

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 10
Nº 46 febrero-marzo 2021



Antonio Montero
Presidente del Colegio de odontólogos
y Estomatólogos de Madrid (COEM)

“He perdido toda la ilusión de que una institución tan importante como el Consejo General cambie y sea consciente de que esta profesión ha evolucionado”



J. M. Ustrell. Propuestas para la necesaria revisión del plan de estudios en odontología



J. Cortés. Ni la caries se trata solo obturando, ni la preventiva es una maría



Mozo Grau & TICARE



IX Festival Cine y Dentistas (COENA)

1996



2021

ticare



Evidencia científica para la práctica diaria

**CELEBRAMOS
NUESTRO
25 ANIVERSARIO
POR TODO
LO ALTO**



**NO PODEMOS CELEBRAR
EL MAYOR CONGRESO
ticare DE LA HISTORIA.**

**DEDICAMOS ESE
PRESUPUESTO A
NUESTROS CLIENTES.**

INVERTIMOS EN TI



¿Qué nos permite hacerlo?

Inversión durante años en procedimientos.

Optimización de los procesos.

Mayor resiliencia frente a la crisis que la media de las marcas premium.*



ticare TISSUE CARE
PHILOSOPHY

f t i in y

ticareimplants.com | @ticareimplants

+34 983 309 602 | info@ticareimplants.com

(*): Datos del Informe Dental Monitor de Key-Stone para el acumulado del tercer trimestre de 2020: ticare se sitúa 15 puntos porcentuales por encima de la media de marcas Upper Value en evolución de venta de implantes comparado con 2019.

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 Propuestas para la necesaria revisión del plan de estudios en odontología
- 🕒 HABLEMOS DE LA ODONTOLOGIA
- 🕒 UN VIAJE AL PASADO

Tribuna de salud pública. 12

- 🕒 El nuevo currículo de Cariología
F. Javier Cortés Martinicorena

Actualidad 14

- 🕒 Historia de un festival
- 🕒 VI Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal y Congreso de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, C. A.C.
- 🕒 SIMPOSIO SEPES CLÍNICA

Entrevista 20

- 🕒 Antonio Montero Martínez

Ciencia y salud. 28

- 🕒 Lesión tumoral lingual
- 🕒 Rehabilitación total bimaxilar de carga inmediata con electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

Historia de la Odontología 40

- 🕒 Los remedios de uso estomatológico en el “Tesoro de Medicinas” del venerable Gregorio López
Javier Sanz

Espacio de Arte 48

- 🕒 NAPOLEÓN A LOMOS DE MARENGO
F. Manuel Nieto Bayón

Gestiona tu consulta. 54

- 🕒 ¿Qué hacer cuando alguien fallece, acepto o rechazo la herencia?
- 🕒 Las cinco recomendaciones para aumentar beneficios en tu clínica dental
- 🕒 6 Hábitos que te harán mejorar como líder

Empresas 60

- 🕒 GSK CONSUMER ESPAÑA EN TWITTER
- 🕒 Nuevo catálogo de ofertas especiales NSK
- 🕒 Expodental Scientific Congress
- 🕒 Mozo Grau & TICARE

Formación 61

- 🕒 Ciclo de webinars TICARE
- 🕒 Las personas con periodontitis tienen casi 9 veces más posibilidades de fallecer si sufren COVID-19

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

COORDINACIÓN EDITORIAL Y WEB:
Patricia Puertolas
web@odontologosdehoy.com

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

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:
Ángel González Encinas
aencinas@artfacto.es



Pásate a los multiplicadores Menos aerosol, evita riesgos



Consulta
nuestras
ofertas

www.antonsl.es

TU CLÍNICA LIBRE DE VIRÚS Y BACTERIAS



STERILAIR PRO



Dispositivo que **esteriliza** el aire, gracias a la acción de tubos UV-C, cuya propiedades contra virus, bacterias y hongos esta demostrada por numerosos estudios El aire se introduce en la cámara de esterilización del dispositivo que, por radiación, elimina toda la carga microbiana. Sencillo, silencioso y ergonómico.

- Flujo de 120 m3.
- **Tubos UV-C Phillips**
- Steril Air no limpia el aire, lo **esteriliza**

#todovaasalirbien

Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es



Efectos colaterales en pandemia

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Hace un año la más importante feria del sector dental en España, Expodental, fue suspendida y según el comunicado emitido desde IFEMA, se tomaba esta decisión atendiendo a la solicitud de la patronal promotora de este evento, FENIN, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, formulada en el marco de las recomendaciones realizadas por el Ministro de Sanidad al respecto de la celebración de congresos y eventos que implicasen a los profesionales sanitarios. Todo esto ocurría dos semanas antes de que el Gobierno del Estado declarase el “Estado de alarma”.

No he entendido por qué las reuniones de sanitarios había que suspenderlas y las del resto de ciudadanos no. Si algún día el gobierno accede a crear una comisión técnica independiente para estudiar cómo se gestionó esta pandemia es posible que lleguemos a saberlo, pero no tengo ninguna esperanza de que esa comisión se cree.

Llevamos un año duro por las consecuencias de una pandemia inimaginable pocos meses antes de su declaración.

Siempre hay quién encuentra la forma de beneficiarse del mal ajeno o del mal general. Hace un año dábamos cuenta del acuerdo de la Asamblea del Consejo General de Dentista de España, tomado en julio de 2019, de demandar en vía judicial a M. Alfonso Villa Vigil, al tesorero de su comité ejecutivo y al entonces director ejecutivo, por los perjuicios derivados de la ausencia de cantidades que podrían superar los seiscientos mil euros, ante la posible falta de observancia y control por parte de éstos.

Entonces denunciábamos la creciente opinión sobre el secretismo del Consejo General en lo que se refiere a sus finanzas, no con ello queremos decir que no lo sea en otros temas, pero en esta ocasión hablamos de algo que parece especialmente grave. A día de hoy parece que el estado de pandemia a alguien le está viniendo muy bien, porque del acuerdo tomado por la Asamblea nunca más se supo, ni media explicación pública por parte de D. Raúl Oscar Castro, responsable de ejecutar el acuerdo y compañero de D. M. Alfonso en el Consejo de Administración de la Mutua AMA.

A dar explicaciones a los dentistas sobre sus actuaciones no parece estar muy atento D. Raúl Oscar, pero de aparecer en televisión sí y lamentablemente no para elevar el nivel de estima de esta profesión, más bien para hacer el ridículo. La última hace unos días en la Cuatro TV en el programa de Risto Mejide, donde definiéndose como sanitario, médico y dentista, cuestionó la efectividad de una de las vacunas aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento, ante el asombro de un reputado experto en epidemiología de la O.M.S. que dio explicaciones técnicas, con rigor científico, sobre lo incorrecto de lo manifestado por D. Raúl Oscar (el video no tiene discusión). Son muchos los colegiados indignados con su actuación y que nos han manifestado que no se sienten representados por este señor.

*“No se puede salir a inventar,
hay que estudiar y hablar de lo que se
sabe y con rigor científico”*

Estamos acostumbrados a que determinados personajes públicos, aparezcan en los medios cuestionando vacunas y hasta la existencia del propio virus, la última Victoria Abril por poner un ejemplo reciente y conocido. Pero que alguien que dice representar a todos los dentistas, salga con esas, ya es demasiado.

Después de treinta años ocupando cargos colegiales debería saber callarse y pensar un poco antes de aparecer en los medios. No se puede salir a inventar, hay que estudiar y hablar de lo que se sabe y con rigor científico. Que determinada artista por muy buena que sea en el escenario salga a decir barbaridades es reprochable, como lo es cualquier exaltación de la ignorancia, pero que lo diga alguien como el Presidente del Consejo General de Odontólogos es más que preocupante.

Los presidentes que le apoyan también deberían dar una explicación.

Propuestas para la necesaria revisión del plan de estudios en odontología



Josep M. Ustrell Torrent

Director de la Escuela de Odontología

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona

En pleno siglo XXI, los avances en la evolución de los conceptos, prácticos y de conocimiento teórico, que se están introduciendo en la odontología nos plantean una reflexión profunda, invitándonos a introducir mejoras en el plan de estudios de odontología. En este sentido, Fuentes (Int J Odontostomat 15(1):234-239, 2021) afirma que *el proceso de renovación curricular, es un mecanismo de aseguramiento de la calidad formativa del profesional.*

En diversas reuniones de la conferencia de decanos o “delegados” de odontología de las universidades de la península, se ha expresado la necesidad de una revisión del plan de estudios, debido precisamente a que han quedado desfasadas algunas de las competencias que debería adquirir el alumnado en las distintas materias, y además porque nos hemos olvidado de algo muy importante, del modo en que podemos unir los avances tecnológicos con el humanismo.

Son varias las materias que deberían tener una mayor consideración en cuanto a su importancia dentro del plan de estudios y no son precisamente las técnicas, porque los progresos en las distintas áreas pueden actualizarse sin modificar el título de la asignatura. Son materias que podrían aplicarse a cualquiera de las enseñanzas de las Ciencias de la Salud, aunque vamos a justificarlas dentro del área odontológica.

Siendo la **Anatomía** la ciencia que estudia la estructura de los seres vivos, ha de ser la base del conocimiento que deben adquirir los alumnos recién incorporados en los estudios universitarios, por ello es en el primer curso donde se ubica la “Anatomía, genética y embriología humanas” con 6 créditos, que se complementara con “Anatomía y embriología del aparato estomatognático” también con 6 créditos. Y específicamente se debería impartir la “Anatomía y Embriología del Sistema Dentario” como asignatura troncal (obligatoria) y no optativa, como ocurre actualmente en la Escuela de Odontología de Barcelona. En este sentido, podemos adoptar el plan de estudios de odontología de la Universidad de Porto en el cual se imparten Anatomía I y II, para un conocimiento general, y Anatomía e Histología I y II, en las cuales contemplan el objetivo del aprendizaje y obtención de conocimientos sobre el desarrollo embriológico de los dientes y del macizo craneofacial y la morfología de los dientes deciduos y de los dientes permanentes.

En diversas reuniones de la conferencia de decanos ... se ha expresado la necesidad de una revisión del plan de estudios, debido precisamente a que han quedado desfasadas algunas de las competencias

Después del conocimiento morfológico del aparato bucodental deberemos aprender cómo aplicar las terapéuticas a quienes padecen enfermedades bucales. Aquí será la **Psicología**, como ciencia que debe mediar en la conducta de los pacientes y en la de los profesionales, la que nos ayudará en afrontar su interacción. Para este estudio, en primer curso estudia una asignatura que se denomina “Psicología y comunicación” que va a ser útil para principiantes, aunque sólo fuera una iniciación. Por ello se recomienda una asignatura complementaria de “Psicología aplicada” que se impartiría en cuarto curso, cuando entran en contacto con los pacientes en la clínica odontológica.

Debemos introducir la **Odontología Hospitalaria**, porque implica disponer de unos conocimientos muy amplios de todo el saber médico. Una formación que debería basarse en aquella patología general que debe conocer el odontólogo y hacer las prácticas clínicas en conjunto con los estudiantes de medicina y de enfermería. En el País Vasco, Aguirre (Odontólogos de Hoy. 2019;8(37):4-5) hace una reivindicación al solicitar que en la Universidad del País Vasco se reconsiderase el traslado de los estudios de Odontología junto a los de Medicina y Enfermería que “todas” las instituciones habían olvidado.

Además, debería incluir la mayoría de las áreas de la odontología y, especialmente, la Anestesia, la Cirugía Oral, la Odontopediatría, el tratamiento de los considerados “pacientes especiales” o que necesitan de una atención clínica muy especializada y la Patología Oral. En este sentido Silvestre (Odontólogos de Hoy. 2012; 1:15) ha trabajado siempre en pro de estos pacientes, marcando un hito en las actividades y servicios que relacionan la sanidad y la acción social, por lo cual fue reconocido por el Ministerio de Sanidad.

Buxarrais: "... la educación consiste en ofrecer respuestas a todas las dimensiones de la persona ..."

De vital importancia sería que el alumnado realizara una rotación en el Servicio de Urgencias con la finalidad de prepararlos frente a cualquier necesidad de actuación vital del paciente. Es más, se debería contemplar la necesidad de una formación continuada de por vida, como muy bien expresaba Eiros (Odontólogos de Hoy, 2020; 9(45):22-5) con una evaluación periódica que debería llevarse a cabo junto con las universidades. Gutiérrez de Guzmán (Odontólogos de Hoy, 2018; 7(35):3) daba mucha importancia a que las sociedades científicas trabajaran en pro de la formación postgraduada.

Años atrás se impartía la asignatura de **Documentación** y su olvido ha conllevado una disminución de la calidad en los estudios, porque era un excelente apoyo para los trabajos de Final de Grado y preparaba para la presentación de artículos al futuro profesional. Asimismo, debido a la importancia actual de las publicaciones para el currículum en el ascenso de la categoría docente y el ranking de las universidades, creemos fundamental la reincorporación de esta asignatura.

También la **Gestión** que se acostumbra a incluir en Ergonomía debería tener la consideración de troncal, por su importancia con los cambios de las leyes estatales y europeas, por lo cual se podría unir a la **Legislación** y, como complemento de ésta, a la **Forense**. Es fundamental que se desarrollen conocimientos, competencias y capacidades para comprender las normas y la legislación que reglamenta el ejercicio profesional, ya sea el público como el privado.

Igualmente, reivindicamos la **Historia** como patrimonio de una profesión y para el conocimiento del legado de nuestros maestros, además de facilitar la comprensión de las técnicas actuales mediante su evolución en el tiempo.

Por último, y no menos importante, es dar cabida a los valores de la profesión mediante la **Ética** y el **Profesionalismo**. En los últimos tiempos, la ética aplicada o deontología profesional

ha adquirido especial relevancia y, como profesionales de las ciencias de la salud, no podemos olvidarnos de la existencia y la envergadura de los valores éticos en nuestra práctica profesional. Se nos presentan múltiples ocasiones donde los valores están presentes, de forma implícita o explícita, que nos invitan a reflexionar, hablar, debatir, trabajar y actuar con las personas que atendemos y con nuestros colegas.

Buxarrais (RIEEB 2021; 1:5-7) subraya que *se observa un interés por los temas emocionales en la educación moral y en valores, a partir del cambio de siglo y opina que relacionar la educación moral con la educación emocional, supone enfatizar la idea de que la educación consiste en ofrecer respuestas a todas las dimensiones de la persona para poder desarrollar la coherencia entre el pensar, el sentir y el hacer. Hemos llegado a una situación en la que se ha considerado indispensable la educación emocional y así se expresa en la nueva ley de educación (LOMLOE) con la expresión "educación emocional y en valores"*.

La parte técnica está al alcance de muchas personas hábiles o que poseen destrezas en el trabajo manual, pero puede que adolezcan de la empatía para observar, dialogar y tratar. La universidad moderna se caracteriza por promover una enseñanza-aprendizaje híbrida, pero no podemos centrarnos sólo en la tecnología porque nos faltaría el contacto social y, más aún, en el área de las ciencias de la salud. A todo esto, hay que añadir la implementación de una Evaluación de Competencias Objetiva y Estructurada (ECO) que permite valorar la teórica y la práctica.

