ODONTÓLOGOS de hoy
Publicación bimestral
Volumen 8
Nº 37 abril –mayo 2019

Eduardo Ginestal
Presidente Comité Organizador
REUNIÓN INTERNACIONAL
CONJUNTA SEDYCO – SEMO
(20-22 JUNIO BILBAO)

"El campo del Dolor Orofacial y la Disfunción Craneomandibular tienen entidad más que suficiente para convertirse en una especialidad independiente"

Luis Giner Tarrida
Decano Facultad Odontología Universidad Internacional de Cataluña

Ingresó en la Real Academia Europea de Doctores / Royal European Academy of Doctors

José Manuel Aguirre Urizar
Catedrático UPV/EHU

La Odontología, Ciencia de la Salud, en la UPV/EHU: Quo vadis?

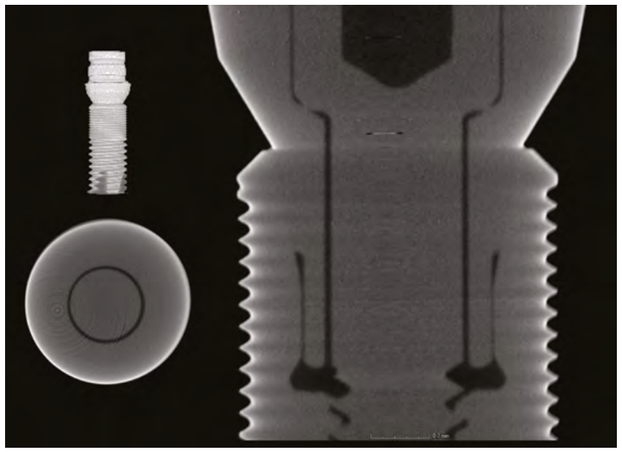
Marcel Martín y Pere Rosello
casanovafoto

anton
Suministros Dentales
www.antonsl.es

ticare
www.ticareimplants.com

ticare
TISSUE CARE PHILOSOPHY

EL IMPLANTE LIBRE DE FILTRACIÓN BACTERIANA (1)



GRACIAS A UN CONTROL DE CALIDAD ÚNICO

gapZero®

- Conexión cónica de 11 º
- Tolerancia de fabricación < 7 micras (0,007 mm)
- Verificación del 100% de la producción

(1) Disminuye el riesgo de periimplantitis y mejora el mantenimiento de hueso marginal

Estudio sobre Ticare Inhex de conexión cónica a 20 y 30 Ncm de torque publicado en 2018 en
Clinical Implant Dentistry and Related Research.

@ticareimplants @ticareimplants www.ticareimplants.com

Sumario

Opinión 04
- La Odontología, Ciencia de la Salud, en la UPV/EHU: Quo vadis?
  José Manuel Aguirre Uriza
- ¿Qué ha sido de la excelencia?
  Manuel Ribera Uribe
- Protección de niños y adultos vulnerables
  Alejandra Llorente

Tribuna abierta 10
- Un afán por mejorar
  F. Javier Cortés Martinicorena

Actualidad 12
- El Profesor Lluís Giner Tarrida ingresa en la Real Academia Europea de Doctores
- SECIB participa en la constitución del primer grupo de trabajo de Dentistas Europeos para el Control del Tabaco
- Jornadas Inter – Universitarias, Bilbao
- I Jornada de Bioética en Odontología
- Convenio de colaboración COEM y SEGER
- Recorrido por el Camino de Santiago
- SECIB Joven 2019 abrirá el XVII Congreso Nacional de Sevilla con una jornada monográfica sobre regeneración ósea

Entrevista 26
- Eduardo Ginestal Gómez

Ciencia y salud 30
- Reducción del indice de apnea-hipoapnea mediante avance maxilomandibular o distracción ósea mandibular. Una revisión sistemática
- Tercer molar y nervio dentario inferior ¿Qué hacer cuando el tercer molar es sintomático?

Historia de la Odontología 42
- Epónimos Odontológicos (II).
  María José Solera Piña, Javier Sanz Serrulla, Andrea Santamaría Laorden, Manuela Escorial García

Gestiona tu consulta 45
- Tus aparatos chulos NO salvarán tu clínica
  Dr. Alberto Manzano
- La imperfecta Ley de Sociedades Profesionales y su repercusión en la Odontología
  Dr. Diego Rodríguez Menacho

Formación 50

Empresas 52

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 Seíquer

WEB:
Patricia Puertolas
web@odontologosdehoy.com

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

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

No te pierdas ningún número de la revista.
Suscríbete y recíbela en tu e-mail.
Entra en *www.odontologosdehoy.com*

Distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

La Odontología, Ciencia de la Salud, en la UPV/EHU: *Quo vadis*?

José Manuel Aguirre Urizar
Catedrático de Medicina Bucal de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU
Presidente del Consejo Asesor de Salud Bucodental de Euskadi

La Odontología forma parte indisociable de las ciencias de la salud desde tiempo inmemorial. En los albores de la Medicina científica, Hipócrates y Galeno ya prestaron una especial atención al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la boca.

En pleno siglo XXI, entendemos que un odontólogo u odontóloga, coloquialmente "dentista", es la persona profesional sanitaria encargada de la salud del "aparato estomatognático", no sólo de la boca y, aún menos, no sólo de los dientes.

La Ley 10/1986 de 17 de marzo (BOE 20 marzo 1986) que regula el ejercicio de la Odontología, señala claramente en el punto 2 del artículo 1: "Los Odontólogos tienen capacidad profesional para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos".

En la actualidad, los tres objetivos principales de la actividad sanitaria de las y los profesionales de la Odontología son, por este orden:

1. cuidar y preservar la salud bucal de sus pacientes.
2. mantener y mejorar sus funciones bucales.
3. procurar que las estructuras afectadas tengan la mejor estética posible.

En toda Europa, la profesión odontológica se aprende en la Universidad, y, concretamente en nuestra Comunidad, en la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Sea conocida como Estomatología, antiguamente, o como Odontología, en la actualidad, estos estudios vienen impartiéndose desde hace 40 años junto a los de Medicina en nuestra Universidad pública. En el campus de Leioa de la UPV/EHU, nuestros alumnos y alumnas estudian este Grado durante cinco intensos años, para poder ser profesionales responsables de la salud oral.

Sin embargo, desde hace un par de meses, algunos miembros de la comunidad odontológica asistimos con inquietud a la actuación de las autoridades académicas y sanitarias de la UPV/EHU y del Gobierno Vasco, que están proyectando el traslado de nuestra Facultad de Medicina y Enfermería a Bilbao (cercanía del Hospital Universitario de Basurto) sin incluir en dicho traslado a la Odontología. Desde nuestra visión de docentes de la salud, no entendemos un proyecto parcial que pretende trasladar los estudios preclínicos de la Facultad cerca de un hospital dejando los estudios de Odontología en el campus de Leioa.

El traslado de la Facultad de Medicina de la UPV/EHU a Bilbao es un proyecto antiguo y muy ilusionante para las y los docentes que llevamos muchos años soñando con ello, al menos desde que se decidió que el "Hospital fallido de Leioa" no se pusiera en marcha. En todos los proyectos realizados por la UPV/EHU durante todos estos años, siempre se ha incluido a la Odontología. Por ello, es muy difícil entender las razones por las que ahora no va a ser así, cuando finalmente parece que va en serio. Recientemente, la rectora de la UPV/EHU (El Correo 15.03.19) señalaba la construcción de la futura Facultad de Medicina y Enfermería en Bilbao y la constitución de un Campus de Ciencias de la salud, como uno de los grandes logros de esta institución. Por ello, no se entiende que se esté dejando fuera a uno de sus grados académicos sanitarios, máxime cuando no se ha dado una sola razón de carácter docente o de mejora de la calidad académica que justifique esta decisión. Solo se han señalado vagos motivos económicos, siempre discutibles o, al menos, negociables.

Esta decisión, además, es contraria a la opinión de la Junta de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU, que el 29 de enero de 2019 remitió su Posicionamiento sobre este tema al Rectorado de la UPV/EHU para que reconsiderase su postura y se incluyese en el proyecto al grado de Odontología. En este texto se señalaba: "la Facultad de Medicina y Enfermería tiene cuatro titulaciones de Grado y está preocupada por la idea de que uno de sus grados quede excluido del proyecto final. Por ello, la Junta de Facultad considera que ninguno de sus grados debería quedar excluido del desarrollo de este proyecto". Hasta este momento, desconocemos si ha habido respuesta por parte del Rectorado a este Posicionamiento y si se va a tener en cuenta para tratar de solucionarlo.

Como Ciencia de la salud, existen importantes razones por las que los estudios de Odontología deben estar junto al resto de los estudios de la Facultad de Medicina y Enfermería, tal como se hace en los países más desarrollados de Europa, constituyendo "Campus sanitarios" junto a centros hospitalarios.

Algunas razones que avalan este planteamiento son:

- La Odontología es parte de las ciencias de la salud, es una "ciencia sanitaria".
- La Odontología comparte la mayor parte de sus contenidos científicos y metodológicos con la Medicina y con otras ciencias de la salud.
- La docencia del grado de Odontología en la UPV/EHU es responsabilidad de diferentes Departamentos básicos y clínicos de la Facultad de Medicina y Enfermería, muchos con docentes en el hospital, y así debe seguir siendo.
- La proximidad a un gran hospital va a posibilitar un mejor aprendizaje para todas y todos los estudiantes de Ciencias de la salud de la UPV/EHU, incluidos los de Odontología. Estar junto a un hospital universitario va a mejorar la docencia tanto de pregrado como de postgrado en Odontología.
- La investigación en el área de Odontología en la UPV/EHU, se realiza en una gran parte en colaboración con diferentes Departamentos de la Facultad de Medicina y Enfermería que se van a trasladar.
- La proximidad a un hospital universitario mejoraría el nivel de la investigación que se realiza en la UPV/EHU en el área de Odontología.
- Estar en la ciudad de Bilbao y en proximidad de un gran hospital permitiría realizar una mejor y más solidaria actividad asistencial, atendiendo a una población mayor y más diversa.

Por todo ello, considero mi deber solicitar a las autoridades académicas y sanitarias tanto de la UPV/EHU como del Gobierno Vasco, de la Diputación de Bizkaia y del Ayuntamiento de Bilbao que reconsideren la decisión y den su apoyo para que el Grado de Odontología de la Universidad pública del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea se traslade, con el resto de los estudios sanitarios actualmente incluidos en la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU, a Bilbao junto al Hospital Universitario de Basurto.

La Odontología en el País Vasco fue pionera en la prevención de las enfermedades orales, gracias a la implantación del PADI. Este programa ha sido modelo para otras comunidades, y nos ha permitido obtener unas grandes tasas de salud bucodentaria, que debemos tratar de mantener y mejorar. Sin duda, en este reto se incluye el de conseguir la mejor formación posible para nuestras y nuestros estudiantes de Odontología de la UPV/EHU. Abandonar al grado de Odontología en el campus de Leioa, segregado del resto de las Ciencias de la salud y alejado de un centro hospitalario, puede ser muy negativo.

A la cuestión de Odontología de la UPV/EHU, *Quo vadis*? (Nora zoaz?/¿Dónde vas?), deberíamos responder *Ad meliorum rerum* (Etorkizun hobea lortzeko bidean/Hacia un futuro mejor).

¿Qué ha sido de la excelencia?

Dr. Manuel Ribera Uribe
Profesor de Gerodontología y pacientes especiales.
Universidad Internacional de Catalunya

Ya hace muchos años que Hipias de Hélide, sofista griego contemporáneo de Sócrates, defendía que el fin de la enseñanza era conseguir la excelencia. Nuestras universidades, todas en general, llevan, de un modo u otro en sus idearios y objetivos, la consecución de la excelencia o de profesionales excelentes. Lo cierto es que esta polifacética palabra que definía en la antigüedad a un ciudadano ejemplar, relevante y perfecto, ha ido adquiriendo connotaciones vinculadas al éxito en su acepción más prosaica. En su origen servía para señalar la valentía, la moderación o equilibrio, la justicia y desde luego la prudencia.

Nada nos haría más felices que tener la convicción que nuestros dentistas salen realmente al mundo laboral envueltos en esa pátina de excelencia que pretendemos darles. Si además les facilitamos unas capacidades y conocimientos técnicos sobresalientes, uno entendería que, con diversos grados, los profesionales que llenan las consultas en las calles y pueblos de España deberían estar en posesión de lo que los clásicos llamaban “areté”, la virtud que caracterizaba a los mejores hombres.

No es menos cierto que la cruda realidad de la odontología pone en nuestro conocimiento la existencia de estafas, mentiras, medias verdades y engaños, relacionados con el dinero pero también con la vanidad y la necesidad malsana de protagonismo o de éxito, mostrado todo ello a pecho descubierto o envuelto en edulcorados modelos y comportamientos sociales que esconden vergonzantes intereses y vinculado, en muchos casos, a personajes que, sin tantos conceptos filosófico - éticos, quieren hacer, a toda costa, de nuestra profesión su fuente de ingresos.

Pero amigos, por otra parte no podemos negar la realidad de que esos personajes tienen a sus servicio profesionales odontólogos. Ellos mismos lo son en algunos casos. Muchos en su día, salieron al mundo con la idea de que eran “aristoi”, los mejores. Quizá faltos de experiencia pero con una formación excelente, incomparablemente mejor que las generaciones previas y no solo técnicamente sino también por unos valores de los que reiteradamente les hablaron durante su carrera.

Debemos reflexionar. ¿Qué ha ocurrido para que muchos de nuestros colegas hayan cedido a los cantos de sirena que les hablan de dinero, de reconocimiento social etc. y se hayan identificado con otras directrices? ¿Qué ha ocurrido para que, además, lo hayan hecho en muchas de las veces sin una clara valoración de lo que hacían y sin una mala conciencia por hacerlo?

En un mundo cada vez más globalizado la Academia de Platón está desfasada. La universidad actual no puede capitalizar la formación global de las personas o de los dentistas. El magisterio y con él la excelencia que buscamos es un continuum que debe entenderse en red, interactuando en la sociedad, en la política, en la vida, con los amigos. Actuando en los focos de decisión, participando. Los profesionales han llegado a una profesión que ya no es solo suya, que es de mucha gente, a un mundo que no se rige por el mismo concepto de excelencia. Y llegados aquí ya no solo necesitan comer cada día, sino que además, el estándar de “lo necesario “es mucho más alto.

A estas alturas los dentistas no pueden limitarse a la perfección técnica, deben implicarse en influir en la sociedad. Nuestros líderes docentes y profesionales no pueden limitarse a la excelencia clínica, deben también implicarse e influir también en la sociedad y en la política. No podemos formar “aristoi”, no podemos formar a los mejores y abandonarlos en un mundo con plétora profesional.

“La honradez no puede ser un acto heroico sino una actitud cotidiana”

No podemos dejar una profesión con salarios que priman la productividad en manos de empresarios sin responsabilidad moral. La honradez no puede ser un acto heroico sino una actitud cotidiana. Tampoco podemos dejar que los dentistas se vean obligados a convertirse en cómplices más o menos activos de tal modo que les importe más “lo necesario para vivir “que la excelencia y los principios que recibieron en su formación. El impactante eco que ha tenido en los medios la proliferación de casos similares a Idental, no puede hacernos olvidar que en esas organizaciones también había un gran número de dentistas que, al mirar hacia otro lado, se convertían en cómplices necesarios, aunque finalmente acabaran también siendo víctimas. A esas alturas, por muy bien que aplicaran la técnica, ya no eran los mejores. Desde luego no eran lo que ni la sociedad ni la profesión necesitan. Buscando la experiencia que no tenían, perdieron la excelencia con la que empezaron.

COMBINA FLUIDEZ Y MODELADO

- **Único e innovador** – el calentamiento del material lo hace fluido para la aplicación y luego modelable inmediatamente después (tecnología termo-viscosa)
- **Elaboración de alta calidad** – fluye óptimamente hacia los bordes y áreas socavadas
- **Ahorro de tiempo** – no se requiere ninguna estratificación
- **Fácil manejo** – relleno en bloque (bulk-fill) de 4 mm y una aplicación sin burbujas con una cánula fina

VisCalor bulk

MADE IN GERMANY 100%

TVT thermo-viscous-technology

VOCO
LOS DENTALISTAS

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Alemania · Línea gratuita 00800 44 444 555 · www.voco.dental

Protección de niños y adultos vulnerables

Alejandra Llorente
Odontóloga, ejerce en Reino Unido

En Reino Unido tenemos que hacer una serie de horas de formación continuada y uno de los cursos que recomienda el Colegio es el de cómo proteger a niños y adultos vulnerables.

Creo que sería una buena iniciativa que se hiciera en España para actualizarnos y mantenernos más alerta para poder identificar posibles abusos en personas vulnerables que quizás si el ojo no está entrenado se nos pasen por alto.

Como profesionales sanitarios tenemos la obligación de velar por nuestros pacientes y contactar asuntos sociales si tenemos alguna sospecha.

Cuando llegas a Reino Unido si quieres trabajar para la Seguridad Social a los médicos y dentistas jóvenes nos mandan a donde nadie quiere ir, que suelen ser las zonas más deprimidas del País y poco a poco todos vamos mejorando y buscando destinos mejores.

"Sería una buena iniciativa que se hiciera en España para actualizarnos y mantenernos más alerta para poder identificar posibles abusos en personas vulnerables"

Mi padre no quería que me marchara a Inglaterra, quería que me quedara en la clínica familiar pero yo necesitaba abrir las alas y probar mis fuerzas.

Antes de marchar me decía no sabes bien inglés, no vas a sobrevivir... las típicas cosas que dicen los padres para intentar que te quedes.

Y tengo que reconocer que cuando llegue a Grimsby y vi los pacientes que tenía pensé "mi padre va a tener razón".

Mis pacientes muchos por no decir casi todos estaban en metadona, los niños con caries del biberón que los teníamos que mandar a sedar para quitarles todos los dientes.

Al poco tiempo de estar allí salió en la prensa local que al padre de uno de mis pacientes le habían metido en prisión por haberle roto el fémur a mi paciente de tres años dándole una paliza.

Siempre me quedará en la conciencia pensar si podía haber hecho algo.

Desde entonces todos los años hago el curso de niños y adultos vulnerables para estar actualizada de cuando tengo que llamar a asuntos sociales y cuáles son las señales que deben despertar la bombilla de "alarma".

Una de las cosas que siempre recuerdo de los cursos es que dicen que los niños se suelen caer de frente, pero que los golpes en las zonas laterales son más sospechosos y por lo general menos fortuitos.

Ciertas formas de conducta de los niños que sufren abusos sexuales... reacios a abrir la boca y con comportamientos fuera de lo que suele ser los típicos niños con miedo al dentista.

No existe un manual exacto, pero dicen los expertos que sigas tu instinto, y para eso se necesita mirar al paciente en su conjunto, no solo la boca.

Lo que me he dado cuenta con los años según yo he ido evolucionando en mi carrera es que quizás el nivel socio económico de mis pacientes es mejor pero eso solo es una gruesa capa de pintura para que sea más difícil sospechar si un niño o un adulto sufre abusos.

Recordemos que según ha alertado la ONG *Save de Children* una de cada dos denuncias interpuestas por abusos sexuales tienen como víctima a menores de edad y entre un 10 y un 20% de la población sufrió abusos sexuales siendo niño o niña en España.

Solicitan una Fiscalía específica de violencia contra la infancia; juzgados de instrucción especializados en este tipo de violencia; que se dé prioridad a la tramitación de los procedimientos de abusos a menores y se incluya formación específica a todos los profesionales involucrados en el proceso.

Por lo tanto creo que los dentistas tenemos que ser incluidos en esta formación junto a los médicos y otros profesionales ya que podemos ser de gran ayuda.

Nosotros tratamos a los niños muy de cerca, podemos ver lesiones en el cuello, en la cabeza, en las manos... que quizás a simple vista a otras personas les pasen desapercibidas. También tenemos que conectar con ellos psicológicamente para poder tratarlos... en definitiva podemos marcar la diferencia.

más de
25 años
contigo

antón
Suministros Dentales

Todo lo
que necesitas
para tu clínica
dental.

www.antonsl.com

944 530 622

Aparatología
Suministros
Servicio Técnico

antasis
Trust Technical Service

Un afán por mejorar

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

Son muchos los compañeros dentistas que, día a día, se afanan en mejorar nuestra odontología. Las profesiones viven una constante evolución, una marcha imparable hacia adelante, como imparable es el avance de la ciencia y la tecnología. Esto se hace particularmente evidente en las profesiones bio-médicas y tecnológicas. Algunos conocimientos y algunas prácticas se van quedando atrás para dar paso a nuevas evidencias y nuevos métodos. Su objetivo: aplicar cada día los mejores cuidados a la salud.

