, interpretando el sentir unánime de la clase, solicitan nuevamente la mencionada colegiación obligatoria y acompañan, a estos efectos, un proyecto de Estatuto por el que han de regirse los citados Colegios.

Es, pues, ya justo queden atendidas tan reiteradas demandas, ya que ellas responden a la necesidad, hace tiempo sentida por la clase odontológica española de contar con los medios oficiales adecuados que sirvan para velar por su propio prestigio y decoro profesional.

Por otra parte, ello contribuirá a una mayor vigilancia en la persecución del intrusismo y mercantilismo, que tan hondas raíces tiene entre la citada clase, con mengua y perjuicio del alto nivel moral que ella supo conquistarse en estos últimos años y con evidente lesión de sus intereses materiales y de los de orden sanitario.

En su consecuencia, de conformidad con la propuesta hecha por esta Dirección general, S.M. el Rey (q.D.g.) ha tenido a bien disponer le sea concedida la colegiación obligatoria a la Clase de odontólogos y se aprueben, para el régimen de sus Colegios, los Estatutos que a continuación se insertan.

De Real orden lo digo a V.I. para su conocimiento, el de los interesados y demás efectos. Dios guarde a V.I. muchos años. Madrid, 27 de Mayo de 1930".



Odontología Clínica, portavoz de la FOE, a favor de la colegiación obligatoria.

Las tesis de Florestán Aguilar habían sido derrotadas. ¿Por quién? Una vez más, y así que pasaron cincuenta años, sabemos que la mano del otro bando de la odontología estuvo detrás de esta acción toda vez que el propio colegio de Madrid, en la persona de su presidente Lorenzo Portero Benayas, recuerda en la junta de gobierno del día 10 de junio de 1980 una deseable celebración del "50 aniversario de la creación de los Colegios Profesionales por iniciativa del Dr. Bernardino Landete"⁽¹⁴⁾.

El 27 de mayo de 1930 es, pues, la fecha en la que arranca la colegiación obligatoria en España a través de sus colegios profesionales cuyo repertorio legal quedaría recogido en sus estatutos. Bien clara, dando remate a este apartado, es la filosofía que se recoge en esta introducción: perseguir el intrusismo y el mercantilismo, tan arraigados en nuestra historia, en tanto en cuanto producían "mengua y perjuicio del alto nivel moral que ella supo conquistarse en estos últimos años". Así era. El desarrollo científico de la odontología conllevó por parte de la profesión una asistencia solvente y de calidad que la hizo ser reconocida a un alto nivel y ya no tendría vuelta atrás. La gestación había sido engorrosa antes que laboriosa, posicionándose los dos clásicos bandos, aguilaristas y landetistas, sin ningún disimulo. Afortunadamente el resultado quedaba ratificado por la voluntad democrática del colectivo.

Las regiones colegiales, cuyo domicilio social estaría en la capital de la primera provincia reseñada, quedaban conformadas así:

- **I Región:** Madrid, Ávila, Segovia, Toledo, Guadalajara, Cuenca y Ciudad Real. (Constituido el 27 de julio)
- **II Región:** Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona. (Constituido el 4 de julio).
- **III Región:** Valencia, Castellón, Alicante, Albacete y Murcia. (Constituido el 24 de junio).
- **IV Región:** Sevilla, Córdoba, Cádiz, Huelva y Canarias. (Constituido el 6 de julio).

- **V Región:** Málaga, Granada, Jaén, Almería y Melilla. (Constituido el 23 de junio)
- **VI Región:** Zaragoza, Logroño, Soria, Huesca y Teruel. (Constituido el 29 de junio).
- **VII Región:** Vizcaya, Guipúzcoa, Álava y Navarra (Constituido el 21 de junio).
- **VIII Región:** Valladolid, Santander, Burgos, Zamora y Palencia.
- **IX Región:** Cáceres, Salamanca y Badajoz.
- **X Región:** Coruña y Lugo.
- **XI Región:** Pontevedra y Orense. (Constituido el 17 de junio).
- **XII Región:** Asturias y León. (Constituido el 19 de junio).
- **XIII Región:** Baleares.