En definitiva, en la Conferencia de Decanos deberíamos abordar una reforma del Plan de Estudios de Odontología para adaptar nuestra enseñanza a la realidad de este siglo XXI. Por lo tanto, es de vital importancia nuestra puesta al día con un consenso amplio de todas las universidades implicadas en esta enseñanza.

La parte técnica está al alcance de muchas personas hábiles o que poseen destrezas en el trabajo manual, pero puede que adolezcan de la empatía para observar, dialogar y tratar.

HABLEMOS DE LA ODONTOLOGIA

Dr. Manuel Ribera Uribe

Jefe Area Preventiva Y Medicina Oral

Profesor Titular de Gerodontología i Pacientes Especiales. Universitat Internacional de Catalunya



Hablar del monotema pandémico es como hablar de las elecciones en plena campaña electoral. La televisión, la prensa, la radio, las reuniones familiares y los grupos de amigos fundamentan el contenido de sus palabras en ese *run-run* que se mete por todo los rincones y acaba rebosandonos por las orejas.

Por eso hoy, al igual que el inclito Paco Umbral, voy a hablar de mi libro. O sea de mi tema. De la odontología en su lado más prosaico. Ciertamente es imposible sustraerse aunque sea de refilón a la influencia de la actualidad. Me explicaré. Con el último devenir de los acontecimientos se ha puesto encima de la mesa la necesidad (y el interés de todo el mundo) de incrementar los recursos en sanidad. De modo paralelo han surgido iniciativas que reivindican una remuneración justa a los profesionales implicados. Eso es así porque en los últimos años los sanitarios en general han visto congelados sus honorarios, cuando no recortados.

Y aquí enlazo con la afirmación de que voy a hablar de lo mío, de lo nuestro. La odontología en nuestro país es mayoritariamente privada. Nuestros representantes profesionales lo son de todos pero muy especialmente de la ingente cantidad de odontólogos que trabajan en sus consultas privadamente, en consultas de otros compañeros, en consultas de empresas, franquicias y mutuas. Las universidades educan de modo mayoritario pensando en el ejercicio privado. La cuestión es que los dentistas llevamos años sufriendo incrementos de costos: personal, gastos fijos, técnicas y procedimientos cada vez más costosos, pero sin repercutir proporcionalmente, la mayoría de las veces, todo ello en nuestros honorarios. Vamos disminuyendo nuestro margen y por tanto nuestro beneficio personal a la par que se va incrementando la competencia.

No se si queda alguien que crea en la mano invisible del liberalismo puro y duro de Adam Smith que regulaba el mercado basándose en la competencia, la eficiencia y la equidad. Lo cierto es que, en un momento en que todos reconocen la importancia de pago justo por los tratamientos que realizamos, un sinfín de mutuas y compañías de seguros nos pagan un buen número de actos a 0 euros. Sorprendentemente, nuestros representantes, los responsables sanitarios, incluso la población a la que atendemos (algunos pacientes ni siquiera lo saben) se ponen de perfil ante la incuestionable injusticia de aceptar que trabajemos de manera gratuita. El problema no se refiere ya a las primeras visitas, sino a actos concretos del nomenclátor de muchas entidades, para más *inri*, muchos de ellos ligados a actividades básicas, preventiva, odontopediatría etc. El problema se refiere también a las consultas que se ven obligadas a “regalar” tratamientos en la esperanza de que el paciente acepte presu-

puestos, transmutando la relación de confianza en una relación básicamente económica/comercial.

Por ello el momento en el que se reivindica un trato económico justo a los profesionales de la sanidad, es el idóneo para hacerlo extensivo a la odontología. Las mutuas deben dejar de incluir conceptos en su nomenclátor pagando 0 euros al dentista, las autoridades de la competencia deben entender que eso propicia una nefasta relación con los “clientes” y además es una práctica éticamente más que dudosa, las autoridades laborales deben entender que los contratos, entendidos como un acuerdo entre el prestatario (las entidades, pacientes, mutuas, franquicias etc) a las que prestamos servicio y los dentistas que percibimos una retribución por trabajar, están siendo tergiversados en su espíritu y no precisamente para bien de los pacientes ni de los dentistas. Por tanto no puede haber actos a costo 0 de manera impuesta unilateralmente. Da igual que se argumente que somos libres de firmar o no esos acuerdos. Podemos regalar nuestro trabajo a quien queramos pero eso no puede convertirse en algo obligatorio ni regulado ni hemos de vernos necesariamente abocados a hacerlo. Tampoco puede ser un método de captación de pacientes. Simplemente no es justo ni ético por mucho que se haya convertido en una práctica desgraciadamente cotidiana.

Se impone la necesidad de unos precios de referencia ligados a unos procedimientos mínimos elaborados, pensando en una retribución justa y en una justa actuación. Un papel que lamentablemente perdieron los colegios profesionales y los organismos que velan por la competencia y la equidad deberían estimular en defensa de los usuarios y en defensa también de los profesionales. Se impone la necesidad de que las empresas dentales utilicen ese nomenclátor, esa descripción y esos precios como referencia.

Ahora que todos vemos la importancia de que los profesionales perciban un precio justo por su trabajo, de no dejar el mercado a la voracidad de los intereses espurios de algunos de los mercantilizados actores del mundo dental. Por hacerlo así ha pasado lo que ha pasado en el tema de la publicidad engañosa y de las empresas que todos conocemos. Es hora de recordar a quien corresponda que la odontología, nuestra odontología, hoy por hoy es básicamente privada. Es un tema duro, difícil de manejar, pero mientras esperamos ese futuro celestial que algunos prometen en el que los ciudadanos satisfarán sus necesidades odontológicas a cargo del estado, los implicados están dejando hervir el tema supongo que pensando que cuando mas hierva más blando estará y es posible que incluso se acabe diluyendo. O sea, que seguiremos en la casilla de salida.

Lactoflora[®]

salud bucodental

SABOR MENTA

¿Problemas
dentales y
de encías?
¿Mal aliento?



CN: 180654.3

Probióticos

Vitamina
D₃



El complemento para
la higiene bucal diaria

Triple Efecto

L. brevis CECT 7480, *L. plantarum* CECT 7481 y *Pediococcus acidilactici* CECT 8633¹⁻²

Efecto bactericida frente caries,
candidiasis, gingivitis y halitosis

Efecto protector de
la dentina y las encías

Efecto restaurador de
la microbiota oral

Documentación dirigida exclusivamente a profesionales sanitarios

• Sin gluten • Sin lactosa

Recomendado por:



www.lactoflora.es



Our Mission - Your Health

UN VIAJE AL PASADO

Alejandra Llorente
Odontóloga



Nos encontramos en Egipto concretamente en Alejandría en el siglo III d.C.

Acaba de nacer una niña en una familia noble, unos dicen que sus padres eran paganos otros que cristianos y que la bautizaron siendo muy pequeña, también está la teoría de que la bautizaron a los 16 años, nunca lo sabremos con exactitud.

Su padre le ha puesto de nombre Apolonia, ya sabemos cómo es la gente, existen rumores de que su padre ha elegido ese nombre porque es un ferviente adorador del Dios Apolo.

Pasaron los años, y Apolonia creció y se convirtió en una mujer, su fe también había crecido con ella, era tan grande que decidió renunciar al matrimonio y mantenerse virgen para dedicar su vida a Jesús.

Apolonia se convirtió en diaconisa. Eso era un cargo religioso que existía en su época, era una mujer consagrada y bendecida para ejercer determinados ministerios en las Iglesias cristianas

Apolonia era una persona importante al ser diaconisa, ella era catequista y predicadora, lo que la puso en el punto de mira. Una tarde un grupo de hombres la acorralaron y la agarraron. La golpearon con tal brutalidad que perdió todos sus dientes.

La gente de la ciudad dice que Apolonia fue desdentada por los puñetazos que la dieron, otros contaban que fue con una piedra. También están quienes aseguraron que se emplearon unas tenazas para arrancarle los dientes.

Apolonia dolorida veía como montaban una hoguera, y empezaron a amenazarla con quemarla viva si se negaba a decir blasfemias contra Cristo y que tenía que invocar a dioses paganos.

Apolonia sabía cual iba a ser su final, por lo que les pidió que la liberaran y ella misma saltó al fuego.

Apolonia se convirtió en mártir, ahora todos la conocerían como Santa Apolonia.

Durante siglos la gente con dolores dentales le rezaba para aliviar su dolor, ya que cuentan que antes de morir dijo que quienes la invocarán dejarían de sufrir.

Por todo esto Santa Apolonia es considerada la patrona de la odontología.

Esto me recuerda las barbaridades que se han cometido durante la historia contra las mujeres. Ya fueran cristianas o no.

En Edimburgo me contaron que a las mujeres que acusaban de brujas las tiraban a un lago y que si se hundían y morían eran inocentes pero que si flotaban eran brujas y mataban a todas las mujeres de su familia. Por eso cuando las acusaban se llenaban de piedras las faldas y el corsé para asegurarse de que se iban a hundir y así salvar al resto de mujeres de su familia.

El 9 de Febrero celebramos a Santa Apolonia recordando su sacrificio, y su fe, en una profesión cada vez más dominada por mujeres, en un mundo en el que todavía nos queda mucho que decir y sobre todo por hacer para situarnos, cada vez más mantenernos, en el plano de igualdad que nos corresponde por derecho propio.

Para nosotros los dentistas esta Santa Apolonia ha sido muy diferente a las demás. Teñida por el luto, el confinamiento, los toques de queda y el respeto a las víctimas de la pandemia.

No había ánimo de celebraciones, ni se podía por las medidas de distanciamiento social.

Quizás ha sido una Santa Apolonia más espiritual, más triste, de la que seguro tendremos algo que aprender.

Shaping the future of dental care



APARATOLOGÍA DENTAL



CONSUMIBLES



INSTRUMENTAL



EQUIPAMIENTO



HIGIENE BUCAL



IMPLANTOLOGÍA



DIGITAL SOLUTIONS

SHOWROOM & CONGRESS



+150
MARCAS
EXPOSITORAS



180
SPEAKERS

Congreso Nacional de Odontología Avanzada



SUMMIT
ODONTÓLOGOS



SUMMIT
HIGIENISTAS



SUMMIT
PROTÉSICOS



SUMMIT
NEXTGEN

El nuevo currículo de Cariología

Un gran avance en la formación de los futuros dentistas



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

Hace unos días se presentó públicamente el “Currículo de Cariología. Estudios de Grado en Odontología en España”. La presentación fue *online* mediante un webinar -este invento moderno para evitar que nos juntemos y podamos charlar y disfrutar como antes de la Covid- y fue todo un éxito de asistencia. Una reunión en red, donde solo se ven las caras de los ponentes no es lo mismo que una reunión presencial, ni por la calidez del contacto ni por la capacidad de transmitir el mensaje objeto de la reunión. Es más barato, sin duda, y más cómodo, pues evita desplazamientos, y permite asistir a personas que de lo contrario no lo habrían hecho, pero no es lo mismo.

Consideraciones aparte, lo importante fue que se oficializaba el resultado de un gran trabajo de algo más de dos años de duración, de muchos docentes -y no docentes- universitarios, expertos en Cariología, con el propósito unificar los contenidos actualizados para la enseñanza de la enfermedad que más impacto tiene en la salud oral de la población. Que la caries dental es la enfermedad más prevalente del ser humano ya lo sabemos, pero impacta leer estos datos: se calcula que en todo el mundo 2.400 millones de personas tienen una cavidad abierta, caries sin tratar; en España, unos 750.000 niños de 5 a 9 años la tienen en la dentición temporal.

Se calcula que en todo el mundo 2.400 millones de personas tienen una cavidad abierta, caries sin tratar

Lo que aprendimos en la facultad es que la caries se trata haciendo unas buenas obturaciones. Por ello, el mayor esfuerzo estaba dirigido -y en gran medida lo sigue estando- a aprender sobre el manejo de la turbina y demás medios quirúrgicos del

diente para diseñar unas preciosas cavidades, con unos márgenes perfectamente delimitados, colocar una maravilla de materiales pulidos, etc. Pura orfebrería. Este enfoque en el manejo de la enfermedad viene de lejos, concretamente de finales del siglo XIX. También estaba la preventiva, claro, pero estos de la preventiva ya se sabe... son un poco especiales y siempre están con lo mismo.

*De todo esto trata el nuevo Currículo.
Ahora hace falta que las distintas universidades del país lo hagan suyo, lo integren en sus planes de estudio*

Todo esto ha dado un giro de 180 grados, empezando por su propio diagnóstico. Ni la caries se trata solo obturando, ni la preventiva es una manía (manía). El 80% del manejo de esta enfermedad es no operatorio. La restauración del diente irreversiblemente dañado sigue siendo una necesidad, pero no es el enfoque de base en su tratamiento. De todo esto trata el nuevo Currículo. Ahora hace falta que las distintas universidades del país lo hagan suyo, lo integren en sus planes de estudio, y que los nuevos dentistas salgan con una mentalidad diferente a la que teníamos cuando nosotros nos formamos. Para mí, que actualmente no estoy en la universidad y, por tanto ajeno a las tensiones de poder interno, el objetivo final sería la creación de un Departamento o una Unidad en cada Centro Universitario que llevara ese nombre: Cariología.

Para quien esté interesado, el currículo está disponible en la web de las tres sociedades científicas que han participado junto a las universidades, en el desarrollo del mismo: SESPO, SEOC y SEOP.

EXPODENTAL

SCIENTIFIC
CONGRESS

24-26
JUNIO
2021

CONOCIMIENTO TECNOLOGÍA FUTURO



PROMUEVE:



federación española
de empresas de
TECNOLOGÍA SANITARIA

ORGANIZAN:

brand_comunicación



IFEMA
Feria de
Madrid

PATROCINA:



PARTE DE Bupa

ifema.es/expodental

COENA

Colegio Oficial de Odontólogos
y Estomatólogos de Navarra

Historia de un festival

CIDE. El único festival de cine y dentistas

Beatriz Lahoz Fernández



N. de Redacción: La pandemia ha obligado a que casi todas las reuniones de dentistas se cancelen o pasen a ser visionadas por el plasma. Los dentistas navarros cumpliendo con las más estrictas normas de protocolo sanitario han conseguido mantener presencial un festival que llega a su novena edición. La Dra. Beatriz Lahoz, presidenta del Colegio de Dentistas de Navarra cuando comenzó su andadura, nos cuenta la historia de este curioso y entrañable evento cultural.

Cuando en 2013 empezó la aventura de unir durante unos días el mundo del cine con el de la odontología y creamos en Pamplona el festival CIDE, la noticia que apareció en los medios fue que se trataba del primer festival de cine y dentistas del que se tenía noticia. La noticia no era del todo cierta, ya que unos años antes había tenido lugar un pequeño ciclo de Cine y Odontología organizado en Londres por el equivalente a nuestro Consejo de Dentistas. Puestos en contacto con ellos, nos comentaron que la iniciativa no había tenido éxito, y nunca llegaron a hacer una segunda edición. Pese a ese antecedente nada estimulante desde el Colegio de Dentistas de Navarra, y debido a una especial querencia por el mundo del cine decidimos poner en marcha aquel proyecto. Desde entonces y hasta ahora han pasado nueve años, nueve ediciones, y se han proyectado casi treinta películas en las que la temática de la odontología es el leit motiv. Hemos contado además con la visibilidad que nos ha proporcionado el programa de Televisión Española, Dias de Cine a quien agradecemos que se haga eco cada año de nuestro pequeño festival.