En el campo de la enseñanza de grado, adonde se deben trasladar estos avances, un grupo de compañeros se afana igualmente desde hace un tiempo en mejorar el currículo universitario de cariología, esto es, lo que los alumnos aprenden de la enfermedad más universal, la caries dental. El caso es que la actual formación en este campo es una herencia del pasado que ha visto renovado su contenido parcialmente, pero al que todavía no se le ha dado una unidad doctrinal en nuestros planes universitarios. Y, desde luego, no tiene la presencia que debería tener en el currículo universitario en función de su realidad: ser la enfermedad bucal más prevalente. Cierto es que, en el pasado, esta enfermedad fue una pandemia de tales proporciones que lo urgente y perentorio durante décadas fue desarrollar técnicas y materiales para reparar tantas cavidades. Lo urgente era tratar el dolor y evitar la pérdida masiva de piezas. Pero los tiempos han cambiado y, sobre todo, la compresión del fenómeno de la caries y muy especialmente que esta enfermedad necesita un abordaje médico antes que el quirúrgico de reparación de lesiones. Todo esto debe ser trasladado a la formación de nuestros futuros dentistas y a la práctica de los actuales.

Por eso conviene echar una ojeada al Libro Blanco del Título de Grado de Odontología (2004), acreditado por la ANECA, que es el documento que marca los contenidos formativos que serán transmitidos a los alumnos durante su formación universitaria. Pues bien, es chocante -y desolador- comprobar que la cariología tiene una presencia mínima, como si los redactores de tan importante documento hubieran pasado de puntillas sobre ella. ¡Y es la enfermedad más prevalente y la que más tiempo ocupa en la práctica de nuestra profesión! La realidad es la siguiente: de los 44 contenidos del bloque de Patología y Terapéutica Médico-Quirúrgica Estomatológica, 6 son para patología periodontal, 1 para patología buco-dental general y 0 para cariología; y de los 45 contenidos del bloque de Patología y Terapéutica Restauradora, 7 son para la maloclusión, 1 para dieta y caries y 1 para cariología. El documento ofrece esa visión ya superada de la caries como una lesión y no como una enfermedad, y eso que se trata de un documento relativamente reciente. Pero esto es agua pasada y en lo que estamos ahora es en cambiar esta anomalía para mejorar la formación y los cuidados de salud. Es decir, estamos como siempre en un afán por mejorar.

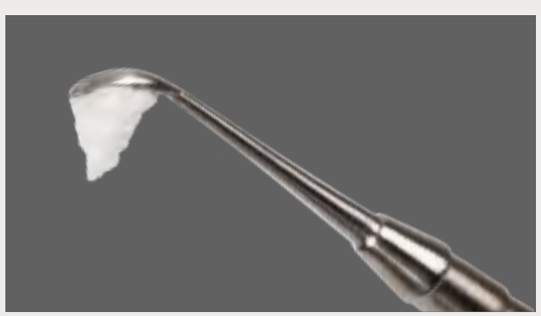
Es chocante -y desolador- comprobar que la cariología tiene una presencia mínima en los planes de estudio. Debemos cambiar esta anomalía para mejorar la formación y los cuidados de salud

Osteògenos
Dental Surgical Devices

¡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



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€

Telf. 91 413 37 14 | www.osteogenos.com | pedidos@osteogenos.com

El Profesor Lluís Giner Tarrida ingresa en la Real Academia Europea de Doctores

Tarde de Gala para la odontología, en Barcelona el día 3 de abril

Lluís Giner ingresó como académico de número de la Real Academia Europea de Doctores (RAED) durante una ceremonia que se celebró el pasado 3 de abril en el Salón de Actos de Fomento del Trabajo Nacional, sede de la RAED. El recipiendario leyó el discurso de ingreso "Los dientes: del comer al lucir. Evolución de los materiales odontológicos y cambios sociales". Le respondió en nombre de la Real Corporación el académico de número y vicepresidente Pedro Clarós.

El acto presidido por el Presidente de la RADE Doctor Alfredo Rocafort, fue seguido por numerosos asistentes tanto académicos como amigos del recipiendario. Actuaron como padrinos el Doctor Javier Gil Rector de la Universidad Internacional de Cataluña (U.I.C.) y el Doctor Josep María Ustrell, Vicedecano de Odontología de la Universidad de Barcelona y académico desde 2018, con lo que las dos universidades Barcelonesas con docencia de grado en odontología tienen presencia en la Real Academia con sus máximos responsables académicos.

La historia de la Real Academia Europea de Doctores es centenaria. Según se explica con detalle en su página web, fue denominada Real Academia Europea de Doctores (RAED) en 2016. Previamente, la institución tuvo diversos nombres oficiales en su siglo de historia: Agrupación de Doctores Matriculados de Cataluña (1914-1920), Colegio de Doctores Matriculados del Distrito Universitario de Barcelona o Colegio de Doctores (1920- 1954), Academia de Doctores de Cataluña y Baleares o Academia de Doctores (1954-1990) y Real Academia de Doctores (1990-2016).

Se puede considerar a Álvaro Esquerdo –secundado por su secretario, el Dr. Guillermo de Benavent– el verdadero fundador de la institución, que tuvo en sus inicios una intensa vida cultural, incluida la solemne sesión de fin de curso de 1919 presidida por S.M. el rey Alfonso XIII en el Paraninfo de la Universidad de Barcelona.

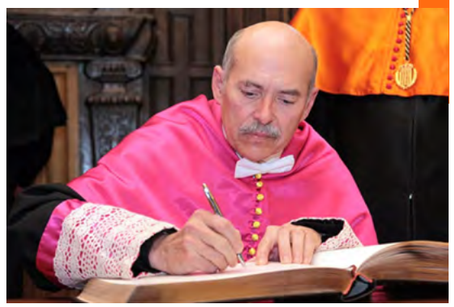
En el año 1989 la Academia es reconocida entidad de derecho público y Su Majestad el rey Juan Carlos I le concede el título de Real, siendo desde entonces Real Academia de Doctores.

La misión del académico es la de acceder a la verdad, la de defender la vida, la de trabajar la ciencia y proclamar la convivencia intercultural.

Esta academia es plural, abarcando muchas áreas de las ciencias y las humanidades, y esto es lo que le da la potencialidad de influir en el comportamiento ético de las diferentes profesiones, fruto de los estudios universitarios. Los académicos están al servicio de la sociedad.

Hace unos años, la Academia se propuso superar barreras físicas, geográficas y políticas, y apostar decididamente por la internacionalización. En 2016, ese reto ha culminado al añadir el adjetivo "europea" al nombre de la institución.

Por el camino, la Real Academia de Doctores ha sido admitida en 2013 como academia asociada por la Junta rectora del Instituto de España, y ha celebrado su centenario en 2014.



Luis Giner Tarrida. Barcelona 1956, Licenciado en medicina y cirugía (UAB) 1977. Especialista en Estomatología (UB) 1982. Doctor en Medicina y Cirugía "Cum Laude" (UB) 1990. Una intensa labor dedicada a la docencia universitaria desde 1998 en que ocupo el puesto de Director del Área de Biomateriales y Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña y Decano de esta facultad desde el año 2011. Es miembro de la Comisión Evaluadora de Homologación de Títulos Universitarios Extranjeros de la ANECA y Secretario de la Conferencia Española de Decanos de Odontología. Participó en la edición del Libro Blanco de la odontología en el proceso de convergencia de la educación superior en Europa en 2004. Numerosos artículos publicados, tesis dirigidas, participación en congresos y conferencias, hasta posesión de cinco patentes y un sinfín de meritos académicos.

Pero si algo le define a pesar de todos los méritos mencionados es su categoría personal, desprende amabilidad y afecto como pocos lo consiguen y es un referente de humanidad para todos sus alumnos y para quienes tenemos la suerte de conocerle.

Pronunció el discurso "Los dientes: del comer al lucir. Evolución de los materiales odontológicos y cambios sociales"

En su trabajo, el nuevo académico realiza un documentado recorrido por la larga historia de la odontología, que se remonta a la prehistoria, por más que arranca tal y como la conocemos hoy en los avances de Pierre Fauchard (1678-1761), considerado el fundador de esta especialidad. Giner reseña también el nacimiento de la ortodoncia como ciencia en el siglo XIX y se centra en la revolución que para la salud bucodental suponen los avances científicos, sanitarios y sociales que se dan a lo largo del siglo XX. "El siglo XX enmarca un nuevo escenario, completamente distinto a los anteriores, supone inmensos cambios centrados principalmente a partir de mediados de siglo, debidos a avances científicos, tecnológicos y sociales, producidos a una mayor velocidad que en los anteriores periodos históricos. Estos cambios no solo afectan a diferentes materiales dentales, sino también a la forma de ver la profesión, a los sistemas asistenciales sanitarios y, cómo no, también al concepto de sistema y calidad de vida por parte de los pacientes", señala en este sentido.

"La odontología ha sufrido muchos cambios en el último siglo, propiciados por los adelantos tecnológicos aportando mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes, y en la comodidad y eficacia del odontólogo

La última frontera de estos avances pasa por la función estética que se le da actualmente a la boca y el sistema masticatorio. Además del uso de lo que ya se conoce como "materiales inteligentes". "Entrando en el siglo actual surge el concepto de cómo pueden los materiales tener efectos positivos en nuestros tratamientos en lo que podríamos denominar materiales inteligentes. Ejemplos de ello son los materiales para recubrimientos de fosfato cálcico para potenciar la osteointegración y compuestos que ayudan a la recalcificación", explica.

"La odontología ha sufrido muchos cambios en el último siglo, propiciados por los adelantos tecnológicos aportando mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes, y en la comodidad y eficacia del odontólogo. Sin embargo, otros cambios han supuesto una nueva mentalidad, una nueva forma de entender la odontología, y en consecuencia la forma de entender la atención sanitaria y dental".

Dr. Alfredo Rocafort (Presidente de la RAED) y Dr. Luis Giner

Dr. Javier Gil, Dr. Luis Giner y Dr. Josep María Ustrell

SECIB participa en la constitución del primer grupo de trabajo de Dentistas Europeos para el Control del Tabaco

Dentist for Tobacco and Health *dará presencia a los odontólogos en las reuniones europeas*

Bucares 28 marzo 2019

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha participado en la constitución de *Dentist for Tobacco and Health*, el primer grupo de trabajo a nivel europeo integrado solo por dentistas. La iniciativa, impulsada por la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo (ENSP), nace con el objetivo de estudiar los efectos del tabaco sobre la salud oral y general, de poner en valor el rol del dentista en el control del hábito tabáquico, y de influir en la puesta en marcha de políticas preventivas y de control a nivel europeo e internacional.

La formalización del grupo de trabajo ha tenido lugar en Bucarest este 28 de marzo durante la celebración de la *4th ENSP-SRP International Conference on Tobacco Control* 2019 organizada por la ENSP -cuyo presidente es el español Francisco Rodríguez Lozano- y la Asociación Rumana de Neumología (SRP).

Asier Eguía puso de manifiesto que el acuerdo de Bucarest mejorará la salud de los pacientes y dignificará nuestra profesión

El doctor Asier Eguía, que viajó a Rumanía en representación de SECIB, ha especificado que el grupo abordará, además del tabaquismo, otros hábitos, como el vapeo o el cigarrillo electrónico. Asimismo, ha asegurado que "este grupo, de carácter europeo, liderado por COEM, SEMO y SECIB, mejorará la salud de nuestros

Dr. Francisco Rodriguez Lozano, Dra. Carmen Martin Carreras y Dr. Asier Eguia

pacientes y dignificará nuestra profesión" y ha remarcado que "es fundamental potenciar la concienciación y la participación política en los programas anti tabáquicos".

Asier Eguía puso de manifiesto que el acuerdo de Bucarest mejorará la salud de los pacientes y dignificará nuestra profesión.

Entre las acciones programadas por *Dentist for Tobacco and Health* se encuentra la intervención en el Parlamento Europeo de Francisco Rodríguez Lozano a finales de 2019 y la organización en París de un simposio sobre salud oral y control del tabaquismo en 2020, desde donde se podrán seguir impulsando diferentes líneas de trabajo. Además, los miembros constituyentes tienen la intención de promover la implicación de otros estamentos, como universidades, ministerios y consejerías de Sanidad.

Sesion de la 4th ENSP-SRP International Conference on Tobacco Control *2019*

NSK

Surgic Pro

Micromotor para Implantología

· POTENTE
· SEGURO
· PRECISO

OFERTA ESPECIAL

Surgic Pro

CÓDIGO DE PEDIDO Y1003587

2.799 €*
7.003 €*

Incluye Micromotor SG70M REF. E1025
Sin Luz · Con Cable

Incluye 2º Micromotor del mismo modelo

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

Incluye 2º Contra-Ángulo del mismo modelo

Surgic Pro LED

CÓDIGO DE PEDIDO Y1003586

3.699 €*
9.696 €*

Incluye Micromotor SGL70M REF. E1023
Con Luz · Con Cable

Incluye 2º Micromotor del mismo modelo

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

Incluye 2º Contra-Ángulo del mismo modelo

* Los precios no incluyen IVA • Ofertas válidas hasta el 31 de julio de 2019 o hasta fin de existencias

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

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

Jornadas Inter – Universitarias, Bilbao

El pasado 5 de abril. Con la colaboración de TICARE

En el edificio Bizkaia Aretoa, que la UPV/EHU tiene en el centro de Bilbao y próximo al Museo Guggenheim, tuvieron lugar estas importantes jornadas en las que participaron dictantes de varias universidades españolas (Universidad del País Vasco, Sevilla, Murcia, Santiago de Compostela y Valencia) y contaron con el apoyo de la empresa Mozo Grau, fabricante y distribuidora de los implantes TICARE.

El evento fue presentado por la Doctora Ana García, Coordinadora del Máster de Periodoncia y Osteointegración de la UPV/EHU que dio la bienvenida a todos los asistentes y por el Doctor Luis Antonio Aguirre Zorzano, Director del Máster, que agradeció a Mozo Grau la colaboración y apoyo a la relación con las universidades y su compromiso con la investigación.

Ejercieron de moderadores durante la jornada el Doctor Aguirre Zorzano y el Doctor Abel García García de la Universidad de Santiago de Compostela.

Siguió la ponencia de la Doctora Elena Ruiz Gopegui, presentada por el Doctor Aguirre Zozrzano con gran afecto, glosando su evolución de alumna a colaboradora, ponencia que verso sobre los principios actuales de la preservación alveolar.

La Doctora Ana Orozco de la Universidad de Sevilla expuso su ponencia sobre “Estabilidad estética y funcional en implantología”, recalcando la importancia de tener siempre presentes los principios de la “biomecánica”.

El Doctor Arturo Sánchez, de Murcia, presentó la ponencia “Implantes, más allá de los diez años, ¿Qué esperamos?” Finalizó su intervención dedicando una especial importancia al uso de los aditamentos protésicos en implantología, incidiendo en lo importante de utilizar los originales de cada marca para conseguir los ajustes y los resultados óptimos, animó a los asistentes a no utilizar las denominadas marcas blancas y utilizar siempre productos que permitan trazabilidad.

La Doctora Paola Herrera, de Bilbao, presento su ponencia “Enfermedad periimplantaria, ¿Qué sabemos hoy? Presentando los últimos conocimientos sobre este problema.

Durante la comida de trabajo que patrocinó TICARE hubo ocasión de intercambiar opiniones y anécdotas entre los asistentes.

La tarde comenzó con la ponencia de la Doctora Ruth Estefanía, profesora del Máster de Periodoncia y Osteointegración de la UPV/EHU. Su ponencia fue “Regeneración periodontal, ¿una alternativa a los implantes en el paciente periodontal?” En ella mostro la importancia de utilizar técnicas de regeneración en pacientes periodontales como alternativa a la extracción de piezas y colocación de implantes por su buena respuesta.

El Doctor Alfonso Sande Sardina, de Coruña, presento su ponencia “Como, cuándo y por qué de la expansión ósea alveolar”, con una detallada exposición de los distintos procedimientos.

El Doctor David Peñarrocha, de la Universidad de Valencia, desarrollo la ponencia ”en qué posición colocar los implantes”, dando una especial importancia a la técnica de fresado.

La jornada fue clausurada por el doctor Abel García García de la Universidad de Santiago de Compostela, que felicitó a los dictantes por sus exposiciones y agradeció nuevamente a Ticare su apoyo y presencia en este acto, así como la asistencia personal en su representación a Don Ángel Mozo Grau colaborando en la logística del encuentro.

eman ta zabal zazu
Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Elena Ruiz y Paola Herrera.

J.M. Aguirre, Angel Mozo-Grau y De JuanaGalindo.

David Peñarrocha, Ana Orozco, Arturo Sánchez y Aguirre.

SECIB Joven 2019 abrirá el XVII Congreso Nacional de Sevilla con una jornada monográfica sobre regeneración ósea

Presentación en la Facultad de Odontología de la capital hispalense

El presidente del Comité Científico del XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB), Daniel Torres, presento, ante los alumnos de posgrado de la Facultad de Odontología de Sevilla y las asociaciones de estudiantes, el programa de la tercera edición de SECIB Joven, centrado en la regeneración ósea.

Este será el inicio de SECIB Sevilla 2019, y se ha concebido como con una jornada monográfica impartida en su totalidad por Ramón Gómez Meda, quien se ayudará durante su intervención de la metodología Kahoot, lo que posibilitará que los asistentes puedan responder e interactuar con el ponente de manera directa y en tiempo real.

El doctor Gómez Meda a través de un mensaje leído por el presidente del Comité Científico de SECIB Sevilla 2019 se ha dirigido a los alumnos, manifestándoles que *"hablaremos de técnica quirúrgica, pero también de la motivación para seguir mejorando cada día y no dejar nunca de formarse. La charla será, evidentemente, sobre regeneración ósea, pero además recalcaremos la importancia de un buen diagnóstico y un buen plan de tratamiento para lograr buenos resultados. Intentaré transmitiros con honestidad y humidad mis conocimientos y mi filosofía de trabajo"*.

Daniel Torres ha manifestado que "no podríamos empezar de mejor manera el congreso, con los jóvenes como protagonistas absolutos, y con todo un referente a nivel mundial, el doctor Ramón Gómez Meda, de quien todos admiramos sus exposiciones dinámicas y cercanas al auditorio.

Eva Álvarez, presidenta de la Asociación Nacional de Estudiantes de Odontología (ANEO), ha expresado "el apoyo de ANEO a estos proyectos, de calidad y actualizados, que piensan en el estudiante con gestos como tarifas reducidas o contenidos adaptados".

Pablo Gao, de la Comisión SECIB Joven, ha recordado "la importancia de la formación continua y ha insistido en que "esa formación debe ser siempre reglada y veraz, como lo es SECIB Joven

Miguel Peñarrocha presidente de SECIB apunta que "la mejor opción para que los jóvenes tengan un buen desarrollo profesional es mejorar su formación para atender mejor a los pacientes y ser excelentes en su trabajo.

XVII Congreso Sevilla

SECIB

24-26 Octubre 2019

III Congreso SECIB JOVEN

CUOTA REDUCIDA hasta el 15 de Mayo

Comité Organizador

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

Comité Científico

Presidente: Daniel Torres
Vicepresidente: Antonio Batista
Secretarias: Eugenia Asián, Lola 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 Plaquetarios

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

André Chen, Portugal
The Digital Integration in Full-Mouth Implant Rehabilitation

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

Yudex Rizcala, España
Mantenimiento de las Rehabilitaciones Implantológicas para prevenir la Periimplantitis

Consultar los Talleres en la página web

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

I Jornada de Bioética en Odontología

En Valencia el pasado 9 de marzo

Presidida por los Profesores, Javier Chorro, Ilmo Decano de la Facultad de Medicina y Odontología de la UV, Jose Mª Ustrell, Presidente de la Sección Española de la PFA y Mª Carmen Llena, Organizadora de la Jornada se celebró en Valencia la Primera Jornada de Bioética en Odontología, organizada por la Sección Española de la Academia Pierre Fauchard (PFA) y la Universitat de València (UV).

Se abordaron temas de gran interés, tales como la importancia de incorporar en la formación de los estudiantes de Odontología formación en Bioética, la función de los Comités de Ética y Mediación de los Colegios Profesionales, los diferentes modelos de empresas actuales y con perspectiva de futuro en el ámbito de la práctica profesional de la odontología y alternativas de modelos empresariales basadas en principios éticos, mostrandose la compatibilidad entre empresa rentable y ética empresarial.

En el ámbito de la formación, el Profesor Juan Manuel Ros, Profesor de Bioética de la UV, puso de manifiesto la ausencia de formación reglada en Bioética en las Facultades de Odontología Españolas. Se hizo énfasis en la importancia de introducir la reflexión ética en la formación del dentista, presentándose una alternativa formativa concreta, que es la que se viene desarrollando en la UV, en colaboración entre el Departamento de Filosofía Moral y el Departamento de Estomatología de la UV.

La Dra. Laura Martínez y el Dr. Antonio Castillo del Colegio de Aragón presentaron el protocolo de actuación ante las demandas que llegan al colegio, presentadas tanto por pacientes, como por dentistas y resaltaron la función esencial de los comités de ética de los colegios.