El 7 de septiembre de ese mismo año de 1930 tuvo lugar en San Sebastián la Asamblea Nacional odontológica. Aquí se eligió el Consejo General de Colegios de Odontólogos, recayendo la presidencia en Laureano Mariscal Hernando⁽¹⁵⁾. Echaban a andar los colegios de odontólogos, la mayoría con alguna experiencia rodada en las homólogas asociaciones o sociedades científicas zonales. Hasta el día de hoy. Con el dramático parón sufrido durante la inminente e incivil guerra entre españoles.

Cada región, con las transformaciones que ha traído el tiempo, segregándose alguno de sus colegios para constituirse en entidades independientes, ha escrito desde aquel año de 1930 su propia biografía. Camino de un siglo de historia, queden sumariamente reseñados los orígenes de la colegiación odontológica española, que no estuvieron exentos de polémica.

Bibliografía

1. Puede consultarse en: La colegiación obligatoria de médicos y farmacéuticos. Real Decreto de 12 de abril de 1898 publicado en la GACETA DE MADRID fecha 15 del mismo mes. Valencia, Impr. de Manuel Alufre, 1898.
2. Unión Dental Española. Sesión inaugural. La Odontología, 1903, 1, pp. 33-41.
3. Asamblea Nacional contra el Intrusismo. Revista de Odontología, 1924, 13, pp. 465-466.
4. Ecos de la Asamblea Dental contra intrusismo celebrada en Zaragoza. La Odontología, 1923, 4, pp. 186-188.
5. L. García Orive. La colegiación forzosa como medio de combatir el intrusismo. Ídem., pp.188-190.
6. La Redacción. A Nuestros lectores. UN AÑO MÁS. La Odontología, 1925, 1, pp. 61-62.
7. Sanz, J. Odontología versus Estomatología (O Monarquía versus República). Un caso excepcionalmente singular en la España científica del siglo XX. Medicina E Historia, 2002, 4, p. 15.
8. La Odontología, 1925, 9, pp. 451-453.
9. Después del plebiscito. La Odontología, 1925, 3, pp. 203-206.
10. El X Congreso Dental Español. (Zaragoza-Octubre). La Odontología, 1925, 10, pp. 500-504.
11. Proyecto de Estatutos de los Colegios Oficiales de Odontólogos. La Odontología, 1930, 4, pp. 187-202.
12. Un triunfo de la clase odontológica. Han sido aprobados, oficialmente los Estatutos de colegiación obligatoria". Odontología Clínica, 1930, 6, pp. 365-367.
13. Odontología Clínica, 1930, 1, pp. 37-58.
14. Sanz, J. Historia del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región. Madrid, COEM, 2015, p. 19.
15. La Odontología, 1930, 10, p. 551.



ODONTÓLOGOS de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

**COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA**



¿POR QUÉ SE SEPARAN LOS SOCIOS DE UN NEGOCIO?.

*Francisco Javier Relinque
Socio De IVB Abogados Y Economistas*

A lo largo de mi trayectoria profesional he podido asistir a auténticos negocios rentables que se han ido a la ruina a causa de la pelea entre los socios. Y la verdad es que es una lástima tirar por la borda tanto esfuerzo y patrimonio después de saber hacer lo difícil, pero no entender lo más sencillo; es decir, la vida misma.

Después de casi 25 años de profesión he visto de todo, pero me interesa exponer aquí aquello que puede servir para evitar la ruptura o, sencillamente, el drama.

Podemos distinguir así, por un lado, las causas intrínsecas a la vida profesional, y por otro, aquellas otras que no son sino defectos o vicios que son perfectamente evitables entre personas con un proyecto común.

Efectivamente, entre aquellas razones de ruptura que son lógicas y que se hallan en la misma vida profesional, nos encontramos con el **cambio de ciclo profesional**. Es decir, la profesión va llevando a cada profesional por un curso, itinerario, satisfacciones y expectativas que a veces se agotan. Los síntomas suelen ser la falta de motivación, la rutina, el cansancio permanente y la falta de ilusión por el proyecto. En ese caso, lo mejor es analizar las razones, y si se debe a la necesidad de emprender nuevos proyectos profesionales, se deben exponer las razones al socio y pactar una salida ordenada. Sin traumas.

La forma de entender el negocio suele ser otra fuente de ruptura a medio plazo.