Previamente a que surgiera CIDE, se llevó a cabo una tarea de rastreo para saber si, realmente, el mundo de la odontología había estado tan relacionado con el mundo del cine como se pensaba y se descubrieron decenas de títulos que demostraban que los dentistas y su trabajo siempre fueron materia fundamental para los guionistas tanto del cine más comercial como del cine de autor o de propuestas más independientes.

Esta estrecha relación entre el cine y los dentistas surge desde los principios del cinematógrafo. En aquel momento en el que los protagonistas de las películas todavía no tenían voz, ya eran capaces de plantear gags humorísticos que tenían lugar en las consultas de unos dentistas que, naturalmente, no tenían los mismos métodos ni herramientas que en la actualidad. Así muchos aficionados recordarán escenas hilarantes con pacientes en sillones de una consulta que se rebelan y se mueven arriba y abajo, otros con enormes pañuelos anudados en lo alto de la



cabeza para mitigar el dolor o gente tratando de huir de una consulta, entre otros recursos utilizados para provocar la risa en los espectadores. Eran los tiempos de Chaplin y de El Gordo y el Flaco, pero también de propuestas mucho más serias y dramáticas como Avaricia (1924) de Erich von Stroheim, una de las obras maestras del cine mudo que está protagonizada precisamente por un dentista. En Avaricia se pone de manifiesto la ruindad humana pero también se plantean muchas cuestiones que están asociadas a la práctica de la odontología como la importancia del título para convertirse en dentista, la exigencia de una licencia para practicar esa especialidad y unos cuantos aspectos que asemejan a los profesionales de hace un siglo con los de la actualidad. En 1924, el cine trataba ya el tema del intrusismo.

A lo largo de estos nueve años continuados, una de las constantes que se ha producido a menudo cuando se menciona esa vinculación entre cine y dentistas es que, en el imaginario colectivo, siempre aparecen títulos de referencia. Uno de ellos es sin duda Marathon Man, la película de 1976 de John Schlesinger. Está claro que la secuencia en que un maléfico dentista que tortura a Dustin Hoffman para conseguir información y lo hace con todo el material habitual en la consulta de cualquier profesional de la odontología, no dejó indiferente al público de la época. Pero la relación del cine con la odontología va mucho más allá de las películas que provocan miedo, pese a que El dentista (1 y 2) de Brian Yuzna sea también un clásico del género de terror y a que naturalmente el protagonista sea un enloquecido doctor llamado Alan Feinstone del que a nadie le gustaría figurar en su lista de pacientes.

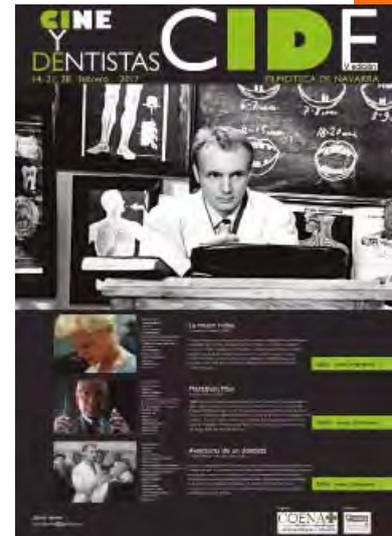


Los vínculos del mundo de la odontología con el cine han ido cambiando mucho con el paso de los años y CIDE ha intentado recoger esta realidad. En cada una de sus ediciones se proyectan películas de distintas épocas, en ocasiones distanciadas en el tiempo más de ochenta años. Esto, unido a que se intenta que cada año se analicen distintas temáticas y problemas que han afectado y afectan a la profesión, provoca que el cine y los dentistas estén cada año un poco más cerca. Contemplar cómo se sobrellevaba el dolor de dientes a principios del siglo pasado y cómo ha evolucionado la anestesia, cómo era una consulta en el lejano Oeste y cómo son las consultas actuales, cómo se enfrentaban los pacientes ante la inminencia de ser el siguiente en una sala de espera y como lo hacen en la actualidad, no deja de ser una lección de historia de la odontología a través de los relatos de ficción que nos ofrece el cine.

Así que una vez conocido todo esto el festival echó a andar en febrero de 2013. En aquella primera edición se proyectaron cuatro títulos: *Charlot falso dentista* (1914) de Charles Chaplin, *Rostro pálido* (1948) de Norman Z. McLeod, *La pequeña tienda de los horrores* (1960) de Frank Oz y *Martes después de Navidad* (2010) de Radu Muntean. Títulos de diferentes épocas, de diferentes géneros y de diferentes nacionalidades para un festival que surgía con intención de mantenerse en el tiempo y de dar a conocer el mayor número de títulos posible.

En 2014 la proyección de la película muda *Avaricia* (1924) estuvo acompañada al piano por Jonathan Hurtado. Fue una proyección muy especial que aportaba además la música en directo tal y como en su día debió verse este clásico de Erich Von Stroheim. Aquella fue además la edición en la que pudieron verse otros títulos como *El gran momento* (1944) de Preston Sturges, *Sonrisas de New Jersey* (1989) de Carlos Sorin o *La vida secreta de un dentista* (2002) de Alan Rudolph.

Con el transcurso de las ediciones el público, entre quienes se encuentran muchos profesionales de la odontología, ha ido en aumento haciendo suya una cita que se produce siempre en el mes de febrero, alrededor de la festividad de Santa Apolonia. En 2015 el festival empezaba a asentarse de una manera más firme. En aquella ocasión se proyectaron tres títulos: *La pelirroja* (1941) de Raoul Walsh, *Tamaño natural* (1974) de Luis García Berlanga y *Canino* (2009) de Yorgos Lanthimos. Un clásico norteamericano, una película española y un filme griego dirigidos en distintas épocas y que tratan temáticas muy diferentes pero que formaban parte de una misma propuesta, CIDE, tercera edición.



Desde entonces y hasta la actualidad CIDE ha mantenido unas constantes tanto en lo que se refiere a los títulos como al funcionamiento. De la misma manera, y debido a que el festival pretende también un acercamiento al público del amplio territorio que abarca el mundo de la odontología, las películas son precedidas por una presentación y se llevan a cabo una serie de coloquios que permiten conocer algo más de cerca lo que de verdad y de fantasía tienen las imágenes cinematográficas. Allí donde el cine ha puesto su imaginación el público puede colocar sus experiencias personales y sus conocimientos prácticos pero también sus dudas o sus aportaciones.

El recorrido cronológico del festival nos remite a las proyecciones de El hombre que sabía demasiado (1956) de Alfred Hitchcock, El diario de Ana Frank (1959) de George Stevens y Balzac y la joven costurera china (2002) de Dai Sijie en 2016; Aventuras de un dentista (1965) de Elem Klimov, Marathon Man (1979) de John Schlesingery La mujer rubia (2008) de Lucrecia Martel en 2017; Crónica de un ser vivo (1955) de Akira Kurosawa, Cautivos (1994) de Angela Pope y Mujeres de El Cairo (2009) de Yousry Nasrallahen 2018; La mujer preferida (1933) de Stephen Roberts, Río Lobo (1970) de Howard Hawksy Cachorro (2004) de Miguel Albadalejo en 2019 y, en su VIII edición, Dentist in the chair (1960) de Don Chaffey, El pistolero más tembloroso del oeste (1968) de Alan Rafkiny Tomboy (2020) de Lindsay Lindenbaumen 2020.

La IX edición en 2021 merece un párrafo especial. En febrero de 2020 cuando Tomboy cerró el festival hasta el año si-

guiente se estaba muy lejos de saber que un mes más tarde las condiciones de vida de todo el mundo habrían cambiado drásticamente. Tampoco se sabía que, un año más tarde, los riesgos seguirían ahí. Sin embargo CIDE ha resistido y en su IX edición ha elegido dos títulos de muy distinta naturaleza pero que, por lo menos en lo que a uno se refiere, está de absoluta actualidad. Dr. Arrowsmith (1931) de John Ford es la historia de un médico que, por un corto periodo de tiempo, ejerce como médico rural y ha de encargarse de todas las especialidades, incluida la odontología, para atender a sus pacientes. Lo que hace de este título de 1931 una historia de absoluta actualidad tiene que ver con la faceta del Dr. Arrowsmith como investigador y su manera de enfrentarse a las epidemias y de buscar vacunas para curar a amplios núcleos de población: este tema no podría ser más apropiado en estos momentos que el planeta entero busca en las vacunas la salida a la pesadilla de la pandemia. El otro título

que mantiene a CIDE en activo en un año especialmente complicado es “No disparen, soy dentista” (1979) de Arthur Hiller. Con un tono de comedia la película trata del eterno binomio de personaje aventurero y personaje clásico con una vida rutinaria, este último interpretado por un dentista, al que una serie de circunstancias extremas harán cambiar en ocasiones los papeles. La acción desenfundada de la película será un buen vehículo para trasladar al festival hasta 2022, fecha prevista para la décima edición, y en la que de nuevo el cine será el medio y la odontología marcará las historias. El año que viene soñamos con volver a hacer un festival digno de ese nombre, con más títulos y sobre todo con una verdadera celebración.





S-Max M



S-Max M

Oferta Especial: **2** Rotatorios Serie M del mismo modelo



799€*
~~1.900€*~~

MODELO **M900KL** REF. P1258

- Turbina de Acero Inoxidable
- POTENCIA 26W
- Conexión KaVo® MULTiflex®
- Con Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 AÑOS** de Garantía

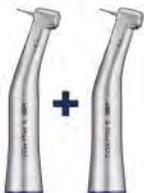


799€*
~~1.694€*~~

MODELO **M900L** REF. P1254

- Turbina de Acero Inoxidable
- POTENCIA 26W
- Conexión NSK
- Con Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad: 325.000~430.000 min⁻¹
- **2 AÑOS** de Garantía

NUEVO



599€*
~~1.244€*~~

MODELO **M25** REF. C1027

- Contra-Ángulo de Acero Inoxidable
- Velocidad Directa 1:1
- Sin Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Simple
- Velocidad Máxima: 40.000 min⁻¹
- Para fresas CA (ø2,35)
- **2 AÑOS** de Garantía

799€*
~~1.650€*~~

MODELO **M25L**
REF. C1024

- Con Luz



799€*
~~1.656€*~~

MODELO **M95** REF. C1026

- Contra-Ángulo de Acero Inoxidable
- Multiplicador 1:5
- Sin Luz
- Sistema de Cabezal Limpio (Anti-Retorno)
- Spray Quattro
- Velocidad Máxima: 200.000 min⁻¹
- Para fresas FG (ø1,6)
- **2 AÑOS** de Garantía

999€*
~~2.192€*~~

MODELO **M95L**
REF. C1023

- Con Luz

XVI Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal y Congreso de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal, C. A.C.



Si algo ha cambiado la pandemia en positivo ha sido la posibilidad de asistir a congresos y reuniones sin salir de casa.

Los días 25 y 26 de febrero, hemos podido asistir todos a la reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, celebrada en México y organizada por el Dr. Adalberto Mosqueda, una reunión al más alto nivel y que ha tenido a ponentes españoles como el Dr. Bagan, la Dra. Cerero, el Dr. Gonzalez Moles y el Dr. Aguirre, referentes de la Patología y Medicina Bucal en España.

Se celebran 25 años de la fundación de la AIPMB con la motivación de transmitir lo más actual y adecuado para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de nuestros pacientes en Patología Bucal, y el congreso ha estado al nivel de tal celebración.

SIMPOSIO SEPES CLÍNICA

Este año SEPES celebrará su 50 Congreso anual en Madrid, en el mes de octubre como es tradicional

SIMPOSIO SEPES CLÍNICA también se adapta al formato *online*, uno de sus eventos anuales con más tirón, los pasados 26 y 27 de febrero tuvo lugar este evento combinado de casos clínicos y debate con el tema de fondo “Conservar & Restaurar, protocolos de actuación” y con la SEOC como sociedad invitada. Los doctores Jaime Jiménez por parte de SEPES e Isabel Giráldez por parte de SEOC fueron los encargados de moderar el simposio y los debates abiertos con los ponentes. Víctor Henarejos, Carlos López Suárez, David Uroz, Nacho Charlén, Roberto Padrós, Laura Ceballos, Vicente Faus y Luis Jané fueron los ponentes encargados de desarrollar este programa multidisciplinar.



ESPECIAL
ESTERILIZACIÓN



antón
Suministros Dentales

MELAQUICK 12+ **MELAG**



LA SOLUCIÓN
MÁS RÁPIDA
PARA LA
ESTERILIZACIÓN

Plan
Renove
especial
Covid-19



VACUKLAV 31+ **MELAG**



LINA MB22 



E8 **Euronda**

Plan Renove
Te damos hasta
700€ por tu
viejo autoclave

#todovaasalrbien

Contacta con nosotros



www.antonsl.es



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Hablamos con Antonio Montero Martínez

Presidente del C.O.E.M.



Hablamos con Antonio Montero, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid. Profesional de principios claros, se nos muestra contundente en sus respuestas, en las que muestra ante todo un gran amor y respeto a su profesión. Pertenece al grupo de dentistas de la transición entre la estomatología y la odontología, le cogió la creación de los estudios de odontología mientras estudiaba medicina y sus dos licenciaturas en medicina y en odontología las dirige al mismo fin, atender al paciente con calidad científica y humanidad.

Compatibiliza su práctica privada como endodoncista exclusivo con su participación en la Universidad como Profesor Asociado del Dpto. de Odontología Conservadora de la Facultad de Odontología. U.C.M. y profesor del máster de endodoncia.

Su llegada a la presidencia del colegio hace cinco años estuvo precedida de su participación tanto en actividades y comisiones del colegio como de la Sociedad Española de Endodoncia.

Poco dado a la figuración, trabajador incansable, nos presenta una amplia y enriquecedora visión de la actualidad de la profesión y no escatima críticas a la propia organización colegial con la elegancia y lealtad de quien sólo piensa en lo mejor para la profesión.

La pandemia ha puesto a prueba a personas e instituciones y el Colegio de Madrid con Antonio Montero a la cabeza ha superado los obstáculos, han conseguido que los test se hagan por los odontólogos en sus consultas, que les delegue la administración la vacunación de los dentistas, y lo último, celebrar su 5º Congreso bienal en online y con un nivel de asistencia y calidad técnica por encima de todo lo previsible.

¿Qué le llevó a presentar su candidatura a la presidencia del colegio en 2016?

De una u otra manera siempre me he encontrado vinculado al colegio. He estado relacionado con los últimos 3 presidentes con los que mantengo una relación de amistad. Tengo la suerte de llevar más de 25 años dedicándome a la profesión que me gusta y creo que tengo la obligación de devolverle algo de lo que me ha dado. Siempre ha estado relacionado con instituciones y sociedades científicas, de hecho, estuve ocho años en la Junta de Gobierno de la Asociación Española de Endodoncia y cuatro en la comisión científica del COEM. Creo que todos tenemos la obligación de, en algún momento de nuestra carrera profesional, colaborar con las instituciones que pueden hacer que nuestra profesión avance.



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

Esta ya es su segundo mandato de presidente. ¿Ha resultado muy diferente la visión de la profesión desde el cargo?