Dr. Jose Mª Ustrell, Prof. Javier Chorro y Dra. Mª Carmen Llena

El Dr. Juan José Guarro, Presidente de la Asociación Empresarial de Clínicas Dentales de Catalunya, hizo un repaso por los diferentes modelos empresariales en la profesión odontológica, haciendo especial mención a la importancia de las redes sociales y proponiendo un modelo de empresa, que él denomina “Profiempresa”, serían empresas formadas y dirigidas por dentistas, con organización empresarial moderna, preparadas para absorber pacientes del Marketplace empresas

El Prof. Enrique LLuch, profesor de economía de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia, presento dos alternativas de empresas, las que tienen como principal objetivo alcanzar el máximo beneficio, frente a las que el objetivo es cumplir una función social y obtener una rentabilidad económica que les permita a los profesionales ganarse la vida con su trabajo.

Dr. Jose Mª Ustrell, Prof. Javier Chorro, Dra. Mª Carmen Llena, Prof. Juan Manuel Ros, Dra. Laura Martínez, Dr. Antonio Castillo, Dr. Juan José Guarro y Prof. Enrique LLuch.

¡REIVINDICANDO LA SALUD ORAL!

REUNIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL

SEDCYDO - SEMO

XXX Reunión SEDCYDO - XV Congreso SEMO

20-22 DE JUNIO DE 2019

BILBAO

BIZKAIA-ARETOA

SEDCYDO

Sociedad Española de Medicina Oral

PONENTES:

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, Maria 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 Vigarios, 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

CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL

SEPES-IFEDBCN2019 10-12 octubre

HASTA EL 30 DE JUNIO
TARIFAS REDUCIDAS
Socios SEPES **190 €**
Sociedades Amigas **290 €**
No Socios **325 €**
Estudiantes de Grado desde **60 €**
Estudiantes de postgrado desde **110 €**

INTERNATIONAL FEDERATION OF ESTHETIC DENTISTRY

Prof. J. A. GIL

Prof. M. ROIG

COPRESIDENTES CONGRESO SEPES-IFED

SEPES
Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

ESTHETIC MASTER DUETS

VIERNES 11 — JORNADA SEPES-IFED — SÁBADO 12

M. HÜRZELER

D. EDELHOFF

D. NATHANSON

R. SPREAFICO

U. GRUNDER

R. JUNG

G. GALLUCCI

I. SAILER

V. FEHMER

D. TARNOW

S. CHU

K. MALAMENT

A. SADAN

S. DUARTE

I. LOI

H. ZADEH

D. GRAUER

S. GRACIS

D. DE FRANCO

E. ANITUA

J. LLENA

O. LLENA

I. GAMBORENA

G. ZUCCHELLI

BARCELONA, 10-12 OCTUBRE 2019

www.sepes-ifed2019.sepes.org

PROMO 1+2 Todo odontólogo inscrito al congreso completo puede inscribir gratuitamente a 2 higienistas o auxiliares a la Jornada de Auxiliares e Higienistas del sábado.

PROMO 1+1 Los técnicos de laboratorio inscritos al congreso completo pueden inscribir gratuitamente a otro técnico de su laboratorio a la Jornada clínico-técnico del sábado.

PROMO 10+1 Por la inscripción en grupo de 11 personas 1 será gratuita.

JUEVES 10 SIMPOSIO DE LA INDUSTRIA, WORKSHOPS, COMUNICACIONES

R. MONTE

I. URBAN

X. VELA

X. RODRÍGUEZ

J. FÁBREGA

N. MANZANARES

R. GÓMEZ MEDA

P. GATÓN

A. PEREIRAS

D. ROBLES

P. PAVÓN

I. ZABALEGUI

E. BERROETA

A. SÁIZ-PARDO

A. BADET

A. BOWEN

A. GARCÍA SEDO

R. VILA

A. FERREIROA

P. FELICE

F. MANGANI

P. P. RODRÍGUEZ

J.T. BUENO

A. CHIERICO

D. FAGANELLO

M. VILLARROEL

C. FALCÃO

VIERNES 11 JORNADA ESTÉTICA ESPAÑOLA, WORKSHOPS, STYLEITALIANO

E. MALLAT

J. M. LIÑARES

A. FERRANDO

C. SUÁREZ

J. CASAS

H. GARCÍA

F. FOMBELLIDA

J. MARTÍNEZ

E. MONTAÑÉS

J. RAMOS

C. FERNÁNDEZ

A. PUTIGNANO

P. MONTEIRO

W. DEVOTO

A. BLASI

J. M. SUÁREZ

I. MAYO

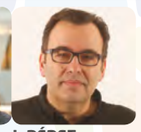
J. M. NAVARRO

J. SOLA

P. SERRA

SÁBADO 12 JORNADA SEPES DIGITAL CLÍNICO-TÉCNICO

B. GIMÉNEZ


J. PÉREZ

J. GURREA

A. BRUGUERA

J. ESPONA

F. SOTO

R. ASENSIO

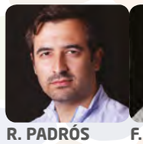
J. GARCÍA

G. DURÁN

J. GOLOBART

R. GARCÍA-ADÁMEZ

C. SAAVEDRA


R. PADRÓS

F. PUIGREFAGUT

P. RAMÍREZ

V. BERBÍS

N. GUTIÉRREZ

J. CREAGH

SÁBADO 12 JORNADA AUXILIARES E HIGIENISTAS

P. ROSELLÓ

A. CASTAÑO

V. LOZANO

A. PERALT

A. VIVES

X. ARRESE

ALOJAMIENTO

HOTEL FAIRMONT REY JUAN CARLOS I

Hotel recomendado junto a la Sede del Congreso y con tarifa especial para congresistas. Información y reservas en la web del Congreso.

Convenio de colaboración COEM y SEGER

El pasado 10 de abril el Dr Antonio Montero (Presidente del Colegio de Madrid) y el Dr. José María Martínez González (Presidente de SEGER) firmaron un convenio se colaboración entre el Colegio de La Primera Región y la Sociedad Española de Odontogeriatría.

Dr Antonio Montero, Presidente del Colegio de Madrid, y el Dr. José María Martínez González, Presidente de SEGER.

Recorrido por el Camino de Santiago

Organizado por el Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia

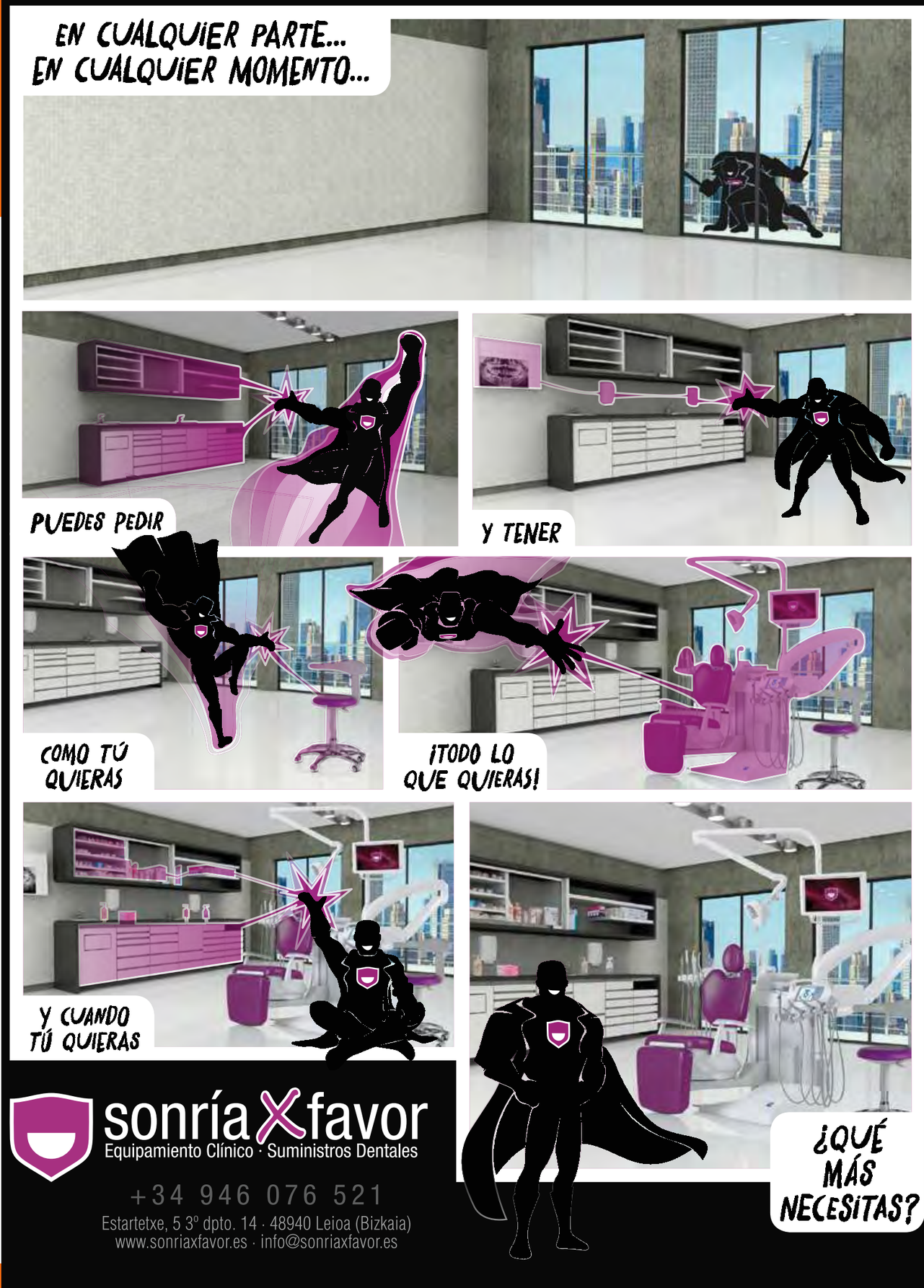
Del 19 al 21 de abril, 30 Higienistas Dentales emprendieron el Camino de Santiago para dar visibilidad a su profesión y reivindicar la importancia de la prevención bucodental.

Por cada localidad que pasaron montaron una carpa de prevención oral, pudiendo así hacer talleres de cepillado y dar difusión de las funciones del Higienista Dental, a cerca de las 300 personas que pasaron por el stand.

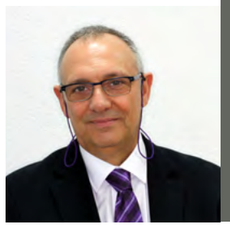
Fueron recibidos por las autoridades locales en estos espacios habilitados,consiguiendo así trasladarles las motivaciones y preocupaciones del colectivo.

Periódicos y radios gallegas se hicieron eco de la actividad.

El Colegio de Higienistas Dentales de Galicia, destaco “el buen ambiente que había y lo mucho que han disfrutado de la experiencia”.



Eduardo Ginestal Gómez



Profesor titular de la UPV/EHU
Departamento II de Estomatología

Desde que se licencio en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco UPV/EHU, su vida ha estado ligada a su universidad. Especialista en estomatología y doctor en medicina, área de neurociencias, es profesor titular de la UPV/EHU en el Departamento II de Estomatología, responsable de la Unidad de Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares del Servicio Clínica Odontológica de la UPV/HEU, desde 2013 es Director del Máster en Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares de la UPV/EHU *y ha dirigido más de veinte cursos de Formación Universitaria de Postgrado.*

Defensor de una buena Universidad Pública y de la necesidad de tener presente la salud oral del paciente y no olvidar la faceta médica de la odontología, que solo se consigue si empezamos por un buen diagnostico, como base para planificar y realizar tratamientos adecuados que nos permitirán obtener los mejores resultados posibles

El Próximo mes de junio junto con el Profesor Aguirre Urizar preside el comité organizador de la 1ª Reunión Internacional Conjunta SEDCYDO-SEMO en Bilbao, bajo el lema "Reivindicando la Salud Oral".

¿Ha cambiado el perfil de los alumnos a lo largo de los últimos años?

Los estudios de Odontología en estos últimos años han bajado la nota de corte para ingresar en las facultades, probablemente debido a la plétora profesional. Lógicamente, esto se acompaña de un cambio en el perfil de los estudiantes y en la forma en que se enfrentan a sus estudios. Además, estamos en un periodo de cambios sociales importantes y una mayor incertidumbre respecto al futuro. Los jóvenes lo perciben con claridad y tienen que adaptarse a esta situación.

¿Qué factores motivan a los jóvenes a iniciar los estudios de odontología?

En nuestra Universidad, muchos de los alumnos solicitan el ingreso en varios grados de Ciencias de la Salud. Aunque Odontología, actualmente, no es la más solicitada en primer lugar, el perfil de los estudiantes es similar al de los que prefieren Medicina o Fisioterapia.

Entre nuestros estudiantes existe una considerable consciencia de la importancia social de la salud en general. Lamentablemente, la excesiva publicidad que se está produciendo sobre nuestra actividad sanitaria en los últimos años, se centra en aspectos económicos e intervencionistas y genera una negativa visión mercantilista de esta profesión, que puede influir en la elección de algunos estudiantes.

En Odontología, como pasa en Medicina, existe una tendencia a escoger estos estudios si alguno de los padres o familiares cercanos es odontólogo o médico. La elección presenta menos dudas cuando se conoce de cerca la profesión.

¿Cómo valora el nivel de los nuevos profesionales de la odontología? ¿Están recibiendo la formación que necesitarán en todas las áreas?

En los tiempos que vivimos, con las continuas innovaciones técnicas y sus aplicaciones profesionales, la Odontología ha evolucionado mucho y somos capaces de resolver eficazmente la mayoría de los problemas de índole quirúrgico y restaurador, pero creo que nos hemos olvidado un poco del aspecto médico de la profesión.

En cualquier actividad sanitaria, el centro de la asistencia clínica es el paciente en su conjunto y los problemas médicos de la boca son, habitualmente, similares a los que acontecen en el resto del cuerpo. Creo que la formación del odontólogo se ha centrado excesivamente en la técnica y hemos olvidado la parte médica de la profesión. Esta es la gran "asignatura pendiente de la Odontología".

Esta usted junto con el Profesor Aguirre al frente de la organización de la Iª Reunión Internacional Conjunta SEDCYDO-SEMO bajo el lema "Reivindicando la Salud Oral" ¿En su opinión los profesionales de la odontología están suficientemente concienciados de la necesidad de realizar un buen diagnostico como primer paso de cualquier otra actuación?

Precisamente, por lo que comentaba en la pregunta anterior en relación con la excesiva focalización técnica de la actividad odontológica, pensamos que el lema "reivindicando la salud oral" podía servir como referencia a la necesidad de reivindicar la figura del odontólogo como el profesional responsable de la salud oral en su conjunto. El odontólogo tiene capacidad profesional para realizar el "conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y de tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos". La realidad profesional que vivimos es algo diferente y está excesivamente centrada en el tratamiento del diente.

… hemos olvidado la parte médica de la profesión. Esta es la gran "asignatura pendiente de la Odontología"

Estamos asistiendo a un profundo cambio en la imagen de la Odontología que se proyecta a la sociedad. Con frecuencia se publicitan servicios de diagnóstico y tratamiento gratuitos, o grandes descuentos en tratamientos múltiples a elección del paciente. El denominador común de estas "rebajas" incluye un diagnóstico previo gratuito, que se oferta como si se tratarse del presupuesto que solicitamos para la compra del mobiliario de nuestra vivienda. Esto dice poco a favor de la importancia real que tiene el diagnóstico como acto profesional fundamental en el área de la Salud.

Las patologías de dolor orofacial y disfunción craneomandibular, son cada vez más actualidad en la clínica. ¿Estamos ante una nueva forma de enfermar o ante una mejora de conocimientos que nos llevan a diagnosticar lo que antes no conocíamos?

En mi opinión se trata un poco de ambas cosas. Muchos de los pacientes que diagnosticamos ahora de problemas recidivantes de trastornos craneomandibulares, cuando les hacemos la historia clínica refieren episodios previos, que no han sido diagnosticados y tampoco se les ha referido para estudio. También es cierto que desde la creación del Grado en Odontología, en los nuevos planes de estudio, se han introducido de forma tímida asignaturas relacionadas con el dolor orofacial y la disfunción craneomandibular y el odontólogo está mejor formado en este campo y tiene una mejor capacidad diagnóstica.

La comorbilidad de estos cuadros orofaciales con el estrés, la depresión y otras alteraciones emocionales es muy alta. Estamos asistiendo a un gran aumento de los diagnósticos de ansiedad-depresión en la población y en consecuencia, esto debe acompañarse de un incremento en el número de diagnósticos de estas patologías. Estas comorbilidades son similares a las que muestran los cuadros de dolor sistémico persistente como la fibromialgia, que también se diagnostican cada día con mayor frecuencia y se asocian con dolor orofacial y desórdenes craneomandibulares

La reunión que están organizando toca dos áreas clínicas. ¿En su opinión, los odontólogos en general están suficientemente formados para manejar las patologías relacionadas?

La preparación que recibe un graduado es una formación general, que requiere de una formación posterior continuada y/o especializada. En nuestro país todavía hay universidades en las que no figura el Dolor Orofacial de forma explícita en los planes de estudio y en las que sí figura en el currículo no tienen asignados créditos suficientes para desarrollar esta materia de forma completa. Respecto a la Medicina Bucal, aunque la situación es diferente, por el arraigo de esta materia en la los estudios de Odontología, es un campo muy complejo que requiere una formación específica de postgrado.

"El campo del Dolor Orofacial y la Disfunción Craneomandibular tiene una entidad más que suficiente para convertirse en una especialidad independiente"

Creo que resulta muy reveladora la escasa demanda de cursos de postgrado en estas materias. No existe una conciencia profesional del aspecto médico de la Odontología y así resulta muy complicado el manejo clínico de estas patologías y, por tanto, desarrollar una actividad odontológica completa.

En España, lograr el reconocimiento de las especialidades en odontología se ha convertido en una aspiración de una buena parte del colectivo

profesional. ¿Donde cree que se deben impartir estas enseñanzas?

Ninguna de las instituciones sanitarias públicas reúne los medios necesarios para ofertar las especialidades en Odontología y resulta muy complicado asignar esta responsabilidad a los centros privados. A diferencia de Medicina, que cuenta con hospitales universitarios con una amplia cobertura sanitaria en todas las especialidades, no contamos con centros docentes-asistenciales que puedan asumir de forma completa esta labor.

La mejor opción es que las propias universidades asuman esta responsabilidad mediante una formación reglada y estructurada a nivel nacional. Además, es necesario que se efectúen convenios sanitarios, con instituciones públicas o privadas de prestigio reconocido, fundamentales para la especialización que se propone. Este tema también ha sido muy debatido y se han propuesto otras alternativas diferentes en el ámbito privado que, desde mi punto de vista y en la situación actual, no son deseables.

Siguiendo con el debate de las especialidades en Odontología. ¿Cree que el área en la que usted trabaja, de dolor témporo-mandibular y orofacial, tiene relevancia para constituirse en especialidad de la odontología?

La reivindicación de las especialidades en Odontología es una aspiración que ya tiene un largo recorrido en nuestro país y en casi todos los países europeos. En los últimos años se han producido varios encuentros de miembros del Consejo General de Odontólogos con autoridades del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, pero previsiblemente el mapa de especialidades tardará en dibujarse.

"Creo que somos muchos los docentes universitarios que nos sentimos bastante abandonados por la Administración Pública"

Todavía está por regular el número y contenido de las posibles especialidades odontológicas. El campo del Dolor Orofacial y la Disfunción Craneomandibular es muy amplio y complejo, con mayor contenido que muchas de las especialidades que se han propuesto. En todo caso, se trata de una decisión profesional y política. Si se decide restringir el número de especialidades y englobarlas en grandes grupos de conocimiento como Ortodoncia y Ortopedia, Cirugía Oral en su conjunto, Odontología Restauradora en todas sus formas, entonces el Dolor Orofacial y la Disfunción Craneomandibular, desde mi punto de vista, deberían quedar incluidas en una amplia especialidad que podríamos denominar "Medina Oral y Maxilofacial". En caso contrario, si la opción fuese organizar las especialidades en función de apartados más concretos como Odontología Restauradora, Prótesis Dental y Maxilofacial, Endodoncia, etc., el campo del Dolor Orofacial y la Disfunción Craneomandibular tiene una entidad más que suficiente para convertirse en una especialidad independiente.

Desde su punto de vista, como Profesor de la Universidad del País Vasco, y ante la gran oferta formativa para los nuevos odontólogos ¿cómo valora el papel de la Universidad pública en la formación de los nuevos profesionales?

En los últimos tiempos, la Universidad española vive un abandono inexplicable por parte de la Administración Pública, que ha sido más evidente en el ámbito de la investigación. Un país que no apuesta por la formación y la investigación, no apuesta por el futuro y está abocado a convertirse en un país de servicios.