Para uno, el negocio sólo está para "ganar pasta", mientras que el otro socio necesita generar un bien común

Las **realidades personales de cada socio** inciden de igual manera en el curso de una sociedad o nego-

cio conjunto. Así es. El matrimonio, los hijos, el trabajo del cónyuge (o la falta de empleo de éste), un divorcio, una enfermedad cercana, en cambio en las necesidades económicas, el fallecimiento de un familiar, un golpe de mejor fortuna personal o una crisis personal, nos hace cambiar las expectativas personales y la visión de la misma vida. Estas causas pueden ser una oportunidad para compartir y aportar las habilidades aprendidas en esas circunstancias, o por el contrario pueden desestabilizar la relación con el socio.

La **forma de entender el negocio** suele ser otra fuente de ruptura a medio plazo. Para uno, el negocio sólo está para "ganar pasta", mientras que el otro socio necesita generar un bien común, crear algo que sea importante o liderar una forma de trabajo más justa y sostenible trabajando con personas y no con meros "recursos humanos". Son visiones completamente distintas. En estos casos, el negocio no durará mucho, salvo que se dé una nivelación y equilibrio de ambas concepciones entre los socios.

Por último, merece la pena señalar como una de las causas más frecuentes, la **crisis de crecimiento de la empresa**. Esto es, hicimos lo más difícil (o así lo parecía), que no es sino montar un negocio rentable desde cero. Pero ahora ya se precisa más infraestructura, más inversión, más control, objetivos y puntos de equilibrio. Ello conlleva más trabajo de gestión, que mal ejecutado supone siempre un mayor coste no rentable; la empresa se convierte entonces en una mole difícil de gestionar, donde surgen las disputas, y se puede morir en el intento al tratar de superar el crecimiento. En esta fase de crecimiento, que siempre se da, el análisis periódico, la calma, la docilidad ante quien sabe y el sentido común son esenciales.

Abordemos ahora esas causas de rupturas de empresas o peleas entre socios que se deben a vicios o defectos en el comportamiento empresarial, y que podrían evitarse con un poco de reflexión y sentido común.

Lo primero y básico. **Los pactos entre los socios deben ser claros, consensuados, equilibrados y estar expresados por escrito y firmados.** No dejar nada a la interpretación o al subjetivismo, pues un malentendido en pactos clave puede recibirse por un socio como un intento de engaño por parte del otro.

Las cuentas, siempre claras. En este aspecto es fundamental el dicho: no sólo hay que ser bueno sino también parecerlo. La transparencia y la honestidad son claves en este aspecto, y la falta de éstas provoca no pocas querellas criminales entre socios. Y un consejo: no dejar nunca de revisar las cuentas. Hay que tener una confianza en quien lleva las cuentas, pero siempre, siempre, verificarlas; de esta forma disuadimos las tentaciones de quien no ve que nadie le pide cuentas.

En este aspecto, **las mentiras, las medias verdades o la ocultación de información relevante** tienen un gran peso específico en las rupturas más traumáticas. No sólo se miente cuando se dice algo que es falso, sino cuando se omite, a sabiendas, un hecho relevante para el otro. Es por ello que, tanto en las cosas cotidianas como en las importantes se debe —especialmente con los demás socios— ser siempre honesto y sincero, pues no hay nada peor que esforzarse cada día para sacar el negocio para adelante, exponer tu patrimonio personal, y encima que te mientan. El torpedo de la mentira —pequeña o grande, con importancia o sin ella— va directamente a la línea de flotación de la empresa, porque destroza la confianza necesaria entre socios. Hay socios que, aun siendo buenas personas, mienten u ocultan la verdad por sistema, como herramienta de gestión de la información (cuando en realidad lo que quieren es “orientar” las decisiones del otro). En ese caso, lo mejor es romper con ese vicio, o con ese socio.

Evitar al socio “rentista”. Llamo así al socio que tiene cierta “reticencia” para ir a trabajar diariamente, y pretende que el negocio sea quien le proporcione una renta que —él supone— se obtiene sin ese esfuerzo diario. Frente a ese socio que sólo le gusta recibir un dinerito pero no ir a trabajar, lo mejor es pactar una retribución justa para el socio que trabaja, y luego repartir los beneficios, detraída —claro— esa retribución.

El **caos o desorganización en quien adopta la tarea de dirección** es otro corte en el talón que Aquiles, lo que suele ser además frecuente en las empresas. Y así,

observo que el socio director en muchas ocasiones es un puñetero caos. Ni sabe dónde están los documentos, llega tarde a las reuniones, no controla los procesos, no conoce el resultado de la empresa (más allá del dinero en cuenta corriente), no prevé necesidades de tesorería, etc. A veces es un socio director personalmente “entrañable”, pero un auténtico caos que llevará a todos a la ruina. Una solución: si ese socio tiene otras cualidades (generalmente son muy creativos), lo mejor es reubicarlo en otras áreas en las que lo intangible sea un valor y no un obstáculo.