Más que una visión diferente lo que tengo es una percepción más amplia de lo que es esta profesión. El ser presidente del colegio te da una perspectiva distinta de toda otra serie de factores que influyen en ella, pero que no son visibles desde el ámbito estrictamente clínico. Conoces reglamentaciones, normativas y estructuras legales que influyen decisivamente en nuestro trabajo. Además,

conoces la vinculación que tiene legalmente nuestra profesión con las administraciones que regulan nuestro ejercicio. Reconozco que además es frustrante ver lo lento y complicado que es cambiar ciertos reglamentos obsoletos que condicionan la clínica. La ciencia avanza a una velocidad y la legislación a otra.

¿Qué objetivos tiene marcados para el colegio en este momento?

Todos los proyectos que teníamos al inicio de la nueva legislatura quedaron en un segundo plano ante el surgimiento de la pandemia de COVID-19. La toma de posesión fue en el mes de febrero y tan solo un mes después nos encontrábamos confinados en nuestras casas con las consultas cerradas y con una sensación de miedo y de incertidumbre por el futuro. Por ello todos los objetivos que nos habíamos planteado parecían entonces muy lejanos y carentes de importancia. Y así surgieron nuevos objetivos cómo conseguir equipos de protección para nuestros compañeros, procurar que la administración aceptará los procedimientos de ERTE que las clínicas presentaban, establecer canales de información para que los colegiados estuviesen al día de las sucesivas normas implantadas por el estado de alarma, así como de información sobre el nuevo virus y sobre mecanismos a implementar en las clínicas para evitar su expansión. Y por supuesto, establecer una plataforma digital potente que nos permitiera continuar con nuestros ciclos de formación online.

¿Cuáles son los problemas que con más frecuencia plantean los colegiados al colegio para su solución?

Los problemas que plantean los colegiados son de todo tipo. Durante la pandemia nos pedían cosas que por desgracia quedaban fuera de nuestras competencias. Nos solicitaban que obligásemos al cierre de las clínicas dentales por el riesgo de contagio. También plantean problemas como la necesidad de controlar la pléthora profesional y el desempleo. Por supuesto ese es un problema que el colegio está constantemente planteando a las administraciones pero que por desgracia no tiene ninguna capacidad para controlar. Los colegiados así mismo, están muy preocupados por la publicidad engañosa y la mercantilización de nuestra profesión. El colegio constantemente está denunciando ante la administración las prácticas de publicidad ilícita que muchos fondos de inversión propietarios de cadenas de clínicas están realizando. Y por último los colegiados plantean cuestiones del ámbito laboral fundamentalmente situaciones irregulares de falsos autónomos, así como impagos a colegiados por parte de propietarios de clínicas.



¿Se siente satisfecho con la participación del conjunto de los colegiados con el colegio?

Aunque existe un número importante de colegiados que participan en el colegio y colaboran con nuestra institución, la gran mayoría de los colegiados viven ajenos a la misma. Esta profesión es muy personalista y a veces endogámica y creo que eso hace que muchos compañeros no perciban la importancia que el colegio puede tener en su ejercicio profesional. Una de las grandes preocupaciones de la Junta de Gobierno que presido es conseguir llegar más al colegiado y que éste participe en todas nuestras acciones. Es esta una asignatura pendiente que me gustaría poder revertir antes de dejar la presidencia.

En Madrid hay dos Facultades de Odontología públicas y otras privadas. ¿Cómo son las relaciones del colegio con la universidad?

Las relaciones con todas las facultades de odontología de Madrid son excelentes. Con todas ellas tenemos firmados convenios de colaboración. De hecho, participamos en diferentes proyectos y acciones conjuntas. En todas nuestras campañas de promoción de la salud oral hacemos partícipes a las universidades. Una parte muy importante del colegio es la formación continuada y no concibo la misma sin la participación de las universidades. Creo que como institución tenemos la obligación de mantener un contacto directo por el bien de la formación científica de nuestros colegiados.

Las especialidades en odontología son la eterna asignatura pendiente de resolver. ¿Qué enfoque debería darse y qué propone usted para salir de esta situación?

En el tema de las especialidades estoy personalmente muy involucrado. De hecho, junto con el doctor Ignacio García Espona participo de la plataforma Odontólogos por la Especialidad. Estamos intentando relanzar el desarrollo normativo de las especialidades en España. No se concibe que actualmente España sea el único país de la Unión Europea que no reconozca especialidades dentro de la odontología. Los odontólogos españoles se encuentran en una situación de agravio comparativo cuando van al extranjero. De tal forma, aunque tengan la formación en una determinada especialidad no tienen el título de especialista reconocido y no pueden competir en igualdad de condiciones con odontólogos europeos que sí tienen reconocido el título de especialistas en sus países. Esta es una competencia del Consejo General que es el que tiene la obligación de negociar con la administración la puesta en marcha de las especialidades en odontología de una vez por todas. Históricamente ha sido un tema bloqueado al pensar erróneamente, que el odontólogo general podía ver mermada su actividad profesional al desarrollarse las especialidades. Pero esto no es así, las especialidades no limitarán la posibilidad de tratar pacientes en todas las áreas para las que el odontólogo tiene capacitación. Las universidades también tienen responsabilidad en el desarrollo de las especialidades. Un problema reside en que cuando las especialidades se desarrollen todos los títulos propios que no estén acreditados oficialmente como formación de la especialidad probablemente deberán desaparecer y esto puede condicionar que las universidades no se hayan implicado lo suficiente en este tema. En última instancia los más perjudicados son los pacientes ya que no pueden tener la libertad de elegir un especialista adecuadamente formado en un campo concreto.

“No se concibe que actualmente España sea el único país de la Unión Europea que no reconozca especialidades dentro de la odontología”

¿Cómo son las relaciones del Colegio de Madrid con el Consejo General?

Las relaciones entre el Colegio de Madrid y el Consejo General podría decirse que son buenas. Mi relación personal con Óscar Castro es magnífica. Otra cosa es que el colegio de Madrid considere que muchas de las actividades del Consejo no repercuten en los colegiados de la primera región. Probablemente el colegio de Madrid al ser un colegio grande sea capaz de cubrir las necesidades de representación, formación continuada y asesoramiento de los colegiados. Todas esas actividades que realiza el Consejo puede que sean útiles para colegios pequeños que no tienen capacidad

de ofrecerlas a sus colegiados. Pero ese es otro debate. La viabilidad de colegios que solo representan a 50 o 70 colegiados. Lógicamente esos colegios pequeños necesitan que el Consejo realice funciones que ellos no tienen capacidad de ejecutar. Probablemente habría que plantear la necesidad de reducir el número de colegios. Hacer menos colegios con un mayor número de colegiados con más recursos propios y por tanto más operativos. Desde el punto de vista del COEM las únicas funciones que debería tener el Consejo General es la representación institucional ante organismos de ámbito nacional como por ejemplo el Ministerio de Sanidad o el Ministerio de Educación. El resto de actividades las cubre nuestro colegio más que de sobra y en muchas ocasiones se duplican acciones. Creo que además el Consejo debería tomar decisiones consensuadas con los colegios y esto no siempre es así. Un ejemplo es la postura que tuvo el Consejo General en relación con la realización de Test de detección de COVID 19 en las consultas. Sin contar con la opinión de muchos colegios, publicó un documento jurídico en el que argumentaba las razones por las que un odontólogo no tenía competencia para realizar dichos test. Meses después el Consejo cambió de postura ante las demandas de algunos colegios. Pero ese documento ya estaba publicado y la administración lo ha utilizado de argumento para no permitir que los dentistas realicen dichos Test. El Colegio de Madrid consiguió firmar un acuerdo con la Consejería de Sanidad por el que los odontólogos podían realizar libremente Test de antígenos en las consultas. Pero el mayor impedimento que encontramos durante las negociaciones fue el documento publicado por el Consejo General y que la administración lo interpreto como un dictamen del Consejo. Nos retrasó la firma del acuerdo más de un mes y fue complicado explicar el cambio de postura del propio Consejo.

Las Leyes Electorales están en permanente debate en la vida pública. ¿Cree usted que la representación del colegio de Madrid en particular y la de los otros colegios en general es la justa en el Consejo General?

El Colegio de Odontólogos de la Primera Región representa a unos 9000 colegiados. Si consideramos que en todo el territorio nacional hay unos 45000 colegiados, prácticamente el 20% de la colegiación pertenece al COEM. En cambio, en la mayor parte de las votaciones ese porcentaje de representación no se corresponde. Son muy pocas las situaciones en las que se considera el voto ponderado, de tal forma que en la mayoría de las votaciones vale lo mismo nuestro voto que el voto de un colegio con 200 colegiados.

“Creo que el Consejo debería tomar decisiones consensuadas con los colegios y esto no siempre es así”

“en la mayoría de las votaciones vale lo mismo nuestro voto que el voto de un colegio con 200 colegiados”

Todos los colegiados conocen o al menos tienen la oportunidad de conocer con detalle las cuentas y presupuestos de sus colegios, que se debaten en asambleas públicas y sin secretos. ¿Podemos decir lo mismo de las cuentas y presupuestos del Consejo General?

Hay dos aspectos del Consejo con los que no estoy de acuerdo. Primero la imagen que proyecta de los odontólogos ante la sociedad. Creo que es una imagen anticuada de profesión elitista que en nada es acorde con lo que viven los odontólogos de hoy. Esa imagen nos perjudica puesto que la sociedad nos sigue viendo como una profesión de “ricos” que en nada se ajusta a la realidad. Cuando muchos compañeros están pasando verdaderos problemas para llegar a fin de mes.

“la imagen que proyecta (el Consejo) de los odontólogos ante la sociedad. Creo que es una imagen anticuada de profesión elitista que en nada es acorde con lo que viven los odontólogos de hoy”

El segundo aspecto son los presupuestos que maneja el Consejo. En mi opinión el Consejo está sobredimensionado. El Consejo tiene dos funciones básicas. Primero defender y representar a la odontología, a los odontólogos y en última instancia a los usuarios de los servicios odontológicos, es decir a los pacientes, ante los organismos de ámbito nacional.

La segunda coordinar acciones conjuntas de todos los colegios de España. Para ello no necesita las dimensiones ni el gasto que actualmente ejecuta. En la última asamblea del Consejo el COEM presentó una propuesta de reducción drástica de los presupuestos del Consejo. El objetivo era abrir un debate para conseguir entre todos una reducción en las cuotas que los compañeros pagan a las instituciones, tanto colegios como Consejo General. Se avecina una crisis económica sin antecedentes. El propio Consejo

“el Consejo está sobredimensionado”

ha declarado que las clínicas han reducido entre un 30% y un 50% sus ingresos. Creemos que es el momento de reducir los gastos en beneficio de los colegiados. Era un estudio económico trabajado y en el que no existía ningún ánimo de conflicto. Creemos que no es de recibo que una parte importante de los presupuestos del Consejo (del orden de 300.000€) se emplee en gastos directos de la Junta de Gobierno, entre desplazamientos, alojamiento, manutención, seguros y dietas. Como resultado de nuestra propuesta solo conseguimos una contestación pública del tesorero del Consejo en la que ridiculizaba nuestra propuesta con una actitud paternalista por otra parte típica del Consejo. Ni una sola de nuestras proposiciones se tomó en consideración. Ante esa respuesta mi primera reacción fue que el Colegio de la Primera Región abandonara el Consejo y dejara de pagar su cuota. No necesitamos al Consejo para seguir defendiendo con nuestros medios a la profesión y a los profesionales ante las instituciones. El problema es que legalmente no podemos irnos ni podemos dejar de aportar la cuota que nos corresponde. Por este motivo continuaremos, pero yo en lo personal, he perdido toda la ilusión de que una institución tan importante como el Consejo General cambie y sea consciente de que esta profesión ha evolucionado.

¿Hay una justa correlación entre la aportación de cada colegiado al consejo general y sus derechos políticos?

El Colegio de Odontólogos de la Primera Región aporta al Consejo General unos 600.000€ al año. Como hemos dicho en mi opinión el colegiado de Madrid recibe muy poco por parte del Consejo a cambio de lo que aporta. Entiendo que el Consejo es importante para otros colegios que necesitan de su ayuda para poder desarrollar sus actividades. Pero este no es el caso de nuestro colegio.

“Creemos que no es de recibo que una parte importante de los presupuestos del Consejo (del orden de 300.000€) se emplee en gastos directos de la Junta de Gobierno, entre desplazamientos, alojamiento, manutención, seguros y dietas”

Se ha cuestionado la ética de los dirigentes colegiales que utilizan sus cargos para promocionarse. ¿Qué opina usted de estas actuaciones?

Creo que formar parte de una institución tan importante como el Colegio Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región es un

“En el COEM nadie de la Junta de Gobierno cobra ninguna remuneración ni como dieta, ni como lucro cesante”

honor suficiente cómo para pretender algún tipo de promoción. En el COEM nadie de la Junta de Gobierno cobra ninguna remuneración ni como dieta, ni como lucro cesante. A todos nos cuesta dinero de nuestro bolsillo. En lo personal no me ha supuesto un aumento de mi prestigio profesional ni un mayor número de pacientes. Eso se consigue trabajando día a día y buscando la excelencia profesional pero no con un cargo institucional como este. Pero si es cierto que si careces de ética, este tipo de cargos puede hacerte conseguir contactos y favores que de otra manera no conseguirías. No es mi caso. Tengo la ventaja de que yo no necesito ser presidente para ganarme la vida, ni por ego ni por necesidad económica. Cuando termine mi mandato me iré a mi casa a trabajar en mi consulta y a seguir las labores de docencia en la Facultad de odontología de la UCM.

¿Cómo son las relaciones del Colegio de Madrid con la Administración de la Comunidad de Madrid?

Las relaciones con La Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid son extraordinarias. Tengo la suerte de contar con algunos compañeros de mi promoción de Medicina en cargos de



relevancia de dicha Consejería. Fruto de esas buenas relaciones son los logros que durante este periodo el Colegio de Madrid ha conseguido materializada en la firma de convenios. Siempre hemos tenido una actitud colaboradora y de lealtad institucional. Fundamentalmente en momentos de crisis, cómo la surgida tras los escándalos de Fannydent y de IDental. El Colegio de Madrid siempre ha denunciado la posibilidad de que esos escándalos acabaran explotando y en gran medida si la administración estaba advertida era gracias a nosotros. También hemos firmado diferentes convenios de colaboración el último ha sido el de la realización de Test de antígenos en las clínicas dentales para el cribado de pacientes asintomáticos derivados por la Consejería de sanidad. En estos momentos de pandemia creemos que era obligatoria la ayuda como sanitarios que somos. También debido a esa buena relación surgió la posibilidad de que la campaña de vacunación a los profesionales y sus equipos frente al COVID-19 se realizará en las instalaciones del colegio. Asumimos esa responsabilidad porque pensamos que era la única forma de agilizar la vacunación de todos los colegiados. Si esto no hubiera sido así, muchos colegiados se habrían vacunado probablemente dentro de mucho tiempo ya que en el momento actual la salud pública se encuentra desbordada

¿Cuál es el mayor logro conseguido durante su mandato en salud dental dependiente de la Comunidad de Madrid?