En la Odontología creo que la situación de las universidades públicas, en general, es peor que la media. Después de 40 años de estudios universitarios de Estomatología y Odontología, todavía no se ha resuelto de forma satisfactoria el tema de la actividad asistencial vinculada a la docencia, que es fundamental para la docencia y la investigación clínica. La Universidad privada debe competir con la pública, por lo que contar con una universidad pública de calidad garantiza una buena docencia universitaria en general. Creo que somos muchos los docentes universitarios que nos sentimos bastante abandonados por la Administración Pública.

¿Cree que limitar el nº de alumnos que empiezan los estudios de odontología puede ser la solución para ese exceso de profesionales que hay en nuestro país?

Existen pocos estudios universitarios en los que el número de alumnos admitidos se ajuste a la previsión de la demanda social, como es el caso, por ejemplo, de Medicina. La decisión de establecer un "numerus clausus" en los estudios superiores suele tener un carácter político. En muchos sectores sociales se defiende que un mayor número de graduados/licenciados es indicativo de un enriquecimiento cultural de la Sociedad.

"El único camino por el que podemos conseguir una universidad mejor es que nuestros gestores prioricen las necesidades propias de las universidades, por encima de otras directrices emanadas de los órganos políticos"

Cuando hablamos de profesiones tan dirigidas y tecnificadas, como es el caso de la Odontología, estos estudios aportan poco a la persona y a la Sociedad sino se rentabilizan con el acceso a una actividad laboral. Además, el Grado de Odontología tiene un alto coste formativo, por lo que parece bastante razonable establecer un número de matrículas que no supere de forma evidente la demanda social.

¿Qué le pide a la administración pública para la salud bucodental? ¿Y a las universidades?

Creo que desde la profesión odontológica debemos exigir a la Administración Pública un mayor apoyo profesional. El Grado en Odontología tiene recogidas unas amplias competencias profesionales que no tienen cabida en muchos de los Servicios de Salud, en los que se contrata a los odontólogos solo para realizar cirugía Oral, Odontología Infantil de forma muy restringida y alguna otra actividad clínica menor. En muchos países existen servicios de Odontología/Estomatología con una amplia cartera de servicios, acorde con las competencias profesionales e, incluso, con servicios de atención hospitalaria. Tampoco se entiende bien que en pleno siglo XXI las administraciones públicas no hayan desarrollado programas sanitarios odontológicos específicos de prevención y asistencia a los colectivos más desfavorecidos. En mi opinión la mayoría de los órganos de gestión sanitaria están poco comprometidos con las necesidades odontológicas en el ámbito de la salud.

En relación con las universidades, la situación de la Odontología no creo que sea mucho mejor. Cuando hablamos de sanidad, parece que hablamos de Medicina, aunque sabemos que hay muchos otros profesionales involucrados como los odontólogos. Así, la Odontología parece una hermana pequeña de Medicina, que requiere menos atención. El grado en Odontología es uno de los de mayor duración en la oferta de estudios superiores y tiene una gran trascendencia sanitaria. El apoyo que deben brindar las universidades a estos estudios debe ser proporcional a la carga lectiva que se les reconoce y deben aportar los medios necesarios, en especial los clínicos, que se necesitan para conseguir la formación de buenos odontólogos.

A veces, da la impresión de que los gestores de algunas universidades están más preocupados por los temas de actualidad social, como la promoción lingüística, la igualdad o la gestión ecológica de residuos que de promocionar la enseñanza y la investigación, que son los fines sociales que específicamente tienen encomendadas. El único camino por el que podemos conseguir una universidad mejor es que nuestros gestores prioricen las necesidades propias de las universidades, por encima de otras directrices emanadas de los órganos políticos.

REUNIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL

Universidad del País Vasco / EHU - BILBAO 20-22 Junio 2019

SEDCYDO - SEMO

XXX Reunión SEDCYDO - XV Congreso SEMO

eman ta zabal zazu

Universidad del País Vasco

Euskal Herriko Unibertsitatea

Reducción del indice de apnea-hipoapnea mediante avance maxilomandibular o distracción ósea mandibular. Una revisión sistemática

Reduction of the apnea-hipoapnea index through maxilomandibular advance surgery or mandibular distraction osteogenesis. A systematic review

Callow Pueyo S. *Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma.*
Martínez Rodríguez N. *Doctora en Odontología. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid*
Fernández-Cáliz F. *Profesor Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma*
Andrés Veiga, M. *Doctora en Odontología. Profesora del Máster de Cirugía e Implantología. Hospital Virgen de la Paloma. Madrid*
Martínez-González JM. *Profesor Titular de Cirugía Bucal y Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.*

Correspondencia:
José María Martínez-González. Facultad de Odontología. UCM
Email: jmargo@ucm.es

RESUMEN

OBJETIVOS: El síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) supone, debido a su prevalencia (17%) un problema de salud público, especialmente debido a las comorbilidades que acompañan a este síndrome: hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares. El tratamiento convencional suele ser conservador, sin embargo, en casos de intolerancia, existen alternativas quirúrgicas que aumentan la vía aérea, disminuyendo el índice de apneas-hipoapneas (IAH). El objetivo primario de esta revisión sistemática es evaluar y comparar la reducción en IAH entre el avance bimaxilar (AB) y la distracción ósea (DO) y como objetivo secundario valorar las complicaciones surgidas a raíz de la intervención y los cambios volumétricos obtenidos en la vía aérea.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda sistemática en los motores de búsqueda, Medline, Ebsco y Ovid, desde el año 2000 hasta abril de 2019.

RESULTADOS: Tras aplicarse criterios de inclusión y exclusión, se analizaron 19 referencias, observándose una reducción generalizada del IAH en ambas técnicas quirúrgicas, un aumento considerable de la vía aérea tras ambas intervenciones, especialmente tras la cirugía de avance bimaxilar. Como complicaciones más frecuentes se reflejan las infecciones y los déficits neurosensoriales tanto en AB como en DO.

CONCLUSIONES: Ambas opciones son alternativas quirúrgicas válidas para la reducción del IAH y aumentar el volumen de la vía aérea, sin embargo la literatura encontrada es muy heterogénea y resulta difícil establecer comparaciones y obtener datos fiables para realizar recomendaciones.

SUMMARY

OBJECTIVES: *Sleep apnea-hypopnea syndrome (SAHS) poses a public health problem due to its prevalence (17%), especially due to the comorbidities that accompany this syndrome: hypertension, diabetes, cardiovascular problems. Conventional treatment is usually conservative, however, in cases of intolerance, there are surgical alternatives that increase the airway volume, decreasing the apnea-hypopnea index (AHI). The primary objective of this systematic review is to evaluate and compare the reduction in AHI between bimaxillary advancement (BA) and mandibular distraction osteogenesis (MDO) and as a secondary objective to assess the complications arising from the intervention and the airway volumetric changes*

MATERIAL AND METHOD: *A systematic search was carried out in the search engines, Medline, Ebsco and Ovid, from the year 2000 to April 2019.*

RESULTS: *After applying inclusion and exclusion criteria, 19 references were analysed, showing a generalized reduction of the AHI in both surgical techniques, a considerable increase in the airway after both interventions, especially after bimaxillary surgery. The most registered complications were infections and neurosensory deficits in both BA and MDO.*

CONCLUSIONS: *Both options are valid surgical alternatives for the reduction of the AHI and to increase the volume of the airway, however the revised literature is very heterogeneous and it is difficult to establish comparisons and obtain reliable data to make recommendations.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) es un cuadro caracterizado por episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño que producen una somnolencia excesiva, trastornos cognitivos- conductuales, respiratorios, cardiacos, metabólicos e inflamatorios[1].

El SAHS puede ser leve, moderado o grave según el índice de apneas- hipopneas del sueño (IAH) observadas en una polisomnografía (PSG) y definidas como el número de apneas (obstrucciones totales de la vía aérea durante 10 o más segundos) sumados al número de episodios de hipoapneas (obstrucciones parciales de la vía aérea durante de 10 o más segundos), divididos por las horas de sueño[2]. Un IAH considerado anormal es mayor a 5 y, según McNichols[3], un IAH entre 5-14,9 se considera como un SAHS leve, mientras que cifras entre 15-29,9 y mayores de 30 se consideran como moderado y grave, respectivamente.

La prevalencia de este síndrome es de aproximadamente de un 4% pero se estima que llegaría a un 17 % incluyendo los SAHS no diagnosticados, por lo tanto, adquiere un carácter de problema de salud pública[4].

En la actualidad se postulan muchos factores etiológicos para el SAHS, entre ellas, la obstrucción de la vía aérea causadas por variaciones anatómicas, como por ejemplo alteraciones craneofaciales como micrognatia, hipertrofia adenoidea, edema de vías aéreas superiores, volumen pulmonar disminuido y finalmente, obesidad[5].

Los tratamientos para el SAHS pueden ser categorizados en médicos o quirúrgicos, siendo actualmente el gold standard de los tratamientos médicos, el CPAP (continuous negative airway pressure), y el método con el que se trata a la mayoría de los pacientes, ya que, según la revisión sistemática de Cochrane[6] reduce eficazmente la somnolencia y mejora la calidad de vida en pacientes con SAHS leves y moderados. Sin embargo, la adherencia a este dispositivo es baja, y la tolerancia por parte del paciente, difícil[7].Los tratamientos quirúrgicos de tejidos blandos como uvuloplastias, extirpación de amígdalas, o reducción de la base de la lengua, se caracterizan por un período postoperatorio muy doloroso y tienen un porcentaje limitado de éxito, entre un 40-60 % ya que sólo enfocan una parte del problema, debido a que la obstrucción de la vía aérea no se limita únicamente a alteraciones en los tejidos blandos[8].

En este aspecto, distintos tratamientos quirúrgicos han sido desarrollados para corregir los posibles obstáculos anatómicos, como cirugías de avance mandibular o bimaxilar. Revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Holty y Guilleminault[9] en 2010, demuestran que las cirugías de avance bimaxilar reducen el IAH, mediante un aumento tridimensional de las vías aéreas, limitando el colapso de los tejidos blandos faríngeos, avanzando la lengua, y secundariamente, corrigiendo maloclusiones y mejorando las funciones masticatorias. Sin embargo, este tipo de procedimientos puede dar lugar déficits sensoriales, la cantidad de avance se ve limitada por el método de fijación y según la inestabilidad del mismo, podría dar lugar a recidivas[10].

La distracción mandibular, por el contrario, crea, incrementalmente, hueso entre dos fragmentos separados, adaptando en el proceso los tejidos blandos, por lo que se postula que las complicaciones neurosensoriales se verían reducidas y que el avance potencial mandibular podría ser mayor, y útil en casos severos de micrognatia[11]. Sin embargo, según se observa en la literatura, la distracción ósea se realiza muy frecuentemente en los casos pediátricos, y se limita generalmente, en adultos, al tratamiento quirúrgico de la apnea, en casos de anquilosis mandibular, no existiendo una evidencia científica abundante al respecto, haciendo difícil la obtención de datos contrastados a la hora de escoger entre las dos alternativas. Es por ello, que el objetivo primario de esta revisión sistemática es evaluar y comparar la reducción en IAH entre ambas opciones terapéuticas y como objetivo secundario valorar las complicaciones surgidas a raíz de la intervención y los cambios volumétricos obtenidos en la vía aérea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión se siguió la declaración PRISMA actualizada en 2015[12] *(the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses for Protocols 2015)* (PRISMA-P 2015). Como primer paso se estableció una pregunta PICO, tal y como se detalla a continuación:

P (Pacientes): Pacientes no sindrómicos, mayores de 18 años, diagnosticados de SAHS de leve a grave, sin tratamiento quirúrgico previo.

I (Intervención): Cirugía ortognática de avance bimaxilar.

C (Comparación): Distracción mandibular.

O (Resultados): Reducción de IAH, complicaciones postquirúrgicas y cambios volumétricos en vía aérea posterior.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda en los motores de PubMed (Medline), Ovid y EBSCo, de estudios clínicos aleatorizados (ECAs), estudios clínicos controlados (ECCs), y estudios de cohortes, tanto prospectivos como retrospectivos, desde el uno de enero de 2000 hasta el 3 de abril de 2019, sin limitaciones de idioma. Los términos Mesh seleccionados para introducir en el algoritmo de búsqueda fueron: *"sleep apnea"*, *"maxillomandibular advancement"* y *"mandibular distraction"*, realizándose posteriormente

una búsqueda manual y revisión de la bibliografía de los estudios incluidos en dicha revisión. Como criterios de inclusión se estableció que los pacientes fueran mayores de edad, con un SAHS de leve a grave, diagnosticado previamente mediante polisomnografía, sin síndromes, ni tratamiento quirúrgico corrector de la apnea previo, y con un seguimiento mayor de 6 meses.

Se excluyeron aquellos estudios en pacientes pediátricos, aquellos en los que el tratamiento quirúrgico estuviera destinado a corregir anomalías craneofaciales o síndromes, aquellos estudios en los que los pacientes tuvieran antecedentes quirúrgicos de tratamiento de apnea del sueño, los casos clínicos, revisiones de literatura, comunicaciones y capítulos de libros y aquellos estudios en el que el seguimiento no llegara a los 6 meses.

Los datos se extrajeron de manera independiente por 2 revisores, con la ayuda de una hoja de recogida de datos, diseñada para tal fin **(Tabla 2)**. Las variables recogidas fueron índices de apnea-hipopnea pre y postoperatorio medido mediante polisomnografía, complicaciones postquirúrgicas y cambios volumétricos de la vía aérea.

RESULTADOS

Diagrama de flujo

Tras la revisión de la literatura, tanto digital como manual, se obtuvo un total de 642 referencias (230 en EBSco, 265 en Pubmed y 177 en Ovid). De ellas, 320 estaban repetidas por lo que se revisó 322 referencias. Tras la lectura de los títulos se descartaron 217 referencias, bien por ser estudios pediátricos, o por no referirse a la cirugía de avance bimaxilar o distracción ósea, o no tratar sobre la apnea del sueño, ser revisiones sistemáticas, comunicaciones, casos clínicos, o capítulos de libros.

Tras proceder a la lectura de los resúmenes, se desecharon 73 referencias, por no valorar el índice de apnea-hipoapnea, por no registrar una polisomnografía inicial y por ser estudios pediátricos o en pacientes sindrómicos o como corrección estética de anomalías craneofaciales.

Finalmente se revisaron 32 estudios a texto completo, de los cuales, se descartaron 13 **(Tabla 1)**, por tratarse de estudios en los que el seguimiento era de 3 meses (n=1), estudios cuyos pacientes ya habían sido sometidos a cirugías correctoras de SAHS previas (n=6), estudios en los que sí se realizaba un estudio polisomnográfico preoperatorio, pero cuyas cifras eran menores de 5, no considerándose paciente con SAHS (n=2), estudios en los que los datos polisomnográficos previos y posteriores eran insuficientes (n=2) y estudios que se trataban de resúmenes de comunicaciones o revisiones sistemáticas (n=2) **(Fig 1)**.

Se incluyeron 19 estudios tras la aplicación exhaustiva de criterios de inclusión y exclusión, los cuales se enumeran y detallan en la correspondiente tabla **(Tabla 2)**, realizándose su análisis a continuación.

Análisis Cualitativo

Se procederá al análisis de las publicaciones conforme a su fecha de publicación, empezando por el más reciente, un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo por Tsui y cols 10, en el que se realizan ambos procedimientos, distracción ósea y avance bimaxilar en una muestra de 18 pacientes, valorándose la reducción del IAH postoperatorio, siendo ligeramente superior la reducción en el grupo de la distracción ósea. Las principales complicaciones postquirúrgicas fueron infección (66% en DO y 22,2% en AB), maloclusión (44,4% DO y 11,1% AB) y asimetrías. Los cambios volumétricos no fueron reflejados.

TABLA 1. ESTUDIOS EXCLUIDOS

Autor (año)	Motivo de exclusión
Barzan (2018)	DESCARTADO (ABSTRACT DE COMUNICACIÓN)
Jang (2018)	DESCARTADO (PACIENTES NO TENÍAN SAHS)
Tepecik (2018)	DESCARTADO (PACIENTES NO TENÍAN SAHS)
Gottsauner- Wolf (2017)	REVISIÓN SISTEMÁTICA
Butterfield (2016)	DESCARTADO (MITAD DE LA MUESTRA HABÍA TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS)
Butterfield (2015)	DESCARTADO (MITAD DE LA MUESTRA HABÍA TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS)
Islam (2015)	DESCARTADO (MITAD DE LA MUESTRA HABÍA TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS)
Liao (2015)	DESCARTADO (4 PACIENTES HABÍAN TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS)
Ubaldo (2015)	DESCARTADO (NO ESPECIFICA VALORES IAH POSTQUIRÚRGICOS, FALTAN DATOS)
Islam (2014)	DESCARTADO (MITAD DE LA MUESTRA HABÍA TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS)
Jalbert (2012)	DESCARTADO (SEGUIMIENTO PACIENTES ES DE 3 MESES)
Abramson (2011)	DATOS POLISOMNOGRÁFICOS INSUFICIENTES
Fairburn (2007)	DESCARTADO MITAD DE LA MUESTRA HABÍA TENIDO CIRUGÍAS PREVIAS

Ciencia y salud

ODONTÓLOGOS de hoy

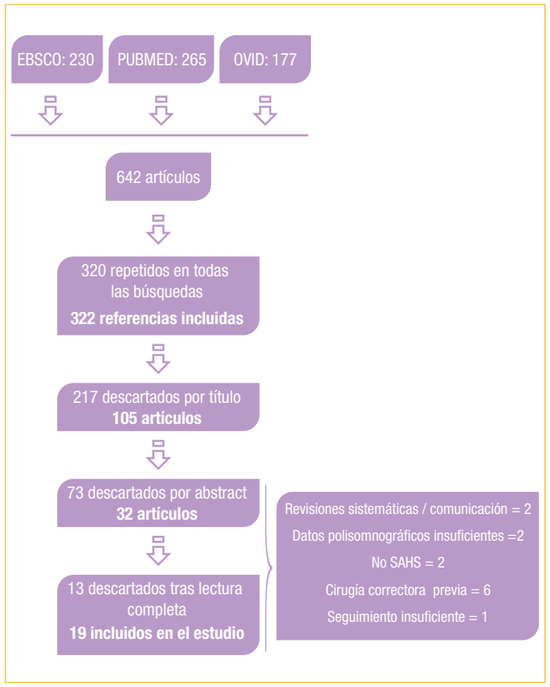


Figura 1. Diagrama de flujo.

Poco antes, Boyd y cols[13] realizaron un estudio prospectivo sobre 36 pacientes en el que el avance bimaxilar daba lugar a una reducción del IAH de 31,7, siendo la principal complicación la infección, en un 16,7%, pero los cambios volumétricos no fueron reflejados.

De Ruiter y cols[14], por su parte, llevaron a cabo otro estudio prospectivo, en el que el IAH se redujo un 69% mediante el avance bimaxilar, ocurriendo un déficit neurosensorial en más de la mitad de los pacientes (60%) así como maloclusiones como complicaciones principales. De nuevo los cambios volumétricos no fueron reflejados.

En cambio, Rubio-Bueno y cols[15] sí reflejan dichos cambios volumétricos, obteniendo un aumento de 14,318 ±3,606 mm^3 y una reducción media de IAH de 31,8, mediante avance bimaxilar en un estudio llevado a cabo sobre 34 pacientes, cuya complicación más frecuente fue el déficit neurosensorial (75%).

Veys y cols[16] no encuentran complicaciones postoperatorias, sino una fractura intraoperatoria al realizar avance bimaxilar en uno de sus pacientes, en su estudio prospectivo sobre 11 pacientes, en los que la reducción media del IAH es de 19,2 y el aumento volumétrico de la vía aérea es de media 10,190 mm^3.

Makovey y cols[17] tampoco reflejan complicaciones, y el avance bimaxilar realizado en su estudio resulta en una reducción del IAH de 33,8 y un aumento de volumen de la vía aérea de 13,98 ml, medido mediante CBCT.

Vigneron y cols[18] en su estudio retrospectivo, dividen a los pacientes (n=34) en dos grupos, éxito y fracaso del avance bimaxilar, en el que el grupo de éxito obtiene una reducción de IAH de 30,8 de media, reflejan varios tipos de complicaciones como déficits neurosensoriales, ruidos temporoarticulares y maloclusión y no unión de los fragmentos (1 caso respectivamente). En este caso no se reflejan cambios volumétricos ya que se realizan una cefalometría.

En el estudio de Bianchi y cols[19], no reflejan complicaciones, pero describe un aumento de volumen de 12,9±4 a 20,7±3,5 ml y cambios en el IAH de 56,8±16,6 a 12,3±5,5, tras la realización de avance bimaxilar sobre 10 pacientes.

Hsieh y cols[20], sobre una muestra similar (n=16), en un estudio prospectivo, obtienen una reducción similar del IAH de 35,7 ±18 a 4,8±4,4, y un aumento de la vía aérea tras realizar avance bimaxilar, de 17,1±7,2-23,2±8,6 cm^3, y en el cual no se reflejan complicaciones.