La asignación de tareas específicas y concretas se impone como requisito de una convivencia en el negocio, pues de lo contrario se duplicarán y pisarán tareas y se dejarán sin ejecutar otras realmente importantes. La **descoordinación** en la empresa constituye una base sólida para el fracaso, los malentendidos y la ruina asegurada. Así, contra el individualismo en el ejercicio profesional, **la comunicación y las reuniones periódicas de control, análisis y asignación** desempeñan una labor preventiva muy interesante.

Los pactos entre los socios deben ser claros, consensuados, equilibrados y estar expresados por escrito y firmados



Por último, encuentro cada vez más frecuente el problema en las actitudes de **soberbia empresarial**. Es decir, el socio que después de años de trabajo conjunto sólo reconoce que son sus méritos (comerciales, técnicos, etc.) los que han generado éxitos en la empresa. No reconoce méritos ni al otro ni al equipo; todo es gracias a él. Frente a ello sólo cabe ejercer la virtud del reconocimiento de las aportaciones del otro.

Me he dejado atrás otras causas (el enchufismo, la disparidad en los valores personales, la falta de objetivos concretos, el mal carácter, etc.), pero eso daría para una conferencia no un artículo.

En fin, si he conseguido aportar una pequeña dosis de realidad en el comportamiento empresarial para evitar que quien lea este artículo acabe mal con su socio/s, ya hemos evitado un pleito y un desgaste personal que carece de sentido.

HUELGA DE TAXIS... ¿Y DE DENTISTAS?

Dr. Alberto Manzano
Fundador y CEO de Plan Synergia. Consultoría Dental Ética



Aprovechándonos de la línea editorial tan abierta y valiente de esta revista, vamos a tratar un tema controvertido en el mundo de los dentistas: ¿debemos manifestarnos para que se regule (o hiper-regule) nuestra profesión, como piden los taxistas, o debemos apostar por el *status quo*?

No hay una respuesta correcta o incorrecta, depende de cada persona, pero sí que debería estar acorde a lo que nos gusta que ocurra como consumidores en otros sectores (taxis, tiendas de juguetes, etc...). “Pero el sector dental es distinto por su importancia en la población”, podrán argumentar algunos; las aerolíneas también tienen un gran impacto en la vida de las personas (quizá más que el sector dental) y a mí personalmente me encanta que apareciese nueva competencia a Iberia porque me permite viajar a precios más asequibles, asumiendo es verdad que el viaje posiblemente no sea tan cómodo, pero al menos puedo elegir libremente.

Obviamente, no niego que hay un problema de sobrecapacidad de dentistas, en lo que yo difiero a algunos compañeros es en la solución. Personalmente, creo que es más justo que sean los consumidores los que, llevándose su dinero a uno u otro sitio, decidan qué clínicas deben continuar y cuáles no. La alternativa sería que el Estado (o los Colegios, o el Consejo, o Facuo, o etc...) decidan quién puede abrir una clínica y quién no, con criterios que dependerán de muy pocas personas (en política esto acaba muchas veces en corrupción).

Personalmente, creo que es más justo que sean los consumidores los que, llevándose su dinero a uno u otro sitio, decidan qué clínicas deben continuar y cuáles no

El hecho de que hasta ahora la solución de competir con las leyes del mercado no parece que haya beneficiado mucho a las clínicas de dentistas, para mí tiene 2 explicaciones:

1. Para que un sistema de libre mercado funcione, se necesitan leyes contundentes y rápidas. En España, este punto debe mejorar aún bastante, sobre todo en nuestro sector. Hay

multitud de casos escandalosos que tardan meses o años en resolverse (como la publicidad falsa o engañosa en algunos casos), o penas muy leves que no previenen su repetición (como en los casos de intrusismo).

2. Poca autocrítica. Está demostrado que las clínicas de franquicias y aseguradoras suponen únicamente un 5% del total de clínicas en España, y sólo con ese 5% acaparan el 52% de las quejas de pacientes pero también el 15% de todos los pacientes. Es decir, son menos, trabajan peor y aún así facturan más y acaparan proporcionalmente a más pacientes. Creo que algo estamos haciendo mal, o al menos, mejorable.