En mi opinión, el convenio de colaboración para la atención bucodental infantil firmado con la Consejería de sanidad ha sido uno de los mayores logros de nuestro colegio. Hemos tratado a más de 40.000 niños, con más de 850 clínicas adheridas todas ellas propiedad de dentistas colegiados. Se han tratado niños de los estratos sociales más desfavorecidos influyendo en la mejora de su salud oral y por tanto de su bienestar. Y lo que es más importante a largo plazo son pacientes que prestarán una mayor atención al mantenimiento de su propia salud oral influyendo en la mejora de la situación sanitaria de nuestra población en un futuro próximo. A diferencia de lo sucedido hace unos años en los que el PADI lo desarrolló una aseguradora dental en exclusividad, no se ha producido prácticamente ninguna incidencia, ni reclamación por parte de ningún paciente, siendo total la satisfacción por parte de la administración, de los colegiados y lo que es más importante, por parte de los pacientes. Durante los

“el convenio de colaboración para la atención bucodental infantil firmado con la Consejería de sanidad ha sido uno de los mayores logros de nuestro colegio”

años que ha funcionado el convenio ha supuesto un ingreso para los colegiados de prácticamente dos millones y medio de euros anuales. En estos momentos de crisis, para muchas clínicas ha supuesto un alivio

Vivimos una terrible pandemia. ¿Cómo se ha gestionado desde el colegio?

La pandemia nos ha cambiado la vida a todos y por supuesto al colegio. Toda la planificación que teníamos para el año 2020 se vio trastocada por la irrupción del coronavirus y desde ese momento todo el trabajo y los esfuerzos del colegio fueron encaminados a solucionar problemas relacionados con la pandemia. En un primer momento tratamos de informar de la mejor manera posible a los colegiados tanto sobre la situación en la que nos situaba el estado de alarma impuesto por el Gobierno, cómo de un virus nuevo del que se tenía muy poca información. Intentamos que esos primeros momentos de incertidumbre y miedo pasarán a conocimiento científico y establecer vías para que desde las clínicas se pudiera luchar por evitar la propagación. Establecimos protocolos para que se evitara el contagio entre pacientes, equipo de trabajo y profesionales. Fue un trabajo complicado, pero creo que viéndolo con perspectiva resultó muy útil. Desde el colegio de la primera región hemos impulsado que las clínicas dentales pudieron hacer de una manera libre los test de antígenos para la detección de pacientes asintomáticos tanto para proteger a los profesionales cómo para que sirvieran de garantía en aquellos tratamientos complejos. Creo que ha sido un éxito ya que puedo decir que la Comunidad de Madrid actualmente es el único lugar de España en el que la realización de esos test está perfectamente legalizada en el ámbito de la odontología.

Queríamos seguir ofreciendo una formación continuada de calidad. Realizamos diferentes cursos y webinars en nuestra plataforma online. Un ejemplo ha sido nuestro 5º Congreso Bienal COEM. Hemos conseguido organizar un congreso que creo, marca un antes y un después en los eventos digitales. Contamos con ponentes internacionales de primerísimo orden y con un nivel tecnológico no visto hasta ahora. Desde aquí quiero felicitar a todo el comité organizador y en especial al Dr. Aranguren y a la Dra. Ucha, verdaderos artífices del éxito del Congreso.

Y por supuesto dedicamos esfuerzo y medios económicos a la vacunación de todos los profesionales de nuestro sector. Después de meses negociando con la Consejería de Sanidad y reclamando la necesidad de vacunar a nuestros profesionales por estar en la primera línea del riesgo de contagio, conseguimos que la administración nos dispensará vacunas para que pudiéramos administrarlas a todos nuestros colegiados. El motivo de no vacunar antes a nuestros compañeros fue la escasez de vacunas

que llegaban a la Comunidad de Madrid. En muchos casos estas vacunas se reservaron para segundas dosis de profesionales de primera línea y pacientes de edad avanzada de residencias. En el momento en el que dispusimos de vacunas organizamos la vacunación masiva en un tiempo récord de todos nuestros compañeros y sus equipos. Prácticamente estamos hablando de 20.000 personas. Donde la situación se complicaba ya que en 3 semanas se necesitaba administrar una segunda dosis. El esfuerzo e implicación de todo el personal del colegio con su gerente a la cabeza y de toda la Junta de Gobierno ha sido impresionante y os puedo decir qué ha supuesto multitud de desvelos y un sin fin de reuniones hasta conseguir cuadrar la infraestructura para una tarea tan compleja.

¿En su opinión cuales son los principales retos a los que tienen que enfrentarse los nuevos profesionales?

Hay dos retos fundamentales. En primer lugar, estaría la situación laboral en donde el exceso de dentistas complica mucho que los odontólogos recién graduados consigan un trabajo digno. Si a eso sumamos la crisis económica que se avecina y el cierre de algunas cadenas de clínicas dentales que habían vivido una evolución en forma de burbuja más preocupadas por la entrada de capital procedentes de fondos de inversión que por dar un contenido clínico a su actividad, hace que el mercado esté muy complicado. El colegio lleva denunciando ante las autoridades esta situación desde hace muchos años. Es necesario un control del número de odontólogos que la sociedad puede asumir para que estos puedan desarrollar su práctica profesional de una manera digna. Esto se hace en todos los países civilizados, pero no en España, donde año tras año salen promociones y promociones de odontólogos que en muchas ocasiones no van a encontrar salida profesional.

“hemos puesto en marcha un certificado de acreditación de formación continuada COEM”

Otro aspecto es que esta es una profesión altamente tecnificada en donde la era digital se ha impuesto de una forma decisiva. Hay una necesidad de mantenerse al día científicamente que otras profesiones no tienen. De ahí la importancia de la formación continuada que desde mi punto de vista, debería de ser obligatoria igual que sucede en otros países de nuestro entorno. Esto es una petición que Europa lleva haciendo a España y que las instituciones de las que depende no emprenden de una vez por todas. En este sentido hemos puesto en marcha un certificado de acreditación de formación continuada COEM, con un número de créditos obligatorios por año. Toda nuestra formación está acreditada por los órganos competentes. Este es

“Es necesario un control del número de odontólogos que la sociedad puede asumir”

un primer paso y una forma de reconocer el esfuerzo del colegiado que asiste a cursos, conferencia, talleres, etc. El profesional que quiera ser capaz de competir en un mercado muy complejo tiene que estar al día de los avances tecnológicos. Y en el caso de que tenga clínica propia tiene que estar constantemente invirtiendo en nuevas tecnologías si no quiere quedarse obsoleto. Esto además se une al problema de que los precios de los tratamientos están muy por debajo de los que países de nuestro entorno aplican. De manera que compramos al mismo precio que ellos la tecnología, pero en cambio no obtenemos el mismo beneficio de nuestro trabajo. Esto también es un problema de difícil solución ya que entronca con la dura competencia que ha generado la plétora profesional y el exceso de oferta de tratamientos.

¿Cómo valora el nivel de los odontólogos actualmente? ¿Las nuevas promociones salen a la vida profesional con una buena formación?

El nivel de la odontología en España es altísimo. Basta con viajar por el mundo y ver ponentes internacionales para ver que cualquiera de los primeros espadas españoles está a su nivel. La Odontología en España siempre ha tenido un nivel extraordinario y son muchos los compañeros que son tomados como referentes a nivel nacional e internacional. Respecto a las nuevas generaciones creo que cada vez salen más preparadas con más información, con mayores posibilidades de formación posgraduada y cada vez con mayor vocación. Esta es una carrera vocacional y muchos alumnos en los primeros años se dan cuenta de que esta no es su pasión y abandonan los estudios para dedicarse a otras carreras. Creo que los que se gradúan lo hacen porque en realidad aman esta profesión y se desviven por adquirir destrezas y conocimiento para poder evolucionar en su práctica profesional.

“El nivel de la odontología en España es altísimo”

Las clínicas pertenecientes a franquicias, cadenas y otras formas de negocio al margen de los profesionales, están ganando terreno a las tradicionales regentadas por dentistas o agrupaciones de dentistas. ¿Hasta qué punto son responsables las nuevas generaciones que renuncian a liderar la gestión por comodidad?

Creo que las franquicias y las cadenas de clínicas en manos de grandes fondos de inversión es un modelo actualmente en

crisis. Sí es cierto que durante muchos años han estado acaparando una parte importante del mercado odontológico. Pero la sucesión de escándalos por el cierre de clínicas dentales como Fannydent, Identall y últimamente Dentix ha situado a este sistema de clínicas en entredicho. Cada vez más los pacientes valoran la atención personalizada y la confianza en profesionales que van a velar por su salud. El modelo de clínicas basado en el marketing en la venta de tratamientos a financiar y donde predominan siempre los tratamientos más costosos sean o no los más beneficiosos para el paciente está en caída libre. Entiendo que las nuevas generaciones no quieren embarcarse en el riesgo económico de acometer una empresa cómo es establecer su propia consulta. Pero la alternativa de trabajar para una clínica en la que un comercial vende los tratamientos y un gerente obliga a los profesionales a cumplir unos objetivos de facturación mensual, bajo la amenaza de perder el trabajo, no creo que sea mejor alternativa. Desde aquí aliento a los nuevos compañeros a que su objetivo sea establecerse de forma independiente o asociándose con otros colegas intentando crecer poco a poco.

¿Considera que desarrollar la faceta empresarial y la formación de los nuevos dentistas en esta materia ayudaría a mantener la profesión en manos de los profesionales?

Uno de los grandes vacíos en los currículums de nuestros compañeros es la faceta empresarial y de gestión. Prácticamente se nos obliga a ser empresarios, pero nadie nos ha explicado nada de cómo gestionar una clínica. Todos hemos ido aprendiendo con los años y después de cometer innumerables errores. Afortunadamente hoy en día hay cursos y postgrados en los que un profesional puede aprender lo básico para poder llevar de una forma exitosa la organización de una clínica. Probablemente parte de esa formación se debería de estudiar en la Universidad y estoy de acuerdo en que probablemente así existiría un mayor número de profesionales que montarían en su consulta. Es muy triste ver como algunos empresarios sin escrúpulos se benefician del trabajo de nuestros compañeros, que son los que realmente tienen la formación sanitaria para atender pacientes. Desde el colegio siempre hemos apoyado el que la ley de sociedades profesionales se ejecute y no se vulnere con las sociedades de intermediación. La ley dice literalmente que si una actividad tiene que estar desarrollada por profesionales colegiados la propiedad de la clínica tiene que estar en manos de al menos el 51% colegiados. En España esta ley no se cumple y cualquiera puede montar una clínica dental simplemente estableciendo una sociedad anónima que sea la propietaria de la clínica y que actúe como sociedad de intermediación ante los colegiados. Si la ley de sociedades profesionales se cumpliera todas las clínicas

tendrían que estar colegiadas y se tendrían que regir igual que los profesionales, por una serie de normas éticas y deontológicas que harían posible que el colegio interviniera en el caso de que la clínica en su conjunto las vulnerase

“aliento a los nuevos compañeros a que su objetivo sea establecerse de forma independiente o asociándose con otros colegas”

Desde la experiencia de quién vive la profesión desde la universidad, la práctica diaria y ahora desde el colegio. ¿Puede dar una recomendación para los que se están incorporando a la profesión?

Yo daría dos recomendaciones. En primer lugar, que amen su profesión. Esta es una profesión fundamentalmente vocacional. Es una profesión muy sacrificada donde se necesita tener una vocación sanitaria, implicarte con los problemas de los pacientes. La segunda recomendación es que nunca dejen de aprender. Hay muchos compañeros que por ego o soberbia se creen que ya lo saben todo y que no necesitan continuar formándose. Pienso que esto es un error, lo ideal es tener ilusión por hacer las cosas mejor día a día. Acudir a congresos, estar al día de lo que otros grandes profesionales hacen a nivel internacional, intentar imitarlos. Al principio puede resultar muy frustrante, pero a poco a poco puedes ir mejorando en tu profesión y llegar un día en el que tú seas el referente. Si cada día intentas hacer las cosas mejor y buscas la excelencia es muy probable que en un futuro triunfes profesionalmente.

Por último permítanos una intromisión en lo personal. ¿Cuáles son sus aficiones y actividades al margen de la profesión?

Por suerte o por desgracia tengo más aficiones de las que puedo desarrollar. Si tuviera que destacar una sería el ciclismo.



Desde hace muchos años me dedico al ciclismo y de hecho, soy socio fundador de un club ciclista en el que organizamos salidas todos los fines de semana. Creo que si tuviera más tiempo entrenaría en bicicleta a diario. Además, creo que la bicicleta es una de las mejores terapias para combatir el estrés. Por lo demás dedico todo el tiempo libre del que dispongo, que a veces no es mucho, a mi familia. Tengo la suerte de tener una mujer maravillosa que me apoya y entiende la dedicación a mi profesión y al colegio. A mi familia le dedicó todo el tiempo que puedo que nunca es suficiente. Durante el confinamiento me di cuenta de lo afortunado que soy al contar con una familia maravillosa con la que comparto mi vida. Tengo dos niñas de 11 y 15 años y un chico de 18 que no solo comparte mi pasión por la bicicleta, sino que además es estudiante de primer curso de odontología

Lesión tumoral lingual

*Francisco Cardona Tortajada, MD, DDS, PhD
Jefe de Sección de Salud Bucodental, Servicio Navarro de Salud*



Paciente varón de 50 años, sin alergias conocidas, ni antecedentes de interés.

Acude a la Sección de Salud Bucodental por presentar una lesión tumoral en el borde lateral izquierdo de la lengua. Refiere una evolución de un par de meses; tiene dolor. A la exploración se aprecia la lesión de la **figura 1**, que es algo dura a la palpación, es exofítica y ulcerada, y también se palpa una adenopatía submandibular homolateral, rodadera.

Las úlceras por roce son las más frecuentes en la cavidad oral. Muchas veces tienen un aspecto más claro de benignidad, son pequeñas, lisas, con bordes blanquecinos, y el tacto es blando (**figuras 2 y 3**). Pero en otros casos, como el que se presenta, se puede producir una hiperplasia que endurece la lesión al tacto y puede crear dudas diagnósticas, y el diagnóstico diferencial de las úlceras de roce es el carcinoma oral de células escamosas. Por eso, la obligación del odontoestomatólogo es descubrir la causa (**figura 4**), y eliminarla.

Y lo indicado es revisar al paciente 15 días o 1 mes después de eliminada la causa para comprobar que esa lesión se ha curado, y verificar de esta manera la benignidad de la misma. Porque en la **figura 5** se muestra la imagen de una lesión en borde lateral derecho de la lengua, en un paciente varón de 35 años, fumador de menos de medio paquete de cigarrillos al día, sin más antecedentes, que fue remitido a la Sección de Salud Bucodental porque tras retocar los dientes para evitar posibles roces, se observó que la lesión no remitía. Se realizó una biopsia incisional con resultado de carcinoma oral de células escamosas.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 1.



Figura 5.



Tenemos todo lo que necesitas para tu clínica dental



NewTom



946 076 521

 **sonría**
xfavor

info@sonriaxfavor.es



Rehabilitación total bimaxilar de carga inmediata con electrosoldadura intraoral. A propósito de un caso clínico

Dr. Ismael Soriano Santamaría

Doctor en Odontología Cum Laude, UAX. Experto clínico periodontal, UCM.

Máster de Cirugía e Implantología oral, US.

Experto en Cirugía avanzada con atrofas severas de tejido óseo y cirugía de Implantes Cigomáticos, INEPO.