Schendel y cols[21] por su parte, también refuerzan esta reducción, obteniendo, sobre 10 pacientes, una reducción del IAH de 38, y un marcado aumento de volumen de vía aérea, un 237%. En este estudio se describe la infección de una de las placas y su posterior retirada y una fractura intraoperatoria.

Boyd y cols[22], con una muestra mayor, 37 pacientes, reflejan un cambio en el IAH de 56,3±22,6 a 11,4±9,8, sin embrago no reflejan ni complicaciones ni cambios volumétricos.

En el caso de Jaspers y cols[23], se da una recidiva en uno de los casos, de 6 pacientes y el IAH postoperatorio se reduce menos de lo esperado, de 36,2 (16-81) a 11,3 (1-43), tras el avance bimaxilar.

Ronchi y cols[24] describen una reducción mayor, con una muestra retrospectiva mayor, de 15 pacientes, del IAH, tras el avance bimaxilar: 58,7±16 a 8,1±7.8.

Lye y cols[25], por el contrario, realizan un estudio prospectivo con el mismo número de pacientes, y obtienen, tras el avance bimaxilar, una reducción considerable del IAH, de 69,12(18,7-112) a 13,87 (1,7-52,9), aunque a pesar de realizar un CT no describen cambios volumétricos.

Susarla y cols[26], no realizan un CT, sino una cefalometría y obtienen, sobre 12 pacientes, retrospectivamente, una reducción del IAH de 46,3±17,2 a 19,0±12, tras el avance bimaxilar.

Andrades y cols[27], tras realizar procedimientos de distracción ósea mandibular, en 11 pacientes, tras los cuales, falla uno de

TABLA 2. ESTUDIOS INCLUIDOS Y SUS CARACTERÍSTICAS

Autor (año)	N. pacientes	Tipo estudio	Distracción ósea (DO)	Avance bimaxilar (AB)	Complicaciones	IAH previo	IAH final	Cambios volumétricos	Tipo medición
Tsu±19)[10]	18 (9DO y 9 AB)	ECA	X	X	Infección (66% DO 22,2% AB) Neumonía (11,1% DO) Maloclusión (44,4% DO 11,15 AB) Déficits neurosensoriales Asimetría Facial (11,1% DO y AB)	41,4±13,2 DO 53,2±11,9 AB	2,4±3,1 DO 4,4±3,9 AB	NR	NR
Boyd (2018)[13]	36	ECoh pros		X	Infección (16,7%)	39,6±26,5	7,9	NR	NR
De Ruiter (2017)[14]	62	ECoh pros		X	Déficits neurosensoriales (60%) Maloclusión (21%)	52±15	69%	NR	NR
Rubio-Bueno (2017)[15]	34	ECoh pros		X	Déficit neurosensorial (75%)	38,3±10,7	6,5±4,3	↑14,318±3,606 mm^3	3D
Veys (2017)[16]	11	ECoh pros		X	Fractura intraoperatoria	27,7	8,5	↑10190 mm^3	CBCT 3D
Makovey (2016)[17]	21	ECoh pros		X	NR	49,4	15,6	↑13,98 ml	CBCT
Vigneron (2016)[18]	34	ECoh ret		X	Déficit neurosensorial (90%) Ruidos temporoarticulares (28%) No unión (1 caso) Maloclusión (1 caso)	Éxito: 36,7±14 Fracaso: 64,3±22,6	Éxito: 5,9 Fracaso:11,9	NR	CFM
Bianchi (2014)[19]	10	ECoh ret		X	NR	56,8±16,6	12,3±5,5	12,9±4 - 20,7±3,5 ml	CT3D
Hsieh (2014)[20]	16	ECoh pros			X	NR	35,7±18	4,8±4,4	17,1±7,2 23,2±8,6 cm^3
Schendel (2014)[21]	10	ECoh pros		X	Infección y remoción placa Fractura intraoperatoria	42	4	↑237%	CBCT
Boyd (2013)[22]	37	ECoh ret		X	NR	56,3±22,6	11,4±9,8	NR	NR
Jaspers (2013)[23]	6	ECoh ret		X	Recidiva (1)	36,2(16-81)	11,3 (1-43)	NR	NR
Ronchi (2013)[24]	15	ECoh ret		X	NR	58,7±16	8,1±7,8	NR	CFM
Lye (2008)[25]	15	ECoh pros		X	NR	69,12 (18,7-112)	13,87 (1,7-52,9)	NR	CT
Susarla (2011)[26]	12	ECoh ret		X	NR	46,3±17,2	19,0±12	NR	CFM
Andrades (2018)[27]	11	ECoh pros	X		Infección (n=3) Fallo de un distractor (n=1)	31,45	1,43	NR	NR
Manikandhan (2013)[28]	13	ECoh pros	X		NR	44,4 (12-9-84,8)	13,2 (2,8-45,5)	↑19,3% (7,7-29,8%)	CT 3D
Brevi (2011)[29]	9	ECoh pros	X		Déficit neurosensorial (90%)	53,41	12,44	NR	NR

IAH: Índice apnea hipoapnea; Ecoh: Estudio de cohortes; Pros: Prospectivo; ECA: Estudio Clínico Aleatorizada; CFM: Cefalometría; CBCT: Tomografía Computarizada de Haz Cónico; CT:Tomografía Computarizada; NR: No reflejado.

los distractores y hay infecciones en 3 casos, obtiene una reducción de 30,02 del IAH.

Manikandhan y cols[28], sobre una muestra similar, 13 pacientes, realizan distracción ósea mandibular no describen complicaciones, un aumento de volumen de 19,3 % y una reducción de 31,2 del IAH.

Por último, Brevi y cols[29] también realizan procedimientos de distracción ósea mandibular, sobre 9 pacientes, manifestándose un déficit neurosensorial en la mayoría de los pacientes (90%) y obteniendo una reducción de 40,97 del IAH.

DISCUSIÓN

Con el aumento de la prevalencia del síndrome de Apnea- Hipoapnea del sueño, surge la necesidad de trazar alternativas quirúrgicas claras en aquellos casos en los que el tratamiento convencional y conservador con dispositivos de reposicionamiento mandibular o CPAP no es posible. El avance bimaxilar, realizando una osteotomía de Le Fort I y osteotomías bilaterales sagitales mandibulares simultánea está considerado como el "gold standard" y es la alternativa quirúrgica más evidenciada9.

Asimismo, la distracción ósea también se posiciona como una alternativa favorable, especialmente en casos de que el avance mandibular exceda las posibilidades de la cirugía ortognática.

Sin embargo, y tras la realización de la presente revisión sistemática, se han apreciado diversas limitaciones y a la hora de establecer datos de calidad metodológica adecuada, principalmente debido a la heterogeneidad de los datos recogidos que hace especialmente difícil elaborar algún tipo de recomendación o evidenciar o favorecer una alternativa terapéutica sobre la otra.

Dicha heterogeneidad se observa a distintos niveles: según varios estudios, el avance mandibular o maxilomandibular da lugar a un avance del hueso hioides lo cual produce cambios en la vía aérea y tiene, presumiblemente, repercusiones sobre el IAH, sin embargo, en la mayoría de los estudios, y aunque se realicen pruebas complementarias tridimensionales (CBCT; CT con reconstrucción 3D), estos cambios volumétricos no están reflejados[20]. En los estudios que sí reflejan estos cambios, las referencias escogidas para realizar las mediciones, no coinciden en ninguno de los casos, ni mucho menos la unidad de medida para describirlos, ya que varios estudios escogen ml como medida de volumen en vez de mm^3 o cm^3 [15-17,1-21,25,28].

Estas mediciones postoperatorias, tanto aquellas correspondientes a los cambios volumétricos, como los registros polisomnográficos son realizadas en un tiempo variable tras la cirugía, se han observado (y descartado) estudios con muy poco seguimiento (3 meses) hasta estudios con un seguimiento a largo plazo razonable, tras una cirugía que afecta a todo el macizo maxilofacial, como 8 años. La importancia del tiempo transcurrido desde la realización de la cirugía hasta el registro posterior se explica con el aumento progresivo del IAH tras la cirugía. Factores como el envejecimiento fisiológico, el aumento progresivo de grasa corporal, comorbilidades como hipertensión, insuficiencias respiratorias, pueden modificar las cifras de IAH, hasta dar lugar a una recidiva. Vigneron y cols[18] reflejaron este aumento progresivo del IAH en su estudio, en que realizaban los controles tras 6 meses, 1 y 3 años, y el porcentaje de éxito clínico de la intervención a los 3 años se situaba en un 27,65, siendo el inicial un 57%.

A lo largo de esta revisión, se han observado estudios prospectivos con tasas de éxito muy altas (80-100%), muestras poblacionales muy reducidas y poco tiempo de seguimiento, por lo sería interesante realizar el seguimiento de dichos estudios y verificar dichas tasas, para establecer un criterio de éxito más definido a largo plazo[21-24].

Asimismo, se ha encontrado una gran cantidad de estudios, eminentemente de avance bimaxilar, en que no se realiza únicamente la técnica estandarizada de Le Fort I maxilar y osteotomías sagitales bilaterales mandibulares, sino que se combinan con una variedad de técnicas correctivas de tejidos blandos, como resección de amígdalas, resección lingual, uvuloplastias, avance geniogloso, genioplastias, etc[13-26]. Como bien se reflejaba anteriormente, el SAHS es multifactorial y no responde únicamente a la cirugía de tejidos blandos o de tejidos duros, sin embargo, y en aras de una mayor claridad deberían realizarse los estudios permanentes comparando y combinando las distintas técnicas, para sí establecer protocolos y posibles procedimientos combinados que den lugar a un éxito mantenido a largo plazo, aunque según el único estudio incluido en esta revisión que valora los procedimientos de avance bimaxilar, uvulopalatofaringoplastia y ambos procedimientos combinados, la técnica que obtiene mejores resultados es únicamente el avance bimaxilar[22].

En cuanto a la comparación entre ambas técnicas, resulta complicado realizarlo sin poseer una técnica de avance bimaxilar o de distracción ósea estandarizada. De los 4 estudios de distracción ósea encontrados, no realizados en pacientes ni pediátricos o sindrómicos (ya que la distracción ósea no está tan justificada en adultos), tanto el procedimiento quirúrgico ha sido distinto, desde la retirada inmediata del distractor y la fijación con miniplacas del hueso neoformado (floating bone) hasta el procedimiento más convencional manteniendo el distractor hasta que la fractura se estabilice, así como el distractor utilizado (uni o bidireccional) y el tratamiento ortodóntico posterior[10,27-29].

En líneas generales, y tras la revisión de la literatura, los resultados de ambas técnicas, en lo que respecta a la reducción del IAH, son equiparables, lo cual se encuentra respaldado mediante el único estudio incluido en esta revisión, que compara simultáneamente la distracción ósea y el avance bimaxilar, realizado por Tsui y cols[10], que no encuentran, en su estudio clínico aleatorizado, diferencias estadísticamente significativas en el parámetro de la reducción del IAH entre ambas técnicas. Respecto a los cambios volumétricos, únicamente un estudio de distracción ósea los describe, un aumento del volumen del 19,3 %, por lo que no es posible sacar conclusiones ante datos tan reducidos.
Las complicaciones postoperatorias reflejadas con mayor frecuencia son el déficit neurosensorial en el caso de la cirugía de avance bimaxilar y en caso de la distracción ósea, la infección y el fracaso de unión entre los dos fragmentos, lo que da lugar a maloclusiones. El déficit neurosensorial también se registra en los estudios de distracción ósea, pero al incluir sólo tres estudios de la misma, sería necesario disponer de más datos para poder afirmar que la distracción ósea es el procedimiento de elección para evitar daños neurosensoriales.

Por último, mencionar que la mayoría de los estudios incluidos en la presente revisión son estudios retrospectivos, los cuales poseen una mayor tendencia a sesgarse debido a la existencia de factores de confusión, en este caso, muestras limitadas, re-

sultados muy sensibles no sólo a la técnica quirúrgica utilizada sino al tratamiento ortodóncico posterior, y al poco seguimiento de los casos. Para que el tratamiento de la apnea tenga éxito es fundamental localizar la causa de la obstrucción, ya sea tratando tejidos blandos, tejidos duros o ambos, en cualquier caso, el tratamiento es individualizado y hecho precisamente a medida, y en ello radica la dificultad de estandarizar y protocolizar las intervenciones quirúrgicas, por lo que obtener datos evidenciados y demostrables requerirá de un mayor número de casos, de características similares y un seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIONES

Las técnicas de distracción ósea y avance bimaxilar parecen ofrecer resultados similares en cuanto a la reducción del IAH, por lo que ambas son alternativas válidas en el tratamiento del SAHS, aunque la literatura evaluada al respecto no posee la calidad metodológica necesaria para inclinarse por una u otra. El tratamiento quirúrgico del SAHS debe estar enfocado a ser multifactorial y ofrecer el menor número de complicaciones postoperatorias, manteniéndose estable a largo plazo.

Bibliografía

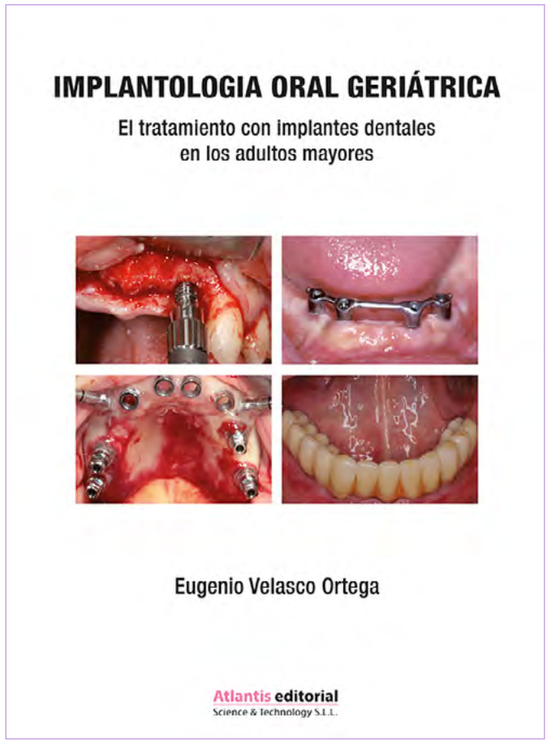
1. Anitua, E. Relación entre desgaste dental severo y síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS). *Cient. Dent.* 2018; 15; 3: 167-72.
2. Ruehland WR, Rochford PD, O'Donoghue FJ, Pierce RJ, Singh P, Thornton AT. The new AASM criteria for scoring hypopneas: impact on the apnea hypopnea index. *Sleep* 2009; 32: 150–7.
3. McNicholas WT. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. Proc Am Thorac Soc. 2008;5:154–60.
4. Lloberes P, Durán-Cantolla J, Martínez-García MÁ, Marín JM, Ferrer A, Corral J, Masa JF, Parra O, Alonso-Álvarez ML, Terán-Santos J. Diagnosis and treatment of sleep apnea-hypopnea syndrome. *Archivos de Bronconeumología* ((English Edition)). 2011 Jan 1;47(3): 143-56.
5. Jordan AS, McSharry DG, Malhotra A. Adult obstructive sleep apnoea. *Lancet* 2014;383: 736–47.
6. Giles TL, Lasserson TJ, Smith BJ, et al. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD001106.
7. Weaver TE, Grunstein RR. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: the challenge to effective treatment. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 173–8
8. Stuck BA, Ravesloot MJL, Eschenhagen T, de Vet HCW, Sommer JU. Uvulopalatopharyngoplasty with or without tonsillectomy in the treatment of adult obstructive sleep apnea - A systematic review. *Sleep Med.* 2018 Oct;50: 152-65.
9. Holty JE, Guilleminault C. Maxillomandibular advancement for the treatment of obstructive sleep apnea: a systematic review and metaanalysis. *Sleep Med Rev* 2010; 14: 287–97.
10. Tsui WK, Yang Y, Cheung LK, Leung YY. Distraction osteogenesis as a treatment of obstructive sleep apnea syndrome: A systematic review. *Medicine* (Baltimore). 2016 ;95(36): e4674.
11. Leung Y, Lai K. Management of obstructive sleep apnoea: an update on the role of distraction osteogenesis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Aug; 26(4): 214-220
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group: Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *BMJ* 2009, 339: 2535.
13. Boyd SB, Chigurupati R, Cillo JE Jr, Eskes G, Goodday R, Meisami T, Viozzi CF, Waite P, Wilson J. Maxillomandibular Advancement Improves Multiple Health-Related and Functional Outcomes in Patients With Obstructive Sleep Apnea: A Multicenter Study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Feb;77(2): 352-370
14. de Ruiter MHT, Apperloo RC, Milstein DMJ, de Lange J. Assessment of obstructive sleep apnoea treatment success or failure after maxillomandibular advancement. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Nov;46(11): 1357-62.
15. Rubio-Bueno P, Landete P, Ardanza B, Vázquez L, Soriano JB, Wix R et al. Maxillomandibular advancement as the initial treatment of obstructive sleep apnoea: Is the mandibular occlusal plane the key? *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Nov;46(11):1363-71
16. Veys B, Pottel L, Mollemans W, Abeloos J, Swennen G, Neyt N. Three-dimensional volumetric changes in the upper airway after maxillomandibular advancement in obstructive sleep apnoea patients and the impact on quality of life. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Dec; 46(12): 1525-32.
17. Makovey I, Robinson A, Aronovich S. Maxillomandibular Advancement Surgery for Patients Who Are Refractory to CPAP: A Preliminary Report. *J Oral Maxillofacial Surg* 2015 Sep 1;73(9): e22-3.
18. Vigneron A, Tamisier R, Orset E, Pepin JL, Bettega G. Maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnea syndrome treatment: Long-term results. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 Feb;45(2):183-91.
19. Bianchi A, Betti E, Tarsitano A, Morselli-Labate AM, Lancellotti L, Marchetti C. Volumetric three-dimensional computed tomographic evaluation of the upper airway in patients with obstructive sleep apnoea syndrome treated by maxillomandibular advancement. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52: 831–7.
20. Hsieh YJ, Liao YF, Chen NH, Chen YR. Changes in the calibre of the upper airway and the surrounding structures after maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnoea. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014 May; 52(5): 445-51.
21. Schendel SA, Broujerdi JA, Jacobson RL. Three-dimensional upper-airway changes with maxillomandibular advancement for obstructive sleep apnea treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014; 146: 385– 93.
22. Boyd SB, Walters AS, Song Y, Wang L. Comparative effectiveness of maxillomandibular advancement and uvulopalatopharyngoplasty for the treatment of moderate to severe obstructive sleep apnea. *J Oral Maxillofac Surg* 2013 Apr; 71(4): 743-51
23. Jaspers GW, Booij A, de Graaf J, de Lange J. Long-term results of maxillomandibular advancement surgery in patients with obstructive sleep apnoea syndrome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013; 51: e37–9.
24. Ronchi P, Novelli G, Colombo L, Valsecchi S, Oldani A, Zucconi M, et al. Effectiveness of maxillo-mandibular advancement in obstructive sleep apnea patients with and without skeletal anomalies. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010; 39: 541-7.
25. Lye KW, Waite PD, Meara D, Wang D. Quality of Life Evaluation of Maxillomandibular Advancement Surgery for Treatment of Obstructive Sleep Apnea. *J Oral Maxillofac Surg* 2008 May;66(5): 968-72.
26. Susarla SM, Abramson ZR, Dodson TB, Kaban LB. Upper airway length decreases after maxillomandibular advancement in patients with obstructive sleep apnea. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Nov; 69(11): 2872-8.
27. Andrade NN, Mathai PC, Ganapathy S, Aggarwal N, Rajpari K, Nikalje T. Pre-arthroplastic mandibular distraction osteogenesis for the correction of OSA in TMJ ankylosis: a prospective observational study of 25 cases. *Oral Maxillofac Surg.* 2018 Dec; 22(4): 409-18.
28. Manikandhan R, Lakshminarayana G, Sneha P, Ananthnarayanan P, Naveen J, Sailer HF. Impact of mandibular distraction osteogenesis on the oropharyngeal airway in adult patients with obstructive sleep apnea secondary to retroglossal airway obstruction. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014 Jun; 13(2): 92-8
29. Brevi BC, Toma L, Magri AS, et al. Use of the mandibular distraction technique to treat obstructive sleep apnea syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69:566–71.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO
IMPLANTOLOGÍA ORAL GERIÁTRICA

El tratamiento con implantes dentales en los adultos mayores

Editorial Atlantis presenta esta obra del Dr. Eugenio Velasco Ortega en la que ha participado un nutrido elenco de prestigiosos profesionales y que viene prorrogado por el Profesor Ugo Covani, Catedrático de Implantología Oral y Prostodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Pisa, Italia.

Atlantis editorial
Science & Technology S.L.



El tema del libro es muy interesante porque en los últimos 50 años, se ha experimentado un crecimiento exponencial de la población mundial, caracterizada por su envejecimiento, debido entre otros factores, a un incremento en las tasas de natalidad y una reducción en la mortalidad con una expectativa mayor de la esperanza de vida.