Todos los años, en nuestro Diploma en Gestión de Clínicas, hacemos un ejercicio que consiste en mejorar algún sector ajeno al nuestro (para ponernos en la piel de un consumidor), en el primer año un grupo eligió al sector del taxi, e incluyó algunas de las mejoras que hoy ofrecen empresas como Uber y Cabify. Si alguno de ellos las hubiera llevado a la práctica, hoy sería multimillonario. Lo que quiero decir es que, hoy en día, los pacientes demandan cosas en las clínicas dentales, que la mayoría de las clínicas tradicionales no satisfacen, y por supuesto no estoy hablando de cosas que se salten la ética profesional ni descuentos, sino servicios como por ejemplo: amplitud de horario, agua y revistas actualizadas en la sala de espera, wifi de cortesía, una mejor atención por parte del personal auxiliar y recepción, una sala de descanso postcirugía, unas fotos bonitas de antes y después, etc, etc, etc. En definitiva, valores añadidos para el paciente. Obviamente no todos valen para todas las clínicas, hay que conocer bien qué es bueno para cada clínica en particular. Y por supuesto, sin descuidar el tratamiento odontológico, aunque por experiencia en tratar clínicas, eso es algo que en las clínicas independientes se hace bastante bien.

Como conclusión, por supuesto que si se limitan las plazas en las universidades o el número de clínicas por habitante la situación mejorará para las clínicas existentes, pero creo firmemente que las clínicas independientes lo tenemos todo para triunfar sobre las clínicas puramente mercantilistas. Y es el camino que hemos escogido en Plan Synergia para ayudar a las clínicas independientes a tener éxito de forma correcta: proveerlos de los conocimientos y técnicas empresariales adecuadas para su modelo de gestión.

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

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

Doctor, ¡Año nuevo, objetivos nuevos!



Eduard Martín

*CEO DentalConsulting Experto en Gestión y marketing Dental
Licenciado en Administración y dirección de empresas*

Ya se acabó el 2018 y deberíamos tener en cuenta si hemos conseguido o no nuestros objetivos profesionales propuestos, entonces llega la pregunta que nos hacen algunas clínicas, **¿Qué objetivos?** Este año ha ido bien, más o menos como el pasado. Esta respuesta suele ser habitual y por ello la razón de este artículo.

La única forma de conocer la evolución de nuestra clínica dental es manteniendo unos controles de los objetivos marcados, estos pueden ser infinitos según lo que busquemos conseguir, por ejemplo: más facturación, fidelización, aumento de tratamientos Invisalign, aumento de tratamientos de implantología, mejora de protocolos, rentabilidad, engagement de nuestros pacientes, etc.

En ocasiones me he encontrado con clínicas satisfechas de los resultados del año transcurrido sin utilizar las herramientas de gestión adecuadas para medir estos resultados y objetivos a través de KPI's (*key performance indicator*), simplemente emplean como herramienta principal la intuición para valorar la evolución del año, ¿A caso eso es un indicador realista? Por supuesto que NO.

Como hemos explicado en diversas ocasiones cada año debemos establecer los llamados Objetivos SMART, pero no basta con establecerlos en un papel y guardarlo en el cajón del despacho con la esperanza que se consigan por un acto de motivación puntual, como todo en nuestra clínica tiene un proceso a seguir minuciosamente.



¿Cuál es el proceso que debo seguir en mis objetivos?

Antes de empezar debemos tener en cuenta que cuando decidimos planificar y marcar objetivos estos deben tener como mínimo dos características, tener sentido con los recursos de la clínica y que sean alcanzables por el Equipo de la clínica.

Como todos los procesos consta de diferentes fases ordenadas fielmente por la dirección de la clínica que podemos simplificar en 4 bloques:

- **Planificación:** una buena organización por parte de todos los componentes del equipo en cualquiera de los diferentes procesos de la Clínica transmite una sensación de profesionalidad y seguridad, sin duda la organización de nuestra clínica debe estar a la altura de la odontología que deseamos ofrecer.
- **Organizar:** coordinamos los recursos de nuestra clínica, marcamos protocolos trabajando en Equipo para obtener los resultados planificados.
- **Comunicar y consensuar:** trasladamos a nuestro Equipo los objetivos marcados por dirección y debatimos los protocolos para hacerlos comunes, ¿Cómo? A través de un brainstorming que nos hará crecer juntos y ser más eficientes.
- **Controlar:** cuantificar el resultado de los objetivos conseguidos respecto de los marcados. Este ejercicio de control debe ser de manera habitual en el

tiempo para corregir posibles desviaciones mediante soluciones con criterio.