Director médico del área de cirugía, periodoncia, prostodoncia e Implantología del Centro de Formación en Implantología.

Director de cursos en Implantología nacionales e internacionales.

Ponente de cirugías en directo.

RESUMEN

En implantología, la carga inmediata permite el empleo de una restauración provisional sostenida por implantes post-extracción. Este abordaje es cada vez más demandado por los pacientes para dejar atrás los problemas estéticos y funcionales relacionados con un procedimiento en dos fases.

En el caso que se presenta, el paciente solicita una rehabilitación completa bimaxilar, por lo que se llevó a cabo la colocación de cinco implantes estándar y uno angulado en el maxilar y seis implantes estándar en la mandíbula, con una prótesis provisional superior e inferior de carga inmediata fijada a una estructura intermedia confeccionada mediante la técnica de electrosoldadura intraoral.

Palabras clave: *rehabilitación implantológica, carga inmediata, electrosoldadura intraoral, injerto óseo.*

ABSTRACT

In implantology, immediate loading allows the use of a post-extraction implant-supported provisional restoration. This approach is increasingly demanded by patients to leave behind the aesthetic and functional problems related to a two-phase procedure.

In the case presented, the patient requested a complete bimaxillary rehabilitation, for which the placement of five standard implants and one tilted in the maxilla and six standard implants in the mandible, with an upper and lower provisional fixed prosthesis with immediate load to an intermediate structured made using the intraoral electrowelding technique.

Keywords: *implant restoration, immediate loading, intraoral welding, bone graft*

INTRODUCCIÓN

La pérdida de dientes sigue siendo frecuente y el edentulismo parcial o total es relativamente común entre la población adulta. En la actualidad, el odontólogo se enfrenta a la complicada tarea de evaluar la influencia y la relevancia de numerosos factores de riesgo de origen periodontal, endodóntico o protésico que pueden afectar el pronóstico de un diente, repercutiendo en la decisión de si debe tratarse y mantenerse o extraerse y posiblemente reemplazarse.¹ El alto grado de éxito del tratamiento implantológico hace que los especialistas del sector y los pacientes, respectivamente, lo planteen y soliciten cada vez más para la rehabilitación de maxilares desdentados. La colocación de implantes se ha utilizado con el objetivo de mejorar las características orales y faciales de los pacientes completamente edéntulos. Las prótesis

implantosoportadas son una parte integral de la planificación del tratamiento prostodóntico, con tasas considerables de aceptación y pocas complicaciones postoperatorias. Adicionalmente, las restauraciones fijas proporcionan una sensación de similitud con los dientes naturales y un refuerzo positivo al componente psicológico del paciente. Un procedimiento de colocación y carga inmediata es una sistemática efectiva con un tiempo de tratamiento reducido, una aceptación suficiente y un correcto cumplimiento de expectativas y satisfacción por parte de los pacientes, que permite una función inmediata y una apariencia mejorada.^{2,3} Una carga inmediata de los implantes precisa la obtención de una excelente estabilidad primaria, ayudada en parte por el tipo de ferulización empleado en restauraciones de arcada completa. El uso de una técnica de electrosoldadura intraoral para unir dos barras de titanio a los pilares específicos seleccionados sin un material de

relleno es bien conocida y empleada en odontología. La finalidad es confeccionar una estructura directamente en boca que fije y unifique el número de pilares que sostendrán la prótesis. Durante el proceso de soldadura, la barra y el pilar se superponen y se colocan entre los electrodos de cobre. El calor necesario para obtener la soldadura no excede los límites del umbral por encima de los cuales podría ocurrir una lesión tisular.⁴ Un concepto de tratamiento impulsado por la restauración es el factor clave para la consecución de un enfoque de equipo interdisciplinario que coordina las distintas competencias del ámbito odontológico en la terapia con implantes. La interpretación de los datos y uso de un software de diseño y fabricación asistida por ordenador (CAD/CAM) para el diseño de una estructura metálica que posteriormente se transmitirá al centro de modelado para la fabricación de la prótesis definitiva, aseguran un ajuste pasivo más consistente y superior, ya que el proceso CAD/CAM permite la omisión de varios pasos utilizados en la técnica convencional que introducen inexactitudes, las cuales pueden volverse más evidentes cuanto más amplia sea la estructura. Entre otros beneficios atribuidos al diseño y fabricación digital destacan la reducción de costos de producción, la mejora de la eficacia del tiempo de tratamiento y el cumplimiento de las percepciones de los pacientes sobre un concepto de terapéutica moderna.^{5,6}

DESARROLLO

Paciente masculino de 47 años de edad, no fumador, en buen estado de salud, que no refiere alergias ni antecedentes médicos o personales de importancia, solicita un tratamiento implantosoportado para la restitución de la función y estética de forma inmediata por motivos personales y laborales. Durante la exploración clínica se observan ausencias dentales, caries en los dientes presentes y enfermedad periodontal, presentando un grado de movilidad tipo II y III y un colapso del maxilar notable. El examen clínico se complementa con una Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) en el que se confirma una considerable pérdida ósea generalizada en ambas arcadas.

PLAN DE TRATAMIENTO

Aspectos generales

- Sedación consciente intravenosa.
- Provisional fijo superior e inferior de carga inmediata con electrosoldadura intraoral.

En el maxilar

- Exodoncia de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18.
- Injerto óseo.
- Colocación de implantes en posiciones 11, 13, 15, 21, 23, 25.

En la mandíbula

- Exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48.
- Colocación de implantes en posiciones 33, 34, 36, 43, 44, 46.

TRATAMIENTO

Una vez realizada la anamnesis, relleno la historia clínica y firmado el consentimiento, se procede a realizar la exploración sistemática extraoral e intraoral (Figuras 1-7), seguida de la planificación quirúrgica según la información recogida.



Fig. 1. Situación inicial. Fotografía frontal extraoral.



Fig. 2. Situación inicial. Fotografía frontal intraoral.



Fig. 3. Situación inicial. Fotografía lateral derecha.



Fig. 4. Situación inicial. Fotografía lateral izquierda.



Fig. 5. Situación inicial. Fotografía que permite observar el colapso del maxilar y la sobremordida.



Fig. 6. Situación inicial. Fotografía oclusal superior.



Fig. 7. Situación inicial. Fotografía oclusal inferior.

Mediante un CBCT (Figuras 8-10), se programa la colocación de los implantes y las exodoncias a realizar.

La intervención se realiza bajo sedación consciente intravenosa, por un médico anestesiólogo. Previo a la cirugía, el anestesiólogo administra los fármacos necesarios, proporcionales a las necesidades del paciente; se utilizan Midazolam, Fentanilo y Propofol. Durante todo el tratamiento el paciente está monitorizado con



Fig. 8. CBCT inicial.

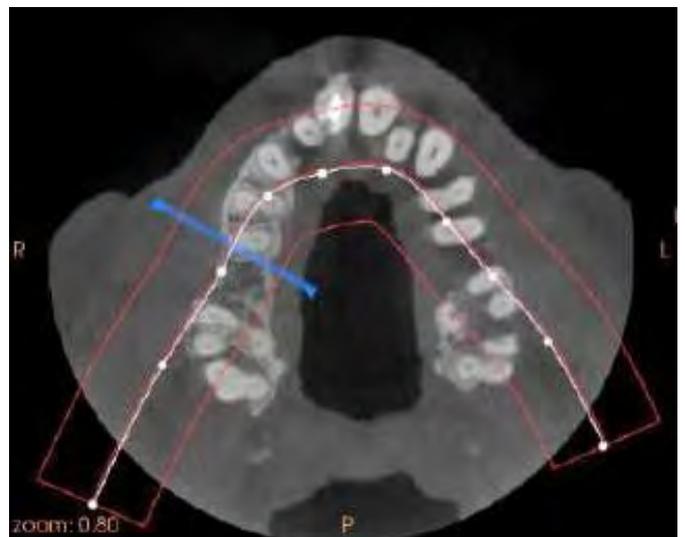


Fig. 9. CBCT inicial. Corte axial.

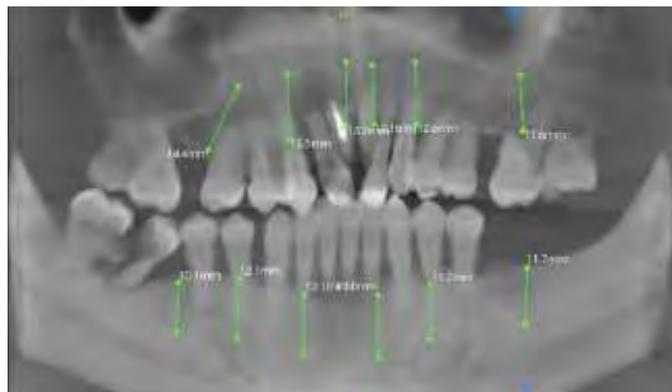


Fig. 10. Ortopantomografía inicial.

pulsioxímetro y el anestésista gradúa la administración de los medicamentos con perfusión continua y de forma puntual con bolos de fármacos. Localmente se anestesian los maxilares mediante técnica infiltrativa con Articaina 40 mg/ml + Epinefrina 0,01 mg/ml.

Se inicia la cirugía realizando las exodoncias programadas de las piezas 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18 y preparación del lecho óseo con un legrado minucioso antes de la colocación de los implantes.

Posterior a las exodoncias maxilares, se realiza la incisión lineal a espesor total y despegamiento (Figuras 11 y 12).



Fig. 11. Incisión lineal a espesor total en el maxilar.



Fig. 12. Despegamiento de los tejidos blandos en el maxilar.



Fig. 13. Secuencia de fresado en el maxilar.

Los implantes planificados se colocan en posiciones 11, 13, 15, 21, 23 y 25 siguiendo la secuencia de fresado con una velocidad de 800 rpm para la fresa de lanza y de 500 rpm para la fresa final e irrigando con suero fisiológico estéril (Figura 13).

Se utilizan implantes Mtx Medical Dental Solutions S.L.U.®, de la línea ISI&EU de conexión hexagonal, con las siguientes medidas:

- Posiciones 11, 13, 21 y 23 de Ø 3,75 X 13 mm, estándar.
- Posiciones 15, angulado, y 25 de Ø 5 X 11,5 mm, estándar.

Una vez hecha la preparación del lecho óseo, se procede a la colocación de cada implante maxilar con una velocidad de 25 rpm y un torque de 40 N/cm (Figura 14).



Fig. 14. Colocación de los implantes superiores con la ayuda de los paralelizadores.

Posteriormente, se sitúan los pilares transeptiliales seguido de la regeneración maxilar mediante la colocación de un injerto óseo en los defectos producto, entre otros factores, de la severa enfermedad periodontal del paciente. Se posicionan los pilares de carga inmediata, sobre los cuales estará la prótesis provisional superior y se procede al cierre de la herida dando puntos simples con una sutura reabsorbible de ácido poliglicólico de 3/0 de grosor del hilo (Figuras 15-18).



Fig. 15. Colocación de los pilares transepiteliales superiores.



Fig. 16. Colocación de injerto óseo en los defectos maxilares.



Fig. 17. Posicionamiento de los pilares de carga inmediata en el maxilar.



Fig. 18. Momento de sutura en el maxilar.

Mediante dos barras de titanio de grado II de 1,5 mm, otras dos barras de 2 mm de diámetro y la técnica de electrosoldadura se ferulizan los implantes entre sí (Figura 19).



Fig. 19. Técnica de electrosoldadura intraoral llevada a cabo en el maxilar.

En la mandíbula se llevan a cabo la exodoncia de las piezas 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, 47 y 48 y la preparación del lecho óseo para recibir los implantes en posiciones 33, 34, 36, 43, 44 y 46. Se procede a realizar la incisión lineal, despegamiento óseo a espesor total y secuencia de fresado siguiendo el orden establecido por el fabricante (Figuras 20- 22). Los im-



Fig. 20. Incisión lineal en la mandíbula.

plantes seleccionados son Mtx Medical Dental Solutions S.L.U.®, de la línea ISI&EU de conexión hexagonal, con las siguientes medidas:

- Posiciones 33 y 43 de Ø 3,75 X 13 mm, estándar.
- Posiciones 34 y 44 de Ø 3,75 X 11,5 mm, estándar.
- Posiciones 36 y 46 de Ø 4 X 10 mm, estándar.

Se colocan los implantes y se continúa con la ubicación de los pilares transepiteliales en la mandíbula. Tras este paso se procede al posicionamiento de los pilares de carga inmediata, los cuales serán soporte de la prótesis provisional inmedia-



Fig. 21. Despegamiento de los tejidos en la mandíbula.



Fig. 24. Ubicación de los pilares transepteliales inferiores.



Fig. 22. Secuencia de fresado en la mandíbula.



Fig. 25. Pilares de carga inmediata inferiores.

ta mandibular. Una vez suturados los tejidos, se inicia con la electrosoldadura intraoral a nivel inferior utilizando dos barras de titanio de grado II de 2 mm con el fin de conseguir esa estructura de ferulización, que permite conservar los tejidos y reparte las fuerzas oclusales brindando estabilidad y resistencia (Figuras 23-27).



Fig. 26. Sutura inferior.



Fig. 23. Colocación de los implantes en la mandíbula.



Fig. 27. Electrosoldadura intraoral inferior.

Una vez ferulizados los pilares de carga inmediata por medio de la técnica de electrosoldadura intraoral en ambas arcadas, se confeccionan las prótesis provisionales superior e inferior, en ese orden, para el restablecimiento de la función y estética del paciente de forma inmediata desde el día de la cirugía (Figuras 28-32).



Fig. 28. Elaboración del provisional superior.



Fig. 29. Confección de la restauración provisional inferior.



Fig. 30. Vista frontal. Provisionales inmediatos.

Tras el periodo de osteointegración, se procede a la toma de medidas y registros, que se envían al laboratorio. Una vez allí, se escanean los modelos y se diseñan en CAD/CAM las prótesis finales, enviando primeramente unas pruebas en metal al centro



Fig. 31. Vista lateral derecha. Provisionales inmediatos.



Fig. 32. Vista lateral izquierda. Provisionales inmediatos.

de fresado. Se prueba el metal en boca y se manda al laboratorio para añadir la porcelana y colocar las prótesis finalizadas. (Figuras 33-36).



Fig. 33. Visión frontal. Diseño CAD/CAM.



Fig. 34. Prueba de estructuras metálicas.



Fig. 35. Fotografía intraoral. Prótesis definitivas.

Al paciente se le dan instrucciones de higiene oral e indicaciones de los controles periódicos a los que debe acudir para verificar que tanto las prótesis como los implantes se encuentran correctamente.