En paralelo, aunque la pérdida de dientes comienza y se extiende entre las edades más jóvenes, sin embargo, es más manifiesta en las edades más avanzadas; además, la categoría de los adultos mayores tanto en los casos de edentulismo total como parcial que contempla la posibilidad de la colocación de implantes dentales.

En el pasado, el tratamiento odontológico con implantes dentales ha tenido una especial aplicación en los adultos más jóvenes, pero las tendencias demográficas actuales indican que los pacientes candidatos al tratamiento con implantes serán más mayores.

La revolución de Branemark ha cambiado profundamente el tratamiento odontológico convencional, evidenciando que con protocolos apropiados, la rehabilitación prostodóncica con implantes -desde el más simple al más complejo- representa una opción, sino la primera, con una tasas elevadas de éxito y una gran predictibilidad.

Las prótesis soportadas con implantes han demostrado mejorar la masticación y la calidad de vida relacionada con la salud oral. No es una coincidencia que la solución prostodóncica con una sobredentadura con dos implantes esté considerada como la primera opción de tratamiento en la rehabilitación de los pacientes edéntulos totales.

La evidencia científica a través de las revisiones sistemáticas de la literatura tienden a concluir que la supervivencia de los implantes, tanto en los casos de edentulismo total como parcial, presenta tasas de éxito en los pacientes mayores similares a la de los pacientes adultos jóvenes y que la edad avanzada no representa un factor de riesgo a tener en cuenta.

El texto *IMPLANTOLOGÍA ORAL GERIÁTRICA. El tratamiento con implantes dentales en los adultos mayore*s que dirige el profesor Eugenio Velasco Ortega incide en todos estos aspectos, desde el diagnóstico hasta la cirugía de implantes, desde los aspectos prostodóncicos, hasta finalmente el mantenimiento.

TERCER MOLAR Y NERVIO DENTARIO INFERIOR ¿QUÉ HACER CUANDO EL TERCER MOLAR ES SINTOMÁTICO?

Pedro Martínez Seijas
Doctor en Medicina y Cirugía
Médico y Cirujano Oral y Maxilofacial
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela
Máster en Ingeniería Biomédica

Introducción

En la indicación de extracción de los terceros molares hay una alta variabilidad y en ocasiones controvertida.

En la clasificación CIE-10 (clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud)[1].

La cobertura dentro del sistema sanitario público español y en relación al BOE[2]. Estando fuera de la cartera de prestaciones indicación por motivo ortodóncico estético, ausencia de enfermedad.

Cuando los terceros molares inferiores son asintomáticos la recomendación es el control clínico y radiológico por su odontólogo, médico estomatólogo o cirujano oral y maxilofacial.

Cuando producen sintomatología como son la alteración de la erupción dentaria, dientes impactados, dientes incluidos, anquilosis dental, gingivitis crónica, quiste paradental del adulto.

La morbilidad por extracción del tercer molar inferior va en relación a la edad del paciente, profundidad de la inclusión, cercanía al nervio dentario inferior, tratamientos previos con radioterapia que incluya la región del tercer molar inferior en el campo de irradiación, tratamientos con bifosfonatos orales o endovenosos, tratamiento de enfermedades sistémicas con anticuerpos monoclonales o metotrexato.

La realización de una tomografía axial computarizada o una radiografía de haz de cono para la valoración de la relación del nervio dentario inferior y el tercer molar, mejora la precisión del diagnóstico (relación anatómica y densidad ósea) pero no parece ser una herramienta que disminuya el riesgo de la lesión del mismo.

La experiencia, habilidad y capacitación quirúrgica del odontólogo, medico estomatólogo o cirujano oral y maxilofacial si parecer ser un factor que disminuye el riesgo de lesión del nervio dentario inferior.

Palabras clave: Tercer molar, muela del juicio, alteración de la erupción dentaria, lesión del nervio dentario inferior, parestesia, hipoestesia, anestesia.

Tabla 1. CIE-10 Terceros molares.

K00.6 Alteraciones en la erupción dentaria	K01 Dientes incluidos e impactados.
K04.9 Otras enfermedades y las no especificadas de la pulpa y del tejido periapical.	K00.7 Síndrome de la erupción dentaria.
K02 Caries dental	K03.3 Reabsorción patológica de los dientes
K03.5 Anquilosis dental	K05.5 Otras enfermedades periodontaleswww
K08.1 Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local.	K09.0 Quistes originados por el desarrollo de los dientes.

Lesión del nervio dentario inferior

Todos los que realizamos cirugía oral, cirugía bucal o como se quiera denominar, ya sea en el procedimiento quirúrgico de la extracción de los terceros molares o en la colocación de implantes osteointegrados la posible lesión del nervio dentario inferior es un factor estresante para el durante la cirugía y el postoperatorio precoz tras desaparecer en unas horas el efecto del bloqueo anestésico.

Ya el mero hecho de realizar el bloqueo regional de los nervios bucal, lingual y dentario inferior estos nervios se pueden afectar. En un estudio prospectivo de pacientes remitidos con alteración permanente tras un bloqueo regional, el porcentaje de pacientes con afectación del nervio dentario inferior del fue de un 21% y del nervio lingual 79%. La incidencia de lesión permanente del nervio dentario inferior y/o nervio lingual, por extrapolación sería en 1/26.762 a 1/160.571 procedimientos[3], anestesias troncular regionales.

Un riesgo en la extracción del tercer molar inferior es la lesión temporal o permanente del nervio dentario inferior: temporal[4] entre 0,35-8% y permanente[5] entre el 0-1% de las extracciones.

La lesión del nervio dentario inferior puede producir una alteración de la sensibilidad por exceso, por defecto o cualitativa. Las alteraciones por exceso o cualitativas pueden ser sin estimulo con lo que se mantienen de forma constante durante las 24 horas del día o tras estimulación de la piel ya sea con el tacto o con el roce de la misma.

Hablamos de parestesia cuando existe sensación de comezón, de hormigueo o de punzadas) R20.2[1]. Cuando es por defecto hablamos de anestesia cuando hay una falta total de la sensibilidad R20.0[1], hipoestesia cuando es la falta parcial de la sensibilidad R20.1[1]. Cuando son por exceso hablamos de hiperestesia R20.3[1] cuando se produce un aumento doloroso de la sensibilidad. Suelen coexistir más de una alteración por ejemplo hipoestesia y parestesia que suele ser tras estimulación táctil de la piel.

La hipoestesia suele estar relacionado con una lesión parcial del nervio dentario inferior y la anestesia con una lesión completa del mismo. Mientras que las hiperestesias y parestesias suelen ser tardías y parecen estar relacionadas con la regeneración walleriana

Tercer molar inferior asintomático *vs* sintomático y dentario inferior

En los casos en que el tercer molar inferior es asintomático o sintomático en que no existe una relación cercana o íntima con

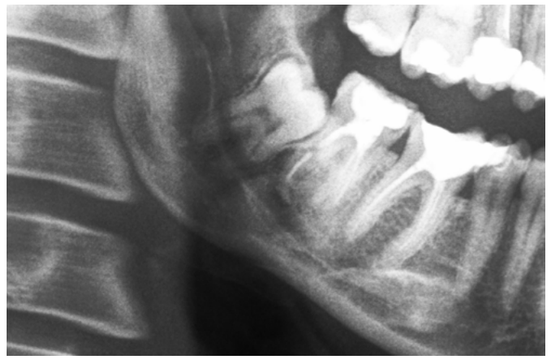


Foto 1. Relación íntima de alto riesgo dentario tercer molar inferior.

el tercer molar inferior esta clara: si es asintomático la recomendación general es abstención terapéutica y en el sintomático la extracción del tercer molar afecto.

Donde hay mayor controversia es en los casos en que el tercer molar inferior es asintomático o sintomático y en una relación intima entre el dentario inferior y el cordal; si bien la mayoría de los autores preconizan la extracción de dichos terceros molares, se debe sopesar el riesgo.

Los asintomáticos precisan de una abstención terapéutica, mientras que en los sintomáticos que precisa una actuación quirúrgica, ésta se basa en primero una exploración quirúrgica, valoración de la resistencia del tercer molar para descartar una anquilosis del mismo. Odontosección corono-radicular y extraer solo la corona, si el riesgo es alto y ante la imposibilidad de ¨botar¨ la o las raíces con un botador tipo Ash 3C o de raíces Heidebrink (1-2-3), abandonando las mismas lo que un Cirujano Oral y Maxilofacial francés denominó como “la técnica de la usura”.

Foto 2. Relación íntima de alto riesgo dentario primer molar inferior con quiste.

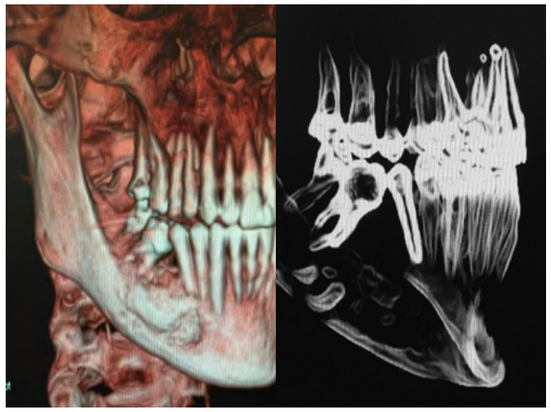


Foto 3. Técnica de la usura en primer molar inferior, quistectomía y regeneración ósea guiada.

Ante esta situación caben controles anuales clínico y radiológicos con radiografía periapical entre dos a cinco años.

Los controles radiológicos anuales durante un periodo de cinco años, para los terceros molares inferiores asintomáticos como el abandono de la raíz o raíces del mismo el la "Técnica de la usura", son criterio de consenso.

Medicina basada en la evidencia. Bases de la Técnica de la Usura en el tercer molar inferior.

Esta basada en la observación clínica y radiológica en paciente que portan restos radiculares "bien tolerados" tanto en su lecho óseo como en su recubrimiento de encía, que permite pensar en esta actuación para evitar la lesión del nervio dentario inferior en situaciones de alto riesgo. También en hallazgos en mandíbulas prehistóricas se aprecian restos radiculares que no han dado lugar a lesiones óseas, estando "bien tolerados".

El Dr. Yves Commissionat Médico E**stomatól**ogo, explicaba en su articulo publicado en 1995 el procedimiento y su utilidad[6]. El conocimiento por mi parte de esta técnica es a través del Médico Estomatólogo Guillermo Lasarte al comentar los riesgos de lesión del dentario inferior en los casos con clínica en los terceros molares inferiores incluidos; como Guillermo Lasarte se formó en París tuvo de primera mano contacto con doctores que indicaban esta técnica.

La "técnica de la usura" es extensible a otras piezas dentarias incluidas en que concurra un alto riesgo de lesión del dentario inferior. Las posibles complicaciones tras la coronoidectomía son: la migración, movilidad o la erupción de la raíz. Junto a la coronoidectomía se puede realizar una regeneración ósea guiada.

Siempre debe ir acompañada de una adecuada información al paciente con el consiguiente consentimiento informado en que se deja constancia del posible abandono radicular.

En conclusión

La indicación de extracción de los terceros molares en general se realiza en muchas ocasiones a la ligera por el odontólogo, estomatólogo o cirujano oral y maxilofacial y más si cabe cuando estos no van a ser los que realicen la extracción quirúrgica.

La adecuada valoración clínica y radiológica asociada a la experiencia del odontólogo, estomatólogo o cirujano oral y maxilofacial, son los factores fundamentales en la prevención de la lesión del dentario inferior, al adecuar el riesgo al beneficio.

En la era de la medicina basada en la evidencia la coronoidectomía o "técnica de la usura" con o sin regeneración ósea guiada, es un método eficiente en la prevención de la lesión del nervio dentario inferior en las piezas incluidas, en que la probabilidad de ocurrir sea alta, siendo una opción a explicar al paciente.

Bibliografía

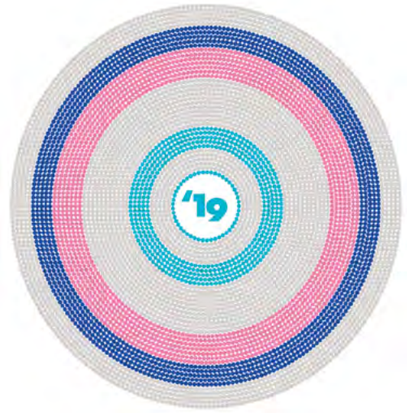
1. Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión Modificación Clínica 2ª Edición-Enero 2018. Titulo original de la obra: The International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification. © The National Center for Health Statistics (NHCS).http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006 Referencia: BOE-A-2006-16212.
3. Pogrel MA1, Thamby S. Permanent nerve involvement resulting from inferior alveolar nerve blocks. 2000 Jul;131(7):901-7.
4. Genu PR, Vasconcelos BC. Influence of the tooth section technique in alveolar nerve damage after surgery of impacted lower third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37:923-8.
5. Visintini E, Angerame D, Costantinides F, Maglione M. Peripheral neurological damage following lower third molar removal. A preliminary clinical study. *Minerva Stomatol.* 2007;56:319-26.
6. Commissionat Y, Roisin-Chausson MH. Lesions of the inferior alveolar nerve during extraction of the wisdom teeth. Consequences - prevention. *Rev Stomatol Chir Maxillofac,* 1995; 96(6):385-391.

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

Conoce nuestro nuevo congreso **Sepa Interdisciplinar** www.sepa2019.es

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.

Sepa. Periodoncia para todos

SEPA FUNDACIÓN SEPA DE PERIODONCIA E IMPLANTES DENTALES

SEPA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN

60 AÑOS

Epónimos Odontológicos (II)

Fracturas de Le Fort

AUTORES:

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

FRACTURAS DE LE FORT

Conjunto de fracturas de los huesos de la porción media de la cara, caracterizadas por seguir un plano transverso, que van generalmente acompañadas de hemorragia subconjuntival, hiperestesia, equimosis o hematoma facial, signos/síntomas oculares, maloclusión y alteraciones en la movilidad del complejo maxilar.

Existen tres tipos:

- **Le Fort I:** ocurre a nivel bilateral de los maxilares superiores, con interlínea horizontal que pasa por el ápice de los dientes de la arcada superior. La bóveda palatina se torna móvil. Dice Le Fort que están producidas por choques antero-posteriores en el labio superior o laterales en la parte inferior de la mandíbula.

- **Le Fort II:** se extiende a través de la columna ósea naso-frontal, pared medial de la órbita a través del anillo infraorbitario y a través de la articulación zigomático-maxilar. El dorso nasal, el paladar y la porción media del anillo infraorbitario se tornan móviles. Dice Le Fort que se observa la separación de la parte media de la cara después de los choques en la parte delantera o inferior, en el borde alveolar superior o incluso en el mentón. En este caso se respetan los huesos malares.

- **Le Fort III:** separa el cráneo de la cara. Las suturas fronto-cigomático-maxilar, fronto-maxilar y fronto-nasal son seccionadas. La cara entera se puede separar del cráneo. Dice Le Fort que son traumatismos que llevan al nivel de los huesos malares que producen la separación de la cara y el cráneo, la violencia es antero-posterior o lateral, el efecto es el mismo y la línea de separación de cráneo y cara idéntica.

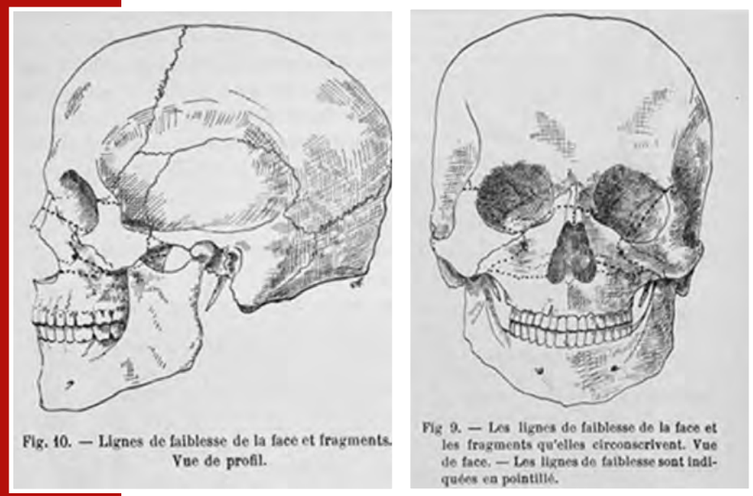


Fig. 10. — Lignes de faiblesse de la face et fragments. Vue de profil.

Fig 9. — Les lignes de faiblesse de la face et les fragments qu'elles circonscrivent. Vue de face. — Les lignes de faiblesse sont indiquées en pointillé.

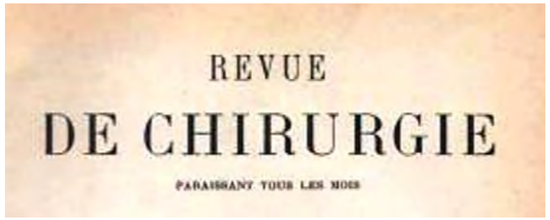
Líneas de fragilidad descritas por René Le Fort de frente (dcha.) y de perfil (izda.)

Aparición y actualidad

En el año de 1900, René Le Fort presentó bajo el título de "Fractures de la machoire supérieure" en la Section de Chirurgie Générale del "XIII Congrès International de Medecine" celebrado en París, los resultados de sus investigaciones sobre las fracturas en el maxilar superior, con una experiencia de alrededor de 40 casos. Todos los golpes ejecutados por él se llevaron a cabo de un modo violento y con una metodología bastante rudimentaria: impactos con bloques de madera, contra el borde de una mesa de mármol, aplastamientos en una abrazadera, golpes con el talón de un zapato o con piezas de hierro. El análisis posterior de las fracturas se llevó a cabo por inspección directa retirando previamente las partes blandas. Con la información obtenida de los experimentos, Le Fort describió "tres líneas de fragilidad ósea" que corresponden a los tres trayectos de fracturas que llevan su nombre:

En la sesión de la mañana del sábado 4 de agosto de dicho año, explicó el comportamiento de la mayor parte de los traumatismos faciales, reconociendo como el más frecuente la fractura transversal de Guérin.

Un año más tarde este trabajo sería publicado en la ***"Revue de Chirurgie"*** con el título de *Études expérimentales sur les fractures de la machoire supérieure* [1901, feb. pp. 208-227; mar. pp. 360-379; apr. pp. 479-507.]



En la mayoría de los casos las fracturas de Le Fort son consecutivas a un fuerte impacto accidental: choques de tráfico, caídas, etc., pero en ocasiones se realizan de manera terapéutica en el ámbito de la cirugía ortognática para el tratamiento de maloclusiones dento-faciales y fracturas. Esta aplicación clínica se designa con una variante eponímica basada en la misma clasificación de las fracturas: las "osteotomías de Le Fort I, II y III".

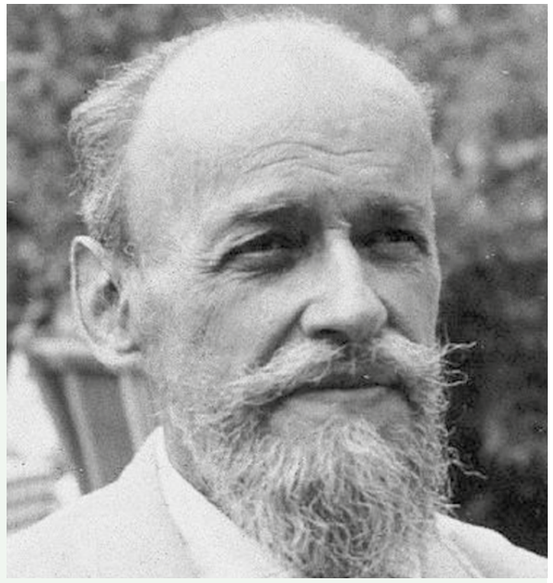
Los epónimos fracturas y osteotomías de Le Fort aparecen recurrentemente en la literatura científica actual, conservando su vigencia. Existe un fenómeno de sinonimia entre la fractura Le Fort I y la fractura de Guérin, pues ambos epónimos describen la misma realidad clínica pero es el epónimo de Le Fort el que se utiliza más habitualmente.

Una de sus mayores ventajas es que facilitan la comunicación entre pares ya que permiten una economía en el lenguaje muy eficaz. Por este motivo son difícilmente reemplazables por otros términos más descriptivos. En 1993, Marciani propuso una nueva clasificación de fracturas de Le Fort que incluía subdivisiones para los tipos I, II y III y añadía una nueva fractura de tipo IV con afectación de la base del cráneo.