Para mí algo apasionante cuando acaba el mes, estoy deseando analizar los datos para controlar la consecución de los objetivos, además esta medición me ayuda a sopesar el trabajo en Equipo, si si, en Equipo, la importancia del Equipo es fundamental para lograr los objetivos, podéis recordarlo en el anterior artículo *El mejor activo de tu clínica: Tu Equipo*.

Nuestro consejo es que una vez marcados los objetivos, establecer un cuadro de mandos que pueda darnos la información necesaria para conocer la clínica y su potencial, así poder dar una respuesta real a la pregunta ¿Cómo va la clínica? Si consigo mis objetivos los mantendré siguiendo con la organización marcada, en cambio si no los consigo buscare las debilidades para corregirlas.

Recuerda doctor, ahora deberíamos conocer los resultados del control de los objetivos de 2018 dando paso a evaluar nuestro año dental, de otro modo esperemos que la intuición no falle, en este caso te invito que en 2019 cambies e incorpores esta herramienta de Dental management.

En Asesoría Dental Consulting te ayudamos planificar y alcanzar las metas y objetivos de tu clínica aportando experiencia, herramientas y formación en Dental management tanto personalizadas para clínicas como formaciones en grupos.

FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA

Nuestra forma de ser

La Fundación Mutua Madrileña incrementa este año su actividad de difusión cultural, incluyendo al Museo Nacional Thyssen-Bornemisza en su programa de colaboración con las principales instituciones culturales del país.

Todos los mutualistas **pueden acceder de forma gratuita junto con un acompañante al Museo Nacional Thyssen-Bornemisza con solo presentar su tarjeta SOY en la taquilla**, cualquier día del año en el que el museo se encuentre abierto y siempre que el aforo lo permita, disfrutando así tanto

de su colección permanente como de todas las exposiciones temporales programadas.

La colección permanente del museo hace un recorrido por siete siglos de historia de la pintura occidental (desde el siglo XIII hasta el XX) a través de cerca de mil obras de artistas como Duccio, Van Eyck, Durero, Rubens, Sargent, Monet, Van Gogh, Gauguin, Mondrian, Hopper... entre otros muchos. En la actualidad, este museo nacional alberga también exposiciones temporales como "Descubriendo a Caravaggio. Estudio técnico y restauración de Santa Catalina de Alejandría" y, a lo largo del año, **acogerá otras muestras como las dedicadas a "Balthus", "Balenciaga y la pintura española" y "Manet, De-gas, los impresionistas y la fotografía"**.

Esta iniciativa forma parte del programa de difusión y fomento de la cultura de la Fundación Mutua Madrileña.



VII Convocatoria Anual de Ayudas Sociales

La Fundación Mutua Madrileña ha concedido 750.000 euros a un total de 26 proyectos que van a ser desarrollados por entidades no lucrativas que buscan mejorar la realidad socioeconómica y la calidad de vida de colectivos desfavorecidos. Los 26 proyectos –seleccionados de entre los más de 400 que se presentaron– se enmarcan dentro de las seis categorías establecidas en la convocatoria: apoyo a personas con discapacidad, iniciativas para luchar contra la violencia de género, ayuda a la infancia con problemas de salud y/o en riesgo de exclusión, integración laboral de jóvenes en riesgo

de exclusión social, cooperación al desarrollo e innovación social.

La evaluación de los proyectos presentados se ha realizado teniendo en cuenta el potencial de mejora de las necesidades del colectivo beneficiario del proyecto, la viabilidad técnica, económica y de gestión del proyecto y sus posibilidades de continuidad en el futuro. Todas las ONG debían tener sus cuentas auditadas y en la valoración se ha tenido en cuenta que estén acreditadas por la Fundación Lealtad.