DISCUSIÓN

En presencia de insuficiente hueso disponible, la rehabilitación con implantes ha mostrado tasas de éxito cuestionables. Por lo tanto, el objetivo del aumento de tejido duro es proporcionar una base para la colocación ideal del implante y también brindar un apoyo al tejido blando para una estética óptima. A lo largo de los años, han surgido múltiples procedimientos y materiales de relleno para aumentar las crestas óseas deficientes. En este caso, la regeneración de los defectos óseos se realiza junto con la colocación del implante, aunque también puede realizarse durante una intervención quirúrgica antes de la colocación del implante.^{7,8} Introducir en la planificación el uso de implantes angulados con respecto al plano oclusal puede ser interesante. Se trata de una opción de tratamiento útil para afrontar e intentar



Fig. 36. Fotografía extraoral. Prótesis definitivas.

remediar, de alguna forma, reabsorciones óseas vinculadas a la pérdida o extracción dental y permitir así el tratamiento implantológico. Asimismo, la combinación de los implantes angulados con una colocación post-extracción y restauración inmediata, conlleva un estímulo funcional que propicia la preservación de hueso alveolar, reduciendo posiblemente la pérdida de hueso marginal después de la colocación del implante. Cabe destacar y no olvidar que para la ejecución de la técnica de carga inmediata y posicionamiento post-extracción de los implantes, es fundamental y de carácter imperativo contar con una estabilidad primaria adecuada, (estabilidad protésica) sobre todo cuando se cargan varios implantes, y considerar el grosor de las paredes del alvéolo, el fenotipo gingival, la posición óptima del implante y factores del paciente como la higiene y el abandono del hábito tabáquico.⁹ Cuando se opta por el posicionamiento de un pilar intermedio definitivo, como es el caso, se evitan desconexiones que pueden tener efectos perjudiciales sobre los tejidos marginales periimplantarios.¹⁰ La electrosoldadura intraoral es una técnica llamativa debido a su precisión, exactitud, mínimo efecto invasivo y rapidez de tiempo operatorio. El material utilizado, en esta situación titanio grado II, debe ser biocompatible, tenaz, resistente a la corrosión, al desgaste y a la fractura. Además, debe satisfacer los criterios de resistencia y mantener las fuerzas oclusales sin deformación permanente y contar con un módulo bajo para una transferencia de fuerza óptima. Un estudio in vitro destacó que si bien las uniones realizadas por medio de soldadura láser se atribuyen a una resistencia a la tracción superior, las uniones efectuadas con electrosoldadura exhibieron el doble de resistencia a la fatiga mínima con respecto a las anteriores.^{11,12}

No obstante, se han descrito posibles complicaciones que anteceden al fracaso de la terapia con implantes. Si tuviésemos que clasificar los fallos, podríamos decir que existen fallos de origen biológico, como la falta o pérdida de osteointegración; fallos mecánicos, como la fractura de la prótesis, de los aditamentos o del implante en sí; fallos iatrogénicos, como el incorrecto posicionamiento de los implantes o invasión o daño de

estructuras anatómicas importantes, y fallo o, mejor dicho, falta de adaptación y adecuación al tratamiento por parte del paciente, especialmente a la prótesis, bien sea por insatisfacción estética o por problemas psicológicos. En cuanto a si el fracaso se produce de manera temprana o tardía, la falta de estabilidad primaria, el trauma quirúrgico y la contaminación perioperatoria parecen ser las causas más importantes del fracaso temprano de los implantes. Por otro lado, la sobrecarga oclusal y la periimplantitis parecen ser los factores más importantes asociados con el fracaso tardío.¹³⁻¹⁵ Es importante verificar y dar seguimiento al caso después de un período de tiempo para confirmar el patrón óseo y la estabilidad a largo plazo de la soldadura, ya que se requieren investigaciones más amplias durante períodos de tiempo más largos para determinar de mejor manera el plazo de éxito de este enfoque. El régimen de visitas establecido por el profesional y el cumplimiento del mismo por parte del paciente, al igual que la higiene oral adecuada, son pilares

fundamentales para el éxito de todo tratamiento odontológico, y este no es la excepción.¹⁶

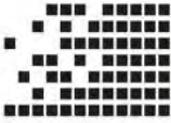
CONCLUSIÓN

La técnica de carga inmediata requiere un enfoque multidisciplinar, es decir, habilidades tanto quirúrgicas como protésicas. La decisión de colocar implantes post-extracción para el aprovechamiento de las dimensiones óseas existentes, utilizando diseños que ayudan a conseguir una alta estabilidad primaria y conexión al pilar definitivo, es un abordaje que ofrece una solución segura, eficaz y bien aceptada para la rehabilitación de arcadas completas. Cuando el tratamiento está bien planificado, coordinado y ejecutado, los resultados a corto, mediano y largo plazo pueden ser satisfactorios para los involucrados, desde el equipo profesional hasta el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. *J Prosthet Dent.* 2010 Aug;104(2):80-91. doi: 10.1016/S0022-3913(10)60096-0. PMID: 20654764.
2. Kim HS, Cho HA, Kim YY, Shin H. Implant survival and patient satisfaction in completely edentulous patients with immediate placement of implants: a retrospective study. *BMC Oral Health.* 2018 Dec 18;18(1):219. doi: 10.1186/s12903-018-0669-1. PMID: 30563482; PMCID: PMC6299569.
3. Colvin J, Dawson DV, Gu H, Marchini L. Patient Expectation and Satisfaction with Different Prosthetic Treatment Modalities. *J Prosthodont.* 2019 Mar;28(3):264-270. doi: 10.1111/jopr.12983. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30375110.
4. Ceschini L, Boromei I, Morri A, Nardi D, Sighinolfi G, Degidi M. Microstructural characterization and hardness properties of electric resistance welding titanium joints for dental applications. *Proc Inst Mech Eng H.* 2015 Jun;229(6):429-38. doi: 10.1177/0954411915585598. PMID: 26045042.
5. Joda T, Ferrari M, Gallucci GO, Wittneben JG, Brägger U. Digital technology in fixed implant prosthodontics. *Periodontol 2000.* 2017 Feb;73(1):178-192. doi: 10.1111/prd.12164. PMID: 28000274.
6. Lin WS, Harris BT, Zandinejad A, Morton D. Use of digital data acquisition and CAD/CAM technology for the fabrication of a fixed complete dental prosthesis on dental implants. *J Prosthet Dent.* 2014 Jan;111(1):1-5. doi: 10.1016/j.prosdent.2013.04.010. Epub 2013 Nov 1. PMID: 24189115.
7. Ali SA, Karthigeyan S, Deivanai M, Kumar A. Implant rehabilitation for atrophic maxilla: a review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2014 Sep;14(3):196-207. doi: 10.1007/s13191-014-0360-4. Epub 2014 Apr 22. PMID: 25183902; PMCID: PMC4148518.
8. AlKudmani H, Al Jasser R, Andreana S. Is Bone Graft or Guided Bone Regeneration Needed When Placing Immediate Dental Implants? A Systematic Review. *Implant Dent.* 2017 Dec;26(6):936-944. doi: 10.1097/ID.0000000000000689. PMID: 29095788.
9. Jensen OT. Dental extraction, immediate placement of dental implants, and immediate function. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015 May;27(2):273-82. doi: 10.1016/j.coms.2015.01.008. Epub 2015 Mar 7. PMID: 25757726.
10. Villa R, Villa G, Del Fabbro M. Immediate Postextraction Screw-Retained Partial and Full-Arch Rehabilitation: A 3-Year Follow-up Retrospective Clinical Study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2018 Sep/Oct;38(5):627-635. doi: 10.11607/prd.3417. PMID: 30113603.
11. Perveen A, Molardi C, Fornaini C. Applications of Laser Welding in Dentistry: A State-of-the-Art Review. *Micromachines (Basel).* 2018 Apr 28;9(5):209. doi: 10.3390/mi9050209. PMID: 30424142; PMCID: PMC6187655.
12. Degidi M, Nardi D, Morri A, Sighinolfi G, Tebbel F, Marchetti C. Fatigue limits of titanium-bar joints made with the laser and the electric resistance welding techniques: microstructural characterization and hardness properties. *Proc Inst Mech Eng H.* 2017 Sep;231(9):839-850. doi: 10.1177/0954411917709835. Epub 2017 May 29. PMID: 28554262.
13. Sakka S, Baroudi K, Nassani MZ. Factors associated with early and late failure of dental implants. *J Investig Clin Dent.* 2012 Nov;3(4):258-61. doi: 10.1111/j.2041-1626.2012.00162.x. Epub 2012 Aug 27. PMID: 22927130.
14. Liaw K, Delfini RH, Abrahams JJ. Dental Implant Complications. *Semin Ultrasound CT MR.* 2015 Oct;36(5):427-33. doi: 10.1053/j.sult.2015.09.007. Epub 2015 Oct 9. PMID: 26589696.
15. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Bone Quality and Quantity and Dental Implant Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Prosthodont.* 2017 May/June;30(3):219-237. doi: 10.11607/ijp.5142. Epub 2017 Mar 20. PMID: 28319206.
16. Degidi M, Nardi D, Piattelli A. Immediate loading of the edentulous maxilla with a final restoration supported by an intraoral welded titanium bar: a case series of 20 consecutive cases. *J Periodontol.* 2008 Nov;79(11):2207-13. doi: 10.1902/jop.2008.080141. PMID: 18980531.

EQUIPOS FOTOGRAFICOS CONFIGURADOS

 **FOTOLANDIA**
dental
by casanovafoto



Canon



OLYMPUS

**3 MODOS
DE
DISPARO**

INTRAORAL

EXTRAORAL

CIRUGÍA

933305162 · 933302969

fotolandia@casanovafoto.com

www.fotografiadental.cat

Los remedios de uso estomatológico en el “Tesoro de Medicinas” del venerable Gregorio López



Retrato de
Gregorio López

Como en los anteriores trabajos que hemos publicado en esta revista sobre el contenido estomatológico de las obras respectivas de Alonso López de los Hinojosos y Fray Agustín de Farfán¹, procedemos ahora al mismo escrutinio en esta obra de Gregorio López, con el ánimo de reunir información libresca sobre los remedios que se aplicaron, a veces acompañados de sus mínimas técnicas, en la frecuente patología bucodental que sufrieron los pobladores de aquellos territorios durante el siglo XVI, con el objetivo de completar la temprana historia odontológica del Nuevo Mundo.

Gregorio López.

Debido al testimonio diverso de algunos autores, el linaje de este personaje ha estado envuelto en el misterio, hasta el punto de que Hirsch² todavía aceptaba la leyenda de que se trataba del mismo príncipe Carlos (1545-1568), hijo de Felipe II, cuyos últimos años y muerte han sido objeto de múltiples especulaciones históricas. Riva Palacios³ escribió que la vida del príncipe había sido perdonada por el asesino enviado por su padre, al prometerle marchar en exilio a México y que jamás revelara su identidad. Esta leyenda, conforme dice Francisco Guerra⁴, encontró justificación por rehusar siempre Gregorio López a dar el nombre de sus padres, además de su parecido facial con Felipe II (sobre el cual puede opinar el lector en las efigies que aportamos) y el texto *Secretum meum mihi* que aparece en su retrato y que algunos creen hace referencia a tener sangre real.

La información más segura sobre la vida de Gregorio López ha procedido de la biografía del Padre Francisco Losa (1536-1642), sacerdote de la catedral de México⁵. Circuló como manuscrito desde 1598 hasta que llegó a manos de Fray Domingo de Ulloa, obispo de Michoacán. El libro se imprimió gracias al interés del Marqués de Salinas y el Obispo Guerra. Entre los estudios más recientes destaca el de Álvaro Huerga Teruelo OP⁶.



AUTOR:

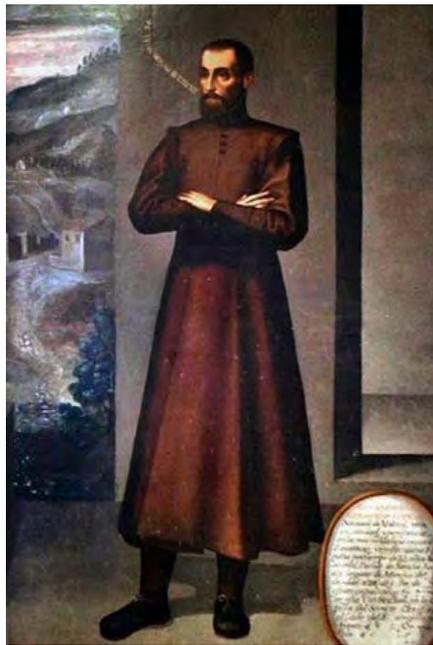
Javier Sanz Serrulla.
Académico de número de la Real
Academia Nacional de Medicina

Nació Gregorio López en Madrid, el 4 de julio de 1542, y fue bautizado en la Real parroquia de San Gil. Dice Losa que huyó de casa siendo niño, quizá hacia los ocho años, y que pasó los seis siguientes en los bosques de Navarra con un ermitaño. Hallado por su padre en 1555 pasó a servir de paje por espacio de un sexenio en la Casa Real, asentada todavía en Valladolid. En 1562 decidió ir a México y de camino hacia Sevilla visitó el Monasterio de Guadalupe, donde, inspirado por la Virgen María, acordó pasar el resto de su vida en retiro, consagrado a la oración.

Llegó, pues, este año a Veracruz con veinte años, y en San Juan de Ulúa regaló todas sus pertenencias a los pobres antes de trasladarse a la ciudad de México donde trabajó unos días hasta que se retiró al centro minero de Zacatecas para vivir siete años como ermitaño. Invitado en 1570 por Fray Domingo de Salazar, intentó residir en el convento de los Dominicos en la ciudad de México pero al no serle posible obtener una celda sin ingresar en la Orden se retiró a la región de Huasteca. A los cuatro años sufrió un violento ataque de disentería que le obligó a recibir cuidados médicos en Atlixco. En 1578 pasó a vivir junto al santuario de N^{ra}. S^{ra}. de los Remedios cerca de la ciudad de México y fue en esta época cuando conoció al padre Losa, quien al verle en tan mal estado obtuvo permiso para que ingresara en el célebre Hospital de Huastepic, construido por el venerable Bernardino Álvarez (1514-1584), fundador de la Orden de la Caridad de San Hipólito.

Durante una década, entre 1580 y 1589, vivió en este lugar y fueron los años más interesantes desde el punto de vista médico. Después de algún tiempo en San Agustín de las Cuevas pasó a la ermita de Santafé, cerca de Tacubaya (hoy un barrio de México) donde en precario estado de salud vivió en oración asistido por su biógrafo Losa hasta el día de su muerte, acaecida en aquel lugar mexicano el 20 de julio de 1596.

Reverenciado por la gente de aquel país, su cuerpo fue llevado en 1616 desde la iglesia de Santafé al convento de Carmelitas de San José y después se traslada-



Santuario de Guadalupe, Zacatecas, México

ría a la catedral de la capital mexicana. Algunos de sus huesos a España para reposar en el monasterio burgalés de San Millán. En 1625, Felipe IV encomendó al virrey Enrique Pacheco y Osorio, Marqués de Cerralbo, recoger sus obras, encargándose el rey de la beatificación y canonización de López, que quedó suspendida, de ahí que se le nombre habitualmente como "venerable".

Pese a las dudas existentes sobre sus primeras letras y posterior educación, es aprobada y reconocida su sabiduría en varios campos. De nuevo Losa dice que *era también astrólogo, cosmógrafo y geógrafo. Parece tenía medidos los cielos y la tierra y la mar a palmos. Tenía un globo y un mapa hecho de su mano, que a la primera vista parecía de molde, con toda verdad y naturalidad, que por tal se le oía alabar a los insignes maestros que le vieron. En cuanto a su producción escrita, es*

también obra suya segura Declaración del Apocalipsis (Madrid, 1678), enmarcada en el ambiente apocalíptico que floreció en México a finales del siglo XVI.