Bibliografía

- Dyer, P.V. (1999). Experimental study of fractures of the upper jaw: a critique of the original papers published by René Le Fort. *Trauma*, 1999, 1, pp. 81-84.
- Gartshore, L. (2010). A brief account of the life of René Le Fort. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 3, pp. 173-175.
- Le Fort, R. (1900). Fractures de la machoire supérieure. En: Walther, Ch. (Dir.) Comptes rendus. Section de Chirurgie Générale. XIIIe Congrès International de Médecine. Paris, Masson et Cie, Ed., pp. 275-278.
- Le Fort, R. (1901). Titres et Travaux. Face. Étude expérimentale sur le fractures de la mâchoire supérieur. Lille, Le Bigot frères, pp. 17-22.
- Marciani, R.D. (1993). Midfacial fractures: 50 years later. *Journal of Oral and Maxillofac Surgery*, 51, pp. 960-968.
- Noffze, M.J. (2011). Tubbs Rs. René Le Fort 1869-1951. *Clinical Anatomy,* 3, pp. 278-281.
- Patterson, R. (1991). The Lefort Fractures. René Le Fort and his work in anatomical pathology. *Canadian Journal of Surgery*, 2, pp. 183-184.
- Phillips, B.J. Turco, L.M. (2017). Le Fort Fractures. A collective review. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 5, pp. 221-230.
- Tessier, P. (1972). Biographical sketch of René Le Fort. P*lastic and Reconstructive Surgery*, 6, pp. 606-607.
- Thiéry, G. (2010). Dr. Le Fort et l'IMRAD. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillofaciale*, 1, pp. 1-3.

René L. Le Fort (1869 – 1951)



René Léon Le Fort nació en Lille el 30 de marzo de 1869. Hijo del doctor en Medicina Hector Jean Le Fort y nieto del célebre cirujano Léon Le Fort, René continuó la tradición médica familiar. Laureado por la Facultad de Medicina de Lille en 1888, se doctoró en 1890 y fue el médico más joven de toda Francia en conseguir tal grado. La Academia de las Ciencias premió en 1891 su tesis *Topographie Crânio-Cérébrale et ses applications chirurgicales*.

Desde sus inicios desarrolló su carrera en el medio hospitalario. Fue externo e interno del Hospital de Lille en 1887 y 1888, asistente del Hospital militar de Val de Grâce en París, regresando en 1899 al Hospital de Lille como jefe clínico del Prof. Henri Folet en la clínica quirúrgica del *Hôpital Saint Saveur*. También fue cirujano en el sanatorio de Zuydcoote, especializado en el tratamiento quirúrgico de las tuberculosis óseas. La docencia en la Facultad de Medicina de Lille ocupó una parte de su trayectoria profesional: fue profesor de Clínica quirúrgica en 1904, de Medicina operatoria en 1920 y de Clínica quirúrgica y ortopédica entre 1934 y 1937.

Participó en la Guerra de los Balcanes en 1912 y practicó la cirugía de guerra en Serbia y Bulgaria. Fue movilizado en 1914 y jefe de ambulancia divisionaria del I Cuerpo de Armada, después fue reclamado en Versalles como cirujano del Hospital Dominique Larrey donde se curtió como cirujano de guerra. En 1918 y 19 fue ercargado por Clemenceau para reorganizar el Hospital des Invalides.

De regreso a Lille como profesor de Medicina operatoria en 1920 pasó a titular de la cátedra de Clínica quirúrgica infantil y Ortopedia, ejerciendo como cirujano-jefe del *Sanatorium National Vancauwenberghe* de Zuydcoote en dichas áreas. Fue miembro fundador de la *Société Française d'Orthopedie* y miembro de la *Académie de Médecine*, y también obtuvo reconocimientos nacionales civiles como el nombramiento de *Commandeur de la Légion d'Honneur*. Enre 1934 y 1937 fue profesor de Clínica quirúrgica en el Hospital de la Charité, si bien una vez retirado se comprometió con el regreso a la docencia para sustituir a sus compañeros, destinados entonces en el frente durante la II Guerra Mundial.

Autor prolífico, dejó una obra escrita principalmente quirúrgica en muy diversos campos, especialmente torácico y abdominal aunque también de extremidades, en su mayoría fruto de la experiencia vivida en el campo de batalla. Artículos, monografías de diferente extensión, comunicaciones a congresos y algún libro constituyen su amplio corpus doctrinal.

René Léon Le Fort falleció el 30 de enero de 1951, a los 82 años de edad.

TUS APARATOS CHULOS **NO** SALVARÁN TU CLÍNICA

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

En la mayoría de reuniones que tengo con colegas de profesión, siempre me cuentan algo sobre la última adquisición tecnológica que han hecho: otra cámara de fotos, un nuevo flash, el CEREC, un láser, etc… Reconozcámoslo, la mayoría de dentistas somos un poco "techies" o frikis de la tecnología. Yo me incluyo ¡me apasionan esos gadgets!

El problema es creer que tener lo último en nuestra consulta va a hacer que los beneficios sean mayores o que vengan los pacientes en tropel a nuestra clínica. No me malinterpretéis, no digo que sea malo o que haya que dejar de invertir en mejoras en nuestro campo, simplemente digo que esos aparatos, por sí solos no van a hacer que el paciente nos elija a nosotros. Hay que saber cómo comunicarlos y de qué manera y en qué momento hay que introducirlos en la visita de nuestro paciente para que nos ayuden a hacer que el paciente acepte nuestro presupuesto. Además, esto implica que vuestro equipo va a defender vuestros valores tecnológicos como lo haríais vosotros y van a tener las suficientes habilidades comunicativas para hacerlo correctamente. Y aún cumpliendo todas estas premisas y haciéndolo bien, la mayor parte de esos aparatos, no os van a servir para hacer que la decisión del paciente cambie sustancialmente.

¿Por qué esto es así? Porque los pacientes no entienden ni una milésima parte de lo que le expliquéis sobre los aparatos. Yo mismo tuve que estar estudiando y buscando información sobre los TACs dentales durante más de 1 mes para estar seguro de qué aspectos son los relevantes y cuál era el mejor para mi. Imaginaos lo que puede llegar a entender un paciente en 5 minutos de conversación. Por supuesto que hay pacientes de todo tipo e incluso podéis tener la suerte de que alguien que es fotógrafo valore el esfuerzo de objetivos y flashes que usamos, o un ingeniero pueda entender los beneficios de hacer una prótesis CAD-CAM, pero el 98% restante…

Otro motivo, ¿qué valor puede aportar una fresadora si tu recepcionista no es simpática cuando contesta al teléfono? ¿vuestras auxiliares venden a ti a y a tu clínica a tus pacientes diciendo por qué sois especiales? ¿de qué os sirve tener un piezoeléctrico si vuestro equipo no sabe transformar las primeras visitas en pacientes? Vuestros pacientes no van a poder "sentir" vuestra buena odontología si el paciente que llama no acaba cogiendo cita o no acepta vuestros presupuestos. Os hago otra pregunta: ¿cuántas primeras visitas no se presentan a su cita al mes?, y de las que se presentan ¿cuántas no aceptan vuestro plan de tratamiento propuesto? Súmalos, multiplica por un gasto medio de unos 500€ y tendrás el coste de no entrenar en aspectos empresariales.

Éstas son las cosas por las que más deberíais preocuparos: por formar a vuestro equipo. Se estima que sólo el 3% de las clínicas forma constantemente a su equipo. Las clínicas "top" suelen estar dentro de ese 3%. Son las clínicas que invierten en mejorar las habilidades de su equipo, las que tienen claro cuál es su filosofía de clínica y cómo lo van a comunicar, las que tienen un líder que inspira al resto a seguir mejorando. Tú y tu equipo sois vuestro mayor valor añadido. Da igual los aparatos tecnológicos que tenga el dentista de enfrente, seguramente sea una consecuencia de haber mejorado la parte empresarial de su clínica. O quizá esté lleno de préstamos y deudas y no vaya a sostenerse por muchos meses más. Céntrate en tu clínica y en qué cosas son realmente importante para tus pacientes.

El problema es creer que tener lo último en nuestra consulta va a hacer que los beneficios sean mayores o que vengan los pacientes en tropel a nuestra clínica

Moraleja: No os dé miedo triunfar si no tenéis un TAC o un escáner intraoral. Insisto en que no quiero decir que no sirvan, sino que es financieramente muy arriesgado apostar por ellos como vuestro "valor diferencial" y la mayoría no van a daros un retorno de la inversión aceptable. Mejorad otros aspectos de vuestra consulta que os dé el dinero suficiente para compraros el gadget que queráis. Yo ahora disfruto de cada aparatito nuevo que me he comprado (TAC, escáner, cámara réflex, etc…), pero sé que es una satisfacción personal, no el elemento principal por el que van a venir los pacientes. Como me dijo un alumno un día: "primero ganar dinero, y luego comprar cositas con luces que se enchufan" :-).

QUIERE
¿FINANCIACIÓN FÁCIL?
PARA SUS PACIENTES
www.fincliniks.com
info@fincliniks.com
infórmese en
918 291 241

FINCLINIKS
FINANCIACIÓN CLÍNICA

La imperfecta Ley de Sociedades Profesionales y su repercusión en la Odontología

Dr. Diego Rodríguez Menacho
Dentista, perito judicial, abogado ejerciente y mediador inscrito en el Ministerio de Justicia
Secretario y miembro de la comisión jurídica y de intrusismo del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz

En el ambiente profesional de la dentistería se profesan a dos salvadores inmateriales (la **Ley de Publicidad Sanitaria** y la **Ley de Sociedades Profesionales**), los cuales nos rescatarán de los riesgos y de las amenazas que ya todos sabemos. Bajo mi humilde parecer, más que necesarias estas leyes, entiendo que **son imprescindibles en la Odontoestomatología de nuestros días**. En referencia a la primera, la Ley de Publicidad Sanitaria, ya expuse mi parecer en el número 34 de esta revista, exponiendo la imperiosa necesidad de que los poderes públicos regulasen dicha materia con la mayor celeridad posible. En esta ocasión, nos vamos a centrar en la Ley de Sociedades Profesionales, la cual existe desde hace más de una década[1], pero que adolece de un resquicio por el cual se cuelan todo tipo de entes y alimañas, a modo de barra libre de una boda que se precie.

La Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales (en adelante, Ley de Sociedades Profesionales), posibilitó la aparición de una **nueva clase de profesional colegiado**, la propia sociedad profesional, una persona jurídica, que deberá constituirse conforme a dicha Ley, seguida de la necesaria inscripción en el Registro de Sociedades Profesionales del Colegio Profesional correspondiente, como si de un colegiado de número más se tratase, un compañero que paga también cuota y que puede ser sancionado si infringe la normativa colegial.

Uno de los propósitos fundamentales de tal Ley es **evitar la incertidumbre jurídica en las relaciones jurídicas que tienen lugar en el ámbito profesional**, al incluir en su regulación el régimen de responsabilidad a favor de los usuarios de los servicios profesionales que se prestan en el marco de una organización colectiva (varios dentistas titulados y colegiados ejerciendo bajo la misma entidad).

En definitiva, y como recalca la norma en su exposición de motivos, "*esta nueva Ley de Sociedades Profesionales se constituye en una **norma de garantías**: garantía de seguridad jurídica para las sociedades profesionales, a las que se facilita un régimen peculiar hasta ahora inexistente, y garantía para los clientes o usuarios de los servicios profesionales prestados de forma colectiva, que ven ampliada la esfera de sujetos responsables* (negrita y subrayado propios)", responsabilidad que acoge la Ley de manera clarificadora en su artículo 11[2].

Es importante destacar que, con dicho precepto, la Ley de Sociedades Profesionales trata de disipar algunas de las dudas existentes sobre el tema, las cuales son propiciadas, entre otros muchos factores, por el **vacío legislativo existente hasta el año 2007** en la materia que regula, la cual ostenta una oscilante jurisprudencia recaída sobre responsabilidad derivada de la actuación conjunta de varios profesionales, que había generado una gran inseguridad jurídica[3].

Al entrar a regular en dicha norma la composición, es tajante al declarar que, como mínimo, la mayoría del capital y de los derechos de voto, o la mayoría del patrimonio social y del número de socios en las sociedades no capitalistas, habrán de pertenecer a **socios profesionales** (socios con título de dentista y colegiado en un Colegio de Dentistas). Igualmente habrán de ser socios profesionales como mínimo la mitad más uno de los miembros de los órganos de administración, en su caso, de las sociedades profesionales[4].

Por ello, el espíritu de una "verdadera" Ley de Sociedades Profesionales (la actual es cualquier otra cosa…) es lograr que **el control de la toma de decisiones en las clínicas dentales recaiga en los profesionales y no en inversores ajenos al sector sanitario**, para vincular la prestación del servicio al conocimiento profesional. Entre las **ventajas** de la aplicación de tal Ley se encontraría la obligación de las sociedades profesionales de:

- Estar **necesariamente organizadas, gestionadas y atendidas directa y personalmente por un dentista**, o un grupo de ellos[5].

- Suscribir un **seguro de responsabilidad civil**, además del que deben tener también los profesionales, lo cual suponía un plus de garantía para el ciudadano.

- Inscribirse en el **Registro Mercantil**, y en el **Registro del Colegio Profesional** del territorio donde se establezcan, quedando sujetas a su control disciplinario: la sociedad profesional y los profesionales que desarrollaran su labor en la misma estarían sometidos al régimen deontológico y disciplinario de su correspondiente actividad profesional (Estatutos y Códigos Éticos).

Entonces, ¿cuál es la malformación, deformidad o imperfección con la que nació la actual Ley de Sociedades Profesionales que permite que se establezcan sociedades de este tipo sin cumplir los requisitos que salvaguardan los intereses de los dentistas, de la Odontología y de la salud bucodental general?

En un principio, y con carácter imperativo según la Ley de Sociedades Profesionales, **para crear una sociedad cuyo objeto sea la prestación de servicios odontológicos es necesario contar con la mayoría del capital y de los derechos de voto de dentistas titulados y colegiados**, pero según reza la **Sentencia del Tribunal Supremo 5786/2012, de 18 de julio**, que ventiló un asunto relacionado con la creación de una sociedad profesional, se permite a los que quieran crear una sociedad, hacer uso de su autonomía de la voluntad y esquivar la aplicación de la Ley de Sociedades Profesionales. Ello se hace acogiéndose a otros **tipos societarios mucho más flexibles**, como las sociedades de medios, las sociedades de comunicación de ganancias, y las sociedades de intermediación[6].

Tales figuras jurídicas se recogen en la Ley de Sociedades Profesionales, pero no en su articulado, sino en la Exposición de Motivos, con la siguiente literalidad: "*(...) Quedan, por tanto, fuera del ámbito de aplicación de la Ley* ***las sociedades de medios****, que tienen por objeto compartir infraestructura y distribuir sus costes;* ***las sociedades de comunicación de ganancias****; y* ***las sociedades de intermediación****(...)* (riqueza tipográfica propia)".

Creo que es justo mencionar que dichas figuras análogas que sirven para esquivar la Ley de Sociedades Profesionales se utilizan porque en la tramitación parlamentaria de la Ley el PSOE, con mayoría en el Congreso de los Diputados, lo permitió, negándose en el último estadio a incluir fórmulas que hubieran sido completamente protectoras, las cuales fueron propuestas como enmienda nº 40 de CiU y nº 68 del PP.

De las fórmulas análogas para sortear la aplicación de la Ley de Sociedades Profesionales se destacan, en primer lugar, l**as sociedades de medios**, que tienen como único fin mejorar o facilitar a los miembros que la componen los medios materiales que aquellos necesitan para el ejercicio de su profesión, sin que su existencia interfiera en la autonomía e individualidad de cada profesional que la compone, diferenciándose de otras formas societarias en que no persiguen crear un único centro de imputación de actividad y de riesgo para todas las relaciones inherentes de la actividad, manteniendo cada profesional su independencia y, por ende, su responsabilidad individual[7]. Se pone en común los instrumentos para optimizar el ejercicio individual, y la colaboración se limita a la aportación y disfrute de los medios para la prestación profesional independiente, ya que existe el derecho a la libre elección de profesional por parte del usuario o cliente[8].

Este tipo de sociedades puede encubrir a una verdadera sociedad profesional ya que, aunque cabe la posibilidad de que todos los medios instrumentales de los socios pueden ser puestos en común, dicha participación no puede ocasionar una confusión de clientelas, algo que no es definitorio de una sociedad de medios[9].

A continuación, es menester reseñar las **sociedades de intermediación**, que sirven a modo de canalización o comunicación entre, por un lado, el cliente (el **paciente** en nuestro caso), con quien mantienen la titularidad de la relación jurídica; y por otro lado, el profesional persona física que, vinculado a la sociedad por cualquier título (bien como socio, bien como asalariado), desarrolla efectivamente la actividad profesional (que sería el **dentista**).

Pues bien, la propia **doctrina científica jurídica** considera a las sociedades de intermediación como un **verdadero artificio jurídico**[10], claramente ideado tanto por la jurisprudencia registral como por un determinado sector de la doctrina. Se ha utilizado como mecanismo para eludir la aplicación de la Ley de Sociedades Profesionales, con el beneplácito de las autoridades registrales. La propia doctrina declara que este tipo de sociedades pueden constituir una vía de escape a la Ley de Sociedades Profesionales, al evadir tanto el artículo 11 como la Disposición Adicional 2ª, preceptos cuyo contenido regulan la responsabilidad patrimonial de la sociedad profesional y de los profesionales, así como la extensión del régimen de responsabilidad, respectivamente[11]. Tal y como concluye ALCOVER GARAU, "Y es que, se quiera o no, nuestras sociedades de intermediación son sociedades profesionales y todo lo que sea discurrir al margen de esta evidencia es inútil"[13].

Por el bien de las profesiones, de los profesionales y de la población que recibe sus servicios, el Grupo Parlamentario Popular en el Senado presentó en diciembre de 2018 una **Proposición de Ley para modificar la Ley de Sociedades**. En dicho escrito, tras analizar el espíritu de la ley y su interpretación en base a la Sentencia del Tribunal Supremo 5786/2012, de 18 de julio, mencionada con anterioridad, llegan la conclusión de que se ha transformado *"la imperatividad de la Ley de Sociedades Profesionales en una simple naturaleza dispositiva"*. En dicha Proposición manifiestan que *"la gravedad de los recientes escándalos sanitarios en el mundo de la Odontología, los cuales han puesto de manifiesto las graves consecuencias derivadas de permitir que sociedades mercantiles dedicadas a las prestación de 'servicios profesionales' puedan operar libremente en el mercado como sociedades de intermediación sin quedar sujetas a las exigencias de la Ley de Sociedades Profesionales ni a los controles deontológicos que les exigen a los profesionales individuales que prestan dichos servicios, hacen necesarios cambios en dicha Ley para que estos casos no se vuelvan a repetir"*.

Dicho cambio legislativo es necesario al entender que **es necesario crear certidumbre jurídica** en el ámbito de las relaciones desde el punto de vista, tanto jurídica como societaria, que se producen en las relaciones con los pacientes, debido a su **sometimiento al control deontológico** que ejercen los diferentes Colegios Profesionales[12]. La propuesta que se hace es, además de otras, la de modificar el artículo 1 de la Ley de Sociedades Profesionales para incluir en él, como cláusula de cierre, que *"Las sociedades de medios, de comunicación de ganancias y de intermediación no serán sustitutivos de las sociedades profesionales, las cuales tienen una finalidad y un propósito a aquellas"*, y la Disposición transitoria en la que se determina que si *"Transcurrido el plazo (...) sin que haya tenido lugar la adaptación (...) en el Registro Mercantil, la sociedad quedará disuelta de pleno derecho, cancelando inmediatamente de oficio el Registrador Mercantil los asientos correspondientes a la sociedad disuelta"*.

A modo de **conclusión**, y como se plasma de manera extremadamente clara en el fundamento jurídico octavo de la Sentencia del Tribunal Supremo 5786/2012, de 18 de julio, *"se trata, en suma, de que las sociedades sean lo que parecen y parezcan lo que son, pues ninguna forma mejor hay de garantizar el imperio de la ley y los derechos de los socios y de los terceros que contraten con la sociedad"*. Una sociedad que tenga por objeto social el ejercicio en común de una actividad profesional deberá constituirse como una sociedad profesional, y por ello, la mayoría del capital y de los derechos de voto debe recaer en dentistas colegiados, y no porque lo diga yo, que no soy más que un intérprete de la Ley, sin porque lo dice la esencia, el espíritu de la Ley de Sociedades Profesionales y lo clama tanto los profesionales como la sociedad tras los escándalos odontológicos que nos rodean.