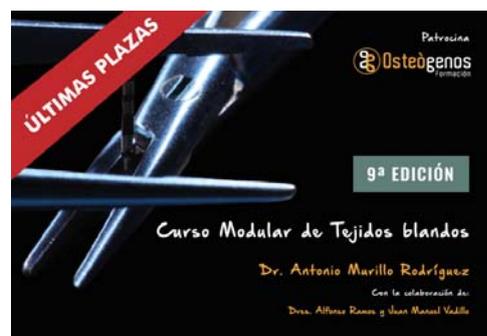


Osteógenos ultima el lanzamiento más esperado del año: **OsteoBiol® GTO®**, un nuevo biomaterial que revolucionará las técnicas actuales de regeneración ósea.

A través de sus perfiles de redes sociales, **Osteógenos** ha ido desvelando paso a paso las características, composición y las aplicaciones clínicas que lo hacen un producto único en el mercado, convirtiéndolo en el biomaterial del futuro que logrará un nuevo nivel

de excelencia, superando las expectativas de los profesionales que lo utilicen.

A partir de este mes, **OsteoBiol GTO** estará disponible para su comercialización, por lo que te invitamos a visitar el Canal de YouTube de Osteógenos para conocer sus extraordinarias características a través de los vídeos de lanzamiento que han preparado.



NSK

CREATE IT.



NUEVO CATÁLOGO DE OFERTAS ESPECIALES NSK

DESDE EL 1 DE MARZO DE 2019
HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2019

DISPONIBLES EN: www.nsk-spain.es

Nuevas Ofertas Especiales de NSK disponibles hasta el 31 de agosto de 2019

A partir del 1 de marzo y hasta el 31 de agosto de 2019 estarán disponibles las nuevas ofertas especiales de NSK Dental Spain. El archivo estará disponible en la web de NSK (www.nsk-spain.es) para su descarga en formato PDF. Dentro del catálogo podrás encontrar las mejores ofertas de los productos desarrollados por NSK y dentro de los diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica se ofrecen con precio especial: turbinas y contra ángulos, el micromotor Surgic Pro combinable con el sistema quirúrgico ultrasónico VarioSurg3; Varios Combi Pro, con doble función, para limpieza por ultrasonidos y aeropulidores; sistemas automáticos iCare para limpieza y lubricación del instrumental rotatorio; iClave, la serie de autoclaves de NSK y la gama de micromotores y turbinas neumáticas. Las empresas y los profesionales pueden efectuar sus pedidos a través de la amplia red de distribuidores de NSK en España.

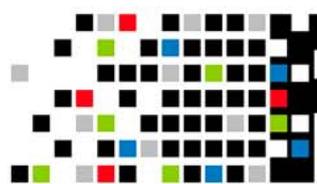


antón

Suministros Dentales

Antón Distribuidor zona Norte (Cantabria, País Vasco, Navarra, La Riola y Aragón)

EQUIPOS FOTOGRÁFICOS
CONFIGURADOS



FOTOLANDIA

dental



**3 MODOS
DE
DISPARO**

INTRAORAL

EXTRAORAL

CIRUGÍA

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

¡REIVINDICANDO LA SALUD ORAL!

REUNIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL



SEDCYDO - SEMO

XXX Reunión SEDCYDO - XV Congreso SEMO

20-22 DE JUNIO DE 2019

PONENTES:

BILBAO



BIZKAIA-ARETOA

Laureano Ribacoba Bajo, Estepan Gainza Jauregui, Guillermo Quindós Andrés, Josune Martín Corral, Adelaida Domínguez Gordillo, Nieves Pilar Jiménez Pasamontes, Guillermo Casares García, Ángel Martínez-Sahuquillo, Pía López Jornet, Rafael Poveda Roda, Enric Jané Salas, Miguel Ángel González Moles, Juan Carlos Gómez Esteban, David Bartrés-Faz, Juan Carlos García Moncó, Asier Eguia Del Valle, María Eugenia Rdgz. De Rivera, Adalberto Mosqueda Taylor, Jose Vicente Bagán Sebastián, Francisco Cardona Tortajada, Abel García García, Félix De Carlos Villafranca, Marcos Fernández-Barriales, Elena Miró Morales, Satu Jääskeläinen, Jennifer Taylor, Emmanuelle Vigaros, Lene Baad-Hassen, Wilson Delgado, María Prieto Elías, Eduardo Ginestal Gómez, Katia Gustino Matías, Irene Lafuente Ibáñez, Javier Alberdi Navarro, José Manuel Aguirre Urizar.



www.reunionsedcydosemo2019.com
congresosedcydosemo@emedeuve.com



Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitatea

Organiza: Departamento Estomatología II - Universidad del País Vasco / EHU