Bibliografía

1. La Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales data del año 2007, aunque tenemos constancia de la existencia de dichas sociedades sensu stricto desde mucho antes. TRIGO GARCÍA, B., FRAMIÑÁN SANTAS, J. *Estudios sobre sociedades profesionales. La Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales*. Marcial Pons, Madrid, 2009, pág. 15.
2. Responsabilidad patrimonial de la sociedad profesional y de los profesionales. 1. De las deudas sociales responderá la sociedad con todo su patrimonio. La responsabilidad de los socios se determinará de conformidad con las reglas de la forma social adoptada. 2. No obstante, de las deudas sociales que se deriven de los actos profesionales propiamente dichos responderán solidariamente la sociedad y los profesionales, socios o no, que hayan actuado, siéndoles de aplicación las reglas generales sobre la responsabilidad contractual o extracontractual que correspondan. 3. Las sociedades profesionales deberán estipular un seguro que cubra la responsabilidad en la que éstas puedan incurrir en el ejercicio de la actividad o actividades que constituyen el objeto social.
3. CRESPO MORA, M. C. "Comentario al Artículo 11 de la Ley de Sociedades Profesionales", En: GARCÍA PÉREZ, R., ALBIEZ DOHRMANN, K. J. (Dir.) *Grandes Tratados. Comentarios a la Ley de Sociedades Profesionales*. Ed. Aranzadi, Navarra, 2013, pág. 176.
4. Se entiende por "socios profesionales" tanto a las personas físicas que reúnan los requisitos exigidos para el ejercicio de la actividad profesional que constituye el objeto social y que la ejerzan en el seno de la misma, como a las sociedades profesionales debidamente inscritas en los respectivos Colegios Profesionales que, constituidas con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley, participen en otra sociedad profesional".
5. Como obliga el artículo 3 del Real Decreto 1594/1994, de 15 de julio, por el que se desarrolla lo previsto en la Ley 10/1986, que regula la profesión de Odontólogo, Protésico e Higienista dental.
6. BOMBILLAR SÁENZ, F. M. "Comentario a la disposición final tercera de la Ley de Sociedades Profesionales". En: GARCÍA PÉREZ, R., ALBIEZ DOHRMANN, K.J. *Comentarios a la Ley de Sociedades Profesionales*. Aranzadi, 3ª ed., Pamplona, 2013, pág. 78.
7. LECIÑENA IBARRA, A. "Concepto de sociedad profesional y ámbito de aplicación". En: TRIGO GARCÍA, B., FRAMIÑÁN SANTAS, J. *Estudios sobre sociedades profesionales. La Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales*. Marcial Pons, Madrid, 2009, pág. 75-76.
8. VEGA VEGA, J. A. "Principios caracterizadores". En: VEGA VEGA, J. A. *Sociedades profesionales de capital*. Aranzadi, Cizur Menor, 2009, págs. 46-48.
9. ROMERO FERNÁNDEZ, J. A. *Las sociedades profesionales de capital*. Marcial Pons, Madrid, 2009, pág. 32.
10. Cierta doctrina es clara al decir que *"la sociedad de intermediación ha sido un artificio jurídico ideado por la jurisprudencia registral y por un sector de la doctrina al objeto de ahormar la sociedad profesional propiamente tal a las (supuestas) exigencias del ordenamiento societario y profesional"*. Véase URÍA-MENÉNDEZ, Curso de derecho mercantil, Civitas, Cizur Menor, 2006, Tomo I, pág. 791.
11. LECIÑENA IBARRA, A. "Concepto de sociedad profesional y ámbito de aplicación". En: TRIGO GARCÍA, B., FRAMIÑÁN SANTAS, J. *Estudios sobre sociedades profesionales. La Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales*. Marcial Pons, Madrid, 2009, pág. 81.
12. ALCOVER GARAU, G. "Sociedades profesionales y sociedades de intermediación". *Revista de Derecho de Sociedades*, num. 32/2009, 1ª parte. Estudio. Aranzadi, Cizur Menor, 2009.
13. Atendiendo al FJ 8º de la STS 451/2012, de 18 de julio (Sala de lo Civil, Sección 1ª), determinados preceptos de la Ley de Sociedades Profesionales están citados, como los art. 1.1, D. Ad. 2ª. 1 y art. 5.1, los cuales hacen mención a que dicha norma ofrece *"garantía de seguridad jurídica"* y que salvaguarda la *"garantía de terceros"*.

NOVEDAD OSTEÓGENOS: Nuevas Membrana Evolution X - Fina

Osteógenos incorpora a su catálogo la nueva OsteoBiol Evolution X – Fina, una membrana de pericardio de origen heterólogo completamente reabsorbible, que permite una adaptación máxima al tejido óseo y tejido blando, y una suturabilidad fácil y segura de los tejidos próximos.

Su consistencia y resistencia permite una estabilización perfecta, y es ideal para separar los tejidos, entre los bordes gingivales reposicionados y el tejido óseo que se encuentra debajo. Se puede utilizar en todos los casos que necesiten de una simple separación entre tejidos con una consistencia diferente y durante periodo de tiempo relativamente corto. También está indicada en alveolos post extracción, dehiscencias y como protección de la membrana de Schneider.

Más información en: www.osteogenos.com

22 edición Open Day Osteógenos. 25 de mayo en Madrid

Osteógenos llevará a cabo la 22 Edición de su *Open Day*, una jornada teórica completamente gratuita que se celebrará en la mañana del sábado 25 de mayo en Madrid.

Los **Dres. Antonio Armijo, Leticia Sala y Juan Carrión**, impartirán diferentes conferencias relacionadas con la regeneración de tejidos duros y blandos, las matrices dérmicas acelulares y el ácido hialurónico en la Odontología.

Más información en: www.osteogenos.com • formacion@osteogenos.com

Últimas plazas disponibles para el Curso Premodular sobre manejo de tejidos blandos

Osteógenos presenta el Curso de Inmersión preclínica sobre cabeza de cerdo, que impartirá el Dr. Antonio Murillo en Madrid durante los días 13 y 14 de septiembre.

Más información en: www.osteogenos.com

Nueva sección de "Case Report" en el Canal de Youtube de Osteógenos

Suscripción gratuita en: https://www.youtube.com/osteogenos

UIC Barcelona y Ticare firman un convenio de formación

El convenio de formación se enfoca en el mantenimiento de los tejidos El próximo 7 de junio se celebrará la primera Jornada Ticare-UIC sobre Implantología Predecible. El objetivo de esta jornada de actualización es adquirir nuevos conocimientos dirigidos a obtener resultados de éxito en el tratamiento con implantes, con especial atención al mantenimiento de los tejidos y la predictibilidad del resultado, capacitándose para incorporar dichos conocimientos a su práctica diaria.

Gerard Colomo, José Nart, Vicedecano de Investigación de la UIC, y Gloria Mas-Bagà, proyect manager del Vicerrectorado de Investigación, y Marçal Abad de Ticare, en Osteology Barcelona.

Congreso mundial de estética SEPES & IFED

Reunirá a más de sesenta empresas del sector odontológico

La ciudad de Barcelona albergará del 10 al 12 de octubre el Congreso Mundial de Estética Dental, evento que nace de la unión del 49 congreso anual de SEPES y del 11 congreso bienal de IFED *(International Federation of Esthetic Dentistry)* presididos por los doctores Miguel Roig Cayón y Jaime A. Gil Lozano respectivamente.

Fotolandia Dental pasa a formar parte del Grupo Casanova Foto

Marcel Martín, al que podríamos definir como el fotógrafo de la odontología, junto con su compañero Pere Rosello da un paso más en su apuesta por prestar el mejor servicio en materia de fotografía a la profesión dental.

El fotógrafo que más congresos y reuniones del sector dental ha contribuido a inmortalizar con la imagen en sus fotografías, continua adelante.

Fue pionero en asumir la trasformación digital en la fotografía y adapto el arte de la buena imagen a los nuevos tiempos, incansable dictante de cursos para conseguir que los dentistas consigan manejar la cámara fotográfica como la turbina o el bisturí y obtengan la excelencia en sus imágenes. También podría dar clases de adaptación de la gestión a los nuevos tiempos y las necesidades que ello conlleva.

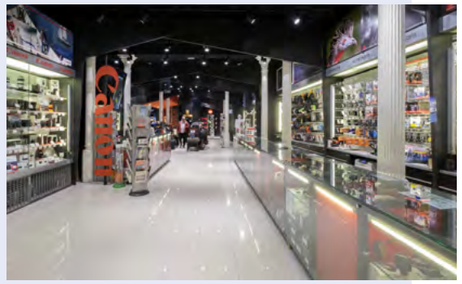
Desde **ODONTÓLOGOS de hoy** les deseamos a Marcel y a Pere que continúen en la línea de éxito que les viene definiendo desde hace años.

FOTOLANDIA dental

casanovafoto

Carta de Marcel Martín

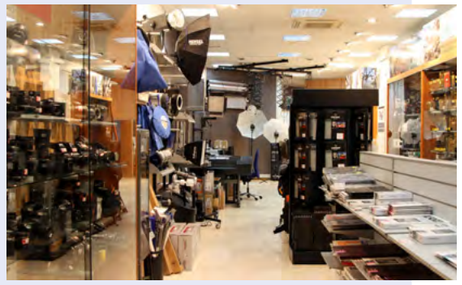
Como fundador de Fotolandia Dental, es una gran satisfacción para mí comunicaros una gran noticia, en mi nombre y en el de mi compañero Pere Roselló, a quien todos conocéis.



Casanova foto, Barcelona.

Como sabéis, desde Fotolandia llevamos dieciocho años prestando nuestros servicios en el sector dental. Desde el origen, nos hemos preocupado de conocer las necesidades que requería la odontología en cuanto a la fotografía y de adaptar siempre nuestra oferta de productos y servicios al objetivo de cubrir esas necesidades y hacer que la tarea de hacer fotografías sea lo más sencilla y eficaz posible para nuestros clientes.

Además vemos, y así tratamos de transmitirlo, que cada día es más imprescindible realizar fotografías de todos los pacientes, tanto para poder diagnosticar mejor, como para utilizarlas como herramienta de marketing y para temas legales.



Casanova foto, Madrid.

Lo que hoy queremos comunicaros es que, con el objetivo de cubrir aún mucho mejor las necesidades de nuestros clientes, nos hemos adherido al mayor grupo de fotografía profesional que existe hoy en España, “Casanova Foto”.

Casanova Foto fue fundada en el año 1972, como tienda de fotografía en Barcelona. En 1992 abrió otra tienda dedicada en exclusiva a la fotografía profesional, para dar un servicio adecuado a su amplia clientela de fotógrafos profesionales. En 2004, expanden su presencia abriendo tienda en Madrid. Hoy en día cuentan con una espectacular tienda en el centro de Barcelona, con otra tienda en Madrid, muy cerca de la estación de Atocha, y con departamentos de soporte como marketing, compras o logísitica.

Además de su amplio surtido y stock de material, desde el accesorio más pequeño hasta el equipo más profesional, Casanova Foto siempre se ha preocupado de ofrecer servicios adicionales a sus clientes, como la formación, o un servicio técnico propio, entre otros muchos.

De ahora en adelante, seremos Pere y yo quienes seguiremos tratando con vosotros, pero apoyados por un gran grupo de personas superprofesionales, que nos ayudarán a daros aún mejor servicio.

Esperamos seguir contando con vosotros y os aseguro que, si hasta ahora no os hemos defraudado, a partir de este momento será mucho mejor.

Muchas gracias por vuestra confianza.

Marcel Martín

Quest

Curso
GRATUITO

¿Quieres conocer una nueva forma de entender los implantes?

Descubre el sistema patentado de prótesis fija o removible retenida por clip

Simplificar la carga inmediata: PRF y sistema de fijación dual FIXPEEK®

Fixpeek

TEMARIO

- Procedimientos de carga inmediata. Cómo y cuándo aplicarlos.
- Solucionar las emergencias desfavorables.
- Garantizarse el ajuste pasivo en la carga inmediata de la prótesis atornillada.
- Cómo controlar los riesgos de periimplantitis.
- Cómo optimizar los tratamientos con implantes inmediatos:
  - Sistema Fixpeek® de prótesis fija dual, atornillada o retenida por clip a conveniencia
  - Implantes de alta estabilidad primaria.
- Foro de preguntas

FECHA y HORARIO

24/05/2019
De 16:30h a 20:30h

LUGAR

Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón

INSCRIPCIONES

garbi.sanz@antonsl.es
94 453 06 22

antón
Suministros Dentales

ODONTOLOGOS
de hoy

¡Suscríbase!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA

Ticare continúa su expansión y lanza su marca en Ecuador

Ticare firma un nuevo acuerdo de distribución con Dental Ayala

El próximo 5 de Julio, Ticare organiza un nuevo Ticare Day en Quito, Ecuador, para presentar la marca en el país. El evento se organiza conjuntamente con Dental Ayala, distribuidor de la firma en el país, que cuenta con más de 40 años de experiencia en el mercado.

El Dr. Michael Quisilema y la Dra. Angélica Jaimes acompañados de parte del equipo directivo de Ticare y de su distribuidor en Ecuador, Dental Ayala, en la sede de Mozo-Grau, fabricante de los implantes Ticare.

Ticare avanza en el flujo digital junto a iTero

Ticare firma un nuevo acuerdo de distribución con Dental Ayala

El pasado mes de abril **Ticare** ha alcanzado un acuerdo con ***Align Technology*** y ***American Medical & Dental*** para ofrecer el escáner intraoral ***iTero*** a sus clientes. Con esta colaboración, Ticare da un paso más en el mundo del flujo digital para ofrecer un servicio completo de calidad a sus clientes. De esta forma, un líder de su segmento como es iTero se suma a la **calidad, predictibilidad y aval científico** de los implantes Ticare para mejorar la experiencia del paciente y el resultado a largo plazo.

Firma del contrato iTero.

El 40% de la población española sufre sensibilidad dental y problemas de encías

Según un estudio sobre Salud Bucodental realizado por Sensodyne (GSK Consumer Healthcare), un **40% de la población española sufre sensibilidad dental y problemas de encías**[1]. Una doble condición que puede comprometer la salud bucodental de quien la padece. Y es que, según el citado estudio, la sensibilidad dental, que aparece cuando la dentina expuesta entra en contacto con estímulos fríos, calientes, dulces o ácidos, provoca que el 44% de las personas que sufren esta afección cambien las técnicas de cepillado para evitar las áreas afectadas[2]. Esto puede derivar en acumulación de placa bacteriana y, con ello, los consiguientes problemas de encías.

Sensodyne, consciente de esta doble condición que sufren alrededor de 15 millones de personas en España[1], lanza ***Sensibilidad & Encías***. Su nuevo dentífrico clínicamente probado para aliviar la sensibilidad dental y potenciar la salud de las encías con dos cepillados al día. Gracias al fluoruro de estaño, ***Sensodyne Sensibilidad & Encías*** crea una barrera protectora sobre las zonas sensibles de los dientes, alivia eficazmente la sensibilidad dental y localiza y elimina la placa bacteriana para ayudar a potenciar la salud de las encías.

Para saber más acerca de esta doble problemática, hablamos con la odontóloga Elisa Vargas.

¿Qué problemas de salud oral te preocupan más hoy en día como odontóloga?

Una de mis mayores preocupaciones, tanto por las consecuencias, como por el alto número de pacientes que lo presentan, son la sensibilidad dental y/o problemas de encías no paliados, ya que son los primeros síntomas y aviso de complicaciones mayores si no se inician tratamientos adecuados a tiempo.

¿En qué medida los pacientes de sensibilidad dental ignoran estos dos problemas?

Existe un gran desconocimiento. Muy frecuentemente atiendo a pacientes que llegan a consulta acusando sensibilidad dental e incluso con problemas de encías avanzados a los que han restado importancia. Lo interpretan como leves molestias que pueden tolerar o simplemente un enrojecimiento natural de la encía. Más allá de la realidad, estos primeros indicios pueden traer consigo complicaciones futuras.

¿Te preocupa que los ignoren?

Me preocupa mucho, fundamentalmente, que el paciente acuda en un estado avanzado de la enfermedad como es la periodontitis, que pueda conllevar a tratamientos más prolongados. Es necesario darle la merecida importancia a la salud bucodental a lo largo de la vida para no incurrir en enfermedades graves en edad adulta.

¿Por qué te preocupa? ¿Qué puede pasar si se ignoran estos problemas? ¿Pueden mejorar o empeorar?

En todo caso, si se ignoran estos problemas nunca mejorarán. Si no se trata adecuadamente, con el tiempo la enfermedad progresa, se retraen las encías y, por lo tanto, aumenta la sensibilidad, ya que la capa interna del diente llamada dentina, queda expuesta, y con las bebidas, comidas azucaradas, acidas, frías o calientes e incluso por respirar aire frio, aparece el dolor. Este puede llegar a ser el menor de los problemas si tenemos en cuenta evoluciones mayores de la enfermedad, que, aunque en un menor porcentaje de los pacientes, puede llegar a ocasionar la pérdida de los dientes.

¿Cómo puede saber la gente si tienen sensibilidad dental y problemas de encías? ¿Qué síntomas pueden experimentar?

Un pinchazo localizado, de corta duración, que cesa cuando el estímulo que lo provoca desaparece, suele ser indicativo de sensibilidad. En cambio, cuando la encía presenta un color rojizo y existe una acumulación de placa es un problema en las encías. Muchas veces pasa inadvertido porque no causa dolor en fases iníciales.

¿Qué le dirías a un paciente que dice que sus síntomas no son suficientemente graves o severos como para usar un producto específico?

Es necesario concienciar al paciente de la gravedad de la situación y de la necesidad de aliviar el problema de raíz ante las consecuencias irreversibles a las que nos puede llevar en los casos más graves.

¿Qué recomendarías que usaran para aliviar la sensibilidad dental y también potenciar la salud de sus encías?

Mi consejo es acudir al dentista para recibir una correcta evaluación del caso, y poner un tratamiento adecuado, además de cepillar los dientes dos veces diarias, con una pasta clínicamente probada, como ***Sensodyne Sensibilidad & Encías***, que además de crear una capa protectora, gracias al fluoruro de estaño, no solo evita de esta forma la sensibilidad, sino que, además, potencia la salud de las encías, al eliminar la placa. También un cepillo suave y el uso de cepillos interproximales o de encías.

¿Cómo te sentirías como dentista, si fueses capaz de ayudar a los pacientes a abordar estos dos problemas con un solo producto?

Precisamente, esa es una de las principales ventajas de Sensodyne Sensibilidad & Encías: el poder confiar en un solo producto que alivia ambos problemas, la sensibilidad y los problemas de encías. Eso hace de ***Sensodyne Sensibilidad & Encías*** una pasta eficaz a la vez que simplifica el abordaje.

¿Cómo beneficiará a tus pacientes la pasta de dientes *Sensodyne Sensibilidad & Encías*?

El uso diario le permitirá al paciente apreciar un cambio en su salud bucodental, remitiéndose por tanto la molestia y la sensación de frío.

¿Recomendarías *Sensodyne Sensibilidad & Encías*?

Sin duda, y después de varios años de experiencia, puedo decir que encontrar un dentífrico como ***Sensodyne Sensibilidad & Encías***, que aborde estos dos problemas de forma simultánea es un logro, y por ello lo recomiendo no solo a todos los que sufren estos problemas, sino también a los propios compañeros de profesión para que ellos mismos lo recomienden.

1. Fuente: Insights into usage & attitudes of gum and sensitivity sufferers 2018.
2. RH02026. Clinical study report, GSK data on file.

nuevo

gsk

DOS CONDICIONES UNA PASTA ESPECIALIZADA

63%
mayor alivio de
la sensibilidad dental*1

Mejora continua
del alivio de la sensibilidad dental tras 24 semanas†2

40%
potenciación de
la salud de las encías†3

Pasta dentífrica para un doble alivio.
Clínicamente probado para aliviar la sensibilidad dental & potenciar la salud de las encías.

*Porcentaje de mejora en la escala de Schiff frente a una pasta con flúor tras 8 semanas, pasta dentífrica de prueba con 0.454% w/w fluoruro de estaño vs. control con sólo flúor. Las diferencias de umbral táctil para la pasta dentífrica en prueba comparada con el umbral de la pasta control fue 7.5 g tras 4 semanas y 27.2 g tras 8 semanas.
†2Porcentaje de mejora en el índice de sangrado tras 24 semanas, pasta dentífrica en prueba con 0.454% w/w fluoruro de estaño vs. pasta control con flúor. El estudio demostró una mejora del 19% en el índice gingival modificado con la pasta dentífrica en prueba vs. control a las 24 semanas. Ambos resultados son indicativos de una mejora en la salud de las encías. **Referencias: 1.** Parkinson CR *et al. Am J Dent* 2015; 28:190–196. **2.** GSK data on file 204930. April 2017 **3.** RH01515. Clinical study report, GSK data on file.
†3Estudio realizado utilizando una pasta dentífrica con 0.454% w/w floururo de estaño; midiendo la escala de Schiff score y el cuestionario DHEQ.
CHESP/CHSEN/0018/19

REUNIÓN CONJUNTA INTERNACIONAL
SEDCYDO - SEMO
XXX Reunión SEDCYDO - XV Congreso SEMO

MOZOGRAU®
ticare

XVII Congreso Sevilla
SECIB
24-26 Octubre 2019

Osteògenos
Dental Surgical Deuices

Sepa '19
El congreso de la periodoncia y la salud bucal
Valencia
29 mayo - 1 junio 2019

VOCO
LOS DENTALISTAS

CONGRESO MUNDIAL DE ESTÉTICA DENTAL
SEPES-IFEDBCN2019
10-12 octubre

SEGER CIUDAD REAL 2019

antón
Suministros Dentales

gsk