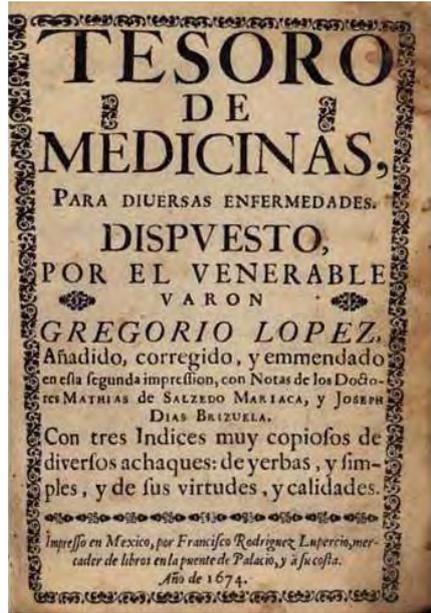
El "Tesoro de Medicinas."

Durante su residencia en el hospital de Huastepic, siguiendo el testimonio de Losa, escribió Gregorio López *un libro de Medicina de muchos remedios para diversas enfermedades, sacado de varias experiencias y de el grande conocimiento que tuvo de las propiedades y virtud natural de las yervas. Escriviolo de su mano y letra, que parecía de molde. Hizieronse muchos traslados y se enviaron a diferentes partes y hospitales. De este libro se valían los Hermanos (de la Caridad de San Hipólito) en la cura de enfermos, y quando iban a pedir limosna por toda la tierra; y era más maravilloso el acierto y buen sucesso de los remedios y medicamentos que por el libro aplicaban a varias enfermedades, como si el Autor huviera estudiado muchos años la facultad de Medicina.* La primera edición impresa no salió hasta 1672 y gozó de tal éxito que dos años después volvió a editarse, con notas de los doctores Ma-



thias de Salcedo Mariaca y Joseph Dias Brizuela. El manuscrito más auténtico se conserva en el Archivo Segreto Vaticano.

Un primer apartado se refiere a lo que anuncia su título, las propiedades curativas de las plantas en cuanto a lo que la experiencia iba acumulando una vez se aplicaban en los más diversos episodios bucodentales, generalmente como enjuagues en afecciones de la mucosa o bien aplicándolas en el diente dolorido, casi siempre en el profundo orificio —la lesión cariosa— dental, no faltando tampoco las instilaciones de ciertos líquidos en el conducto auditivo externo con ánimo asimismo antiodontálgico. Tampoco escasean los preparados dentífricos no ya con fines curativos sino embellecedores de los dientes⁷:



Edición de 1674, con notas de Matías de Salcedo Mariaca y José Díaz Brizuela.

I. DE LA VIRTUD DE LAS YERBAS.

Betonica. Cocimiento con vino, o vinagre lavando la voca quita dolor de diente.

Verbena. Cocida toda en vino... y gargarizada reprime llagas de voca.

Alhelies. Mezcladas... con miel, sana las llagas que en la boca se hacen.

Veleño. El vinagre con que fuere cozida su raíz mitiga el dolor de dientes enxaguando con el; el sahumero de la simiente del blanco, recibido por una caña en el agujero del diente oradado, le quita el dolor.

Veratro, o eleboro, o bedegrambre blanco. Cocido con vinagre, enxaguando la boca, quita dolor de dientes.

Lecherezna. Metida en el orado del diente quita dolor. Combien sobre ella poner cera porque no corra al estomago.

Hermodactilo o ephemero. El cocimiento de su raíz mitiga dolor de dientes.

Pelitre. Cocida la raíz con vinagre enxaguando sirve mucho a dolor de dientes. Metida en el diente horadado quita el dolor.

Yervamora, o solana hortense. Cozida la yema con vino y tenida en la voca mitiga dolor de dientes.

Abroxos. Mezcladas las ojas con miel sanan llagas de voca... Corrupción de encias.

Yervapiojenta, o stapsis, o alvarraz. El vinagre de su cocimiento sirve a dolor de dientes enxaguando.

Anagalide, o morsus galline. El çumo como gargarismo, o, echado... En la nariz opuesta, quita el dolor de dientes.

Yedra. Mojados v granos de la simiente, y calentados con aceite rosado en una cascara de granada, instilados en el oyo oposito mitiga dolor de dientes.

Hisopo. Cocimiento gargarizado... aprovecha a dolor de dientes.

Diptomo. Mascada y tenida entre los dientes quita el dolor de ellos.

Piña y piçea. Enxaguando con vinagre donde subiere servido (sic.) La tea de ambas, alivia dolor de dientes.

Granado. El çumo de granillo de la agra cocido con miel util a las llagas de la voca.

Olivo. Ojas machacadas... encoran llagas q. Se hacen en la voca, especial de niños, lo mesmo haze el çumo y cocimiento.

Aceituna. Su salmuera confirma dientes que se andan, enxaguando con ella.

Moral. Cocimiento de corteza y ojas contra dolor de dientes enxaguando con el; al tiempo de la siega mana un licor de su raíz, bendiciendola es bueno contra dolor de dientes.

Higuera. Leche de higuera... metida con un poco de lana en el diente horadado le quita dolor.

Durazno. El çumo de las ojas bevido con vino o vinagre... Quitan mal olor de la voca.

Agallas. Molidas y aplicadas resuelven carnes superfluas, sueldan llagas que vienen a los niños en la voca. Metido el corazon en la cavernosidad de los dientes que duelen, quita el dolor.

Çarzamora. Las ojas mascadas fortifican encias, atajan llagas que cunden y de voca.

Lirio cardeno o yris o yrcos o bilium celeste. Lirio traydo algun espacio y mascado entre los dientes que duelen quita el dolor.

Cipero o juncia olorosa. Su polvo sana llagas de voca.

Coral. Bevido con agua... aseca llagas de voca.

Perlas. Paran los dientes hermosos.

Piedra bezahar. Quita dolor de me. Aplicado de muelas.

Agua de azahar. Cocimiento o çumo de cidra tenido en la voca, hace suave aliento.

Lignoaloe. Mascado y traydo su cocimiento en la voca, haze buen aliento.

Benjuí. (Licor). Metido en diente horadado o mascado con encienso en un pañito de lienço, quita dolor.

Mirra. Destemplada en vino y azeite y traída en la voca, establece dientes y encias.

Almastiga. Mascada haze buen olor de voca y aprieta encias.

Anime, o concamo, o lacca. Contra corrupción de encias y dolor de dientes.

Opoponaco. Metido en el horado del diente quita dolor.

Romaza, o lapato que algunos tienen por ruybarbo. Raíz... Cozidas en vino... enxaguando mitiga dolor de dientes.

Celidonia mayor. Mascada mitiga dolor de dientes.
Cardo santo o benedicto. Comida cruda, o cozida sana dolor de dientes, mal olor de boca, conforta encías.
Poleo. Conforta encías seco quemado y molido.
Mostaza. Mascada quita dolor de dientes y muelas.
Verdolagas. Mascada mitiga dentera. Majadas y puestas sobre dientes que se andan les aprovecha.
Alcaparras. Cozimiento de la misma simiente con vinagre quita dolor de dientes.
Cevada. Gargarizado su cozimiento pone como el coral el paladar, garganta y lengua.
Agraz. Util a llagas hinchadas. Campanilla, llagas de voca, encías...
Vinagre. Dolor de muelas, enxaguando con el caliente.
Leche. Mezclada con miel y aplicada ayuda a salir presto los dientes a los niños y tiempla la comezon que les causa en las encías y llagas de voca untando con ella.
Hiel de tortuga. Util a esquinancia y llagas de voca en niños.
Cuerno de ciervo. Limpia dientes.
Castoreo. Sana dolor de dientes instilado en el oído del mismo lado.
Alabastro. Encorporado con cera... aprieta encías.
Cristal molido. Fregados los dientes con el los vuelve muy blancos.
Piedra esmeril. Aplicase en... encías disolutas por humor, limpia dientes.
Agua de mar. La aluminosa estiptica... Sana llagas... De voca y hinchazon de encías enxaguando.
Orin de hierro. Agua de hierro bebida aprovecha a... Encías podridas.
Albayalde o cerusa. Usado en el rostro vuelve negros los dientes.
Sal. Quemada y encorporada con polenta aplicada a encías disolutas y llagas humedas de voca aprovecha.
Alumbre de roca. Traydo un grano en la voca sana llagas de ella. Aprieta disolutas encías. Con miel o vinagre establece dientes que se andan y bueno a llagas de voca.
Lombrices. El azeite con que se frien mitiga dolor de dientes ynstilado en el oído contrario.
Caracol. Las conchas quemadas limpian sarna y dientes.
Xibia. Quemada hasta que la costra de encima quede consumida y hecha polvo limpia... suciedad de dientes.
Liebre. Su cerebro... si con el friegan las encías a los niños o se le dan a comer les haze salir mas presto los dientes.
Raton domestico. Dado a comer a los niños les deseca la saliva que les abunda en la voca.
Agua ardiente o quinta esencia, o agua-vite. Infundiendo en ella romero orégano y

pelitre y puesta tibia sobre dientes les quita dolor de causa fria.
Recepta sacada por el papa julio consultada de treyn-ta medicos: anis, grano de hinojo, alcarabea, regaliza, diptamo real, cominos rusticos, canela fina, de cada una onza culantro media libra, azucar una libra, todo molido mezclado y cernido tomar una cucharada de este polvo acavado de comer y otra acavado de cenar no se ha de beber sobre ello. Hace buen aliento...Guarda encías que no descrezcan.
Tacamahaca. Puesta en el agujero del diente quita su dolor y quemando con ella la muela podrida no pasa adelante la pudricion.
Salsafra. Molido el palo y majado con la muela que duele y si esta oradada meterle en el agujero quita dolor.
Tabaco, o piciete. Lavando la muela con un pañito mojado en el çumo, es puesto luego una pelotilla de el ataja, quita dolor y prohíbe corrupción que no vaya adelante.
Guaiavas. Fregando con las ojas las encías descarnadas, y dientes q. Se andan les aprovecha, halo de hacer algunas veces.
Emplastos. Estiercol de gallinas cozido en vino y hecho emplasto ponerlo sobre el dolor quan caliente pudiere, luego quita el dolor de muelas.

Un segundo apartado viene a ocuparse, a la manera del segundo libro de Farfán, de identificar situaciones que al práctico se le suelen presentar, pudiendo rápidamente mandar preparar la receta que se adjunta con todo detalle. La sui generis ordenación alfabética de estos padecimientos facilita la tarea del práctico a la hora de buscar remedio, en ocasiones bien prolijo, para las afecciones por lo general de estructuras anatómicas: boca, lengua y dientes, principalmente. Son los siguientes⁸:

II. REMEDIOS POR LA ORDEN DEL A, B, C.

Boca con llagas. Miel blanca, vinagre, cascara de granada molidas y romero con un grano de alumbre de un hervor y colado así caliente dar un gargarismo, y luego para las llagas miel blanca quanto una nuez, çal molido una avellana cernida y rebuelta con la miel con un hisopito mojado en esta miel y cal dar a las llagas ataja cancer, aprieta y encarna dientes que andan, y es para llagas de la campanilla.

Otro para llagas de voca, un poco de soliman en polvo, tanto y m^o de minio, echar de estos polvos en una escudilla de agua de llanten y cavecuelas de rosas peso de una dra. Y encorporado tocar la llaga tres veces con un hisopillo de hilas mojado en esta agua, curese tres veces al dia.



Edición de 1708.

Otro, sal piedra, salitre, alumbre cada dos dra., Soliman escrupulo y m^o, agua de llanten y rosada cada quatro onças, hierva hasta consumir el tercero.

Otro para llagas de haver tomado unciones dos dra. De soliman quatro onças de vino con quatro de agua, media onça de vermellon, y con un hisopillo mojado en esto dar en las llagas.

Boca tuerta por accidente, traer en ella una nuez moscada a la parte enferma entre encias y carrillo una hora, quitada aquella y limpia poner otra y res-mudarlas que estas dos bastan; hanlas de traer siempre hasta cinco o seis dias, que tornara la voca a su lugar.

Boca, o, agallas con llaga, o cancer cadernillo dos dra., Una de alumbre, nueces de cipres, cascara de granada agra, ojas de olivo, cocerlo todo en un hisopillo de lienço mojado, en esto lavar las llagas, duele pero hace buen efecto.

Boca con ampollas de fuego o flemon, agua rosada de llanten, arropo de moras, miel rosada y vinagre, gargaricar con ello, llagas canceradas de voca, canina de perro blanca seca molida y cernida soplarla con un cañito en las llagas, tambien aprovecha a las llagas de garganta.

Para llagas canceradas y cavernosas y de voca y campanilla, agua de açumbre, echarla un puño de cevada medio de lentejas, alumbre una avellana, un poco de açucar, mengue la mitad y colado echar agua de llanten o rosada cada dos onças, y con ello lavar llagas de voca y campanilla comida, çumo de cebolla blanca y de llanten y agua rosada iguales, echarle por las narices de esto, y con un paño mojado en ello lavarle la llaga cada ora.

Boca buelta a un lado. Penca de maguey asada y abierta ponerla por la abertura en la nuca caliente y fajarla, hacer esto nueve dias, o tomar en la voca agua ardiente azia el lado, y lavarle con ella por de fuera.

Dentera. Fregar los dientes con sal, o con queso, o con cebolla o mascar verdolagas, o pepitas de membrillo.

Dientes y muelas con dolor. Romero, encienso y pimienta, molido todo hierva en vino blanco, enjaguar con el deteniéndolo en la voca, aprovecha al carrillo hinchado por dolor de muelas.

Dicen que el que acostumbrare a lavar las quijadas y carrillos cuando se lava por la mañana sera libre de dolor de muelas.

Vinagre cozido con unos granos de pimienta y con ello enjaguar aprovecha.



Si fuere grande el dolor mojar un pliego de papel blanco en agua fuerte y enjuto a la sombra, tomar gengibre pelitre y pimienta de cada una onça con seis granos de apio, de todo hacer polvos con el papel y ponerlo en la encia de la muela.

Si por haver sacado muela, o diente, sucediere flujo de sangre, encienso y clara de huebo y con hilas y ello hinchar el lugar donde se saco la muela.

Para dolor de muelas cocer estiercol de asno en vino caliente, ponerlo sobre el carrillo.

Para dientes que que se andan y encias relajadas, balaustias, agallas por madurar rosas secas, leche trenza, de cada un puñado, alumbre onça y media, cueza en vinagre y vino, consuma dos

tercios este cozimiento, se ha de tener en la voca mucho tiempo tibio.

Otro, alumbre dos onzas, sandalos colorados una onça media, de sangre de drago cueza en dos azumbres de agua que gaste el m^o y colado lavar la voca muchas veces.

Para dolor de muelas, sal molida quanto una avellana metida en un paño de lienço limpio y atado y en azeite de azucenas o comun caliente meter el paño con la sal y este dos credos, luego ponerlo en la muela un rato y si fuere menester hacer esto algunas veces.

Otro, dos varillas una de quamochil, otra de capuli muy calientes ponerlas en la muela la una y luego la otra causan sueño y quitan dolor, o poner un poco de balsamo en la muela que duele.

Para dientes que se andan y reumas un puño de grano de cevadilla en remojo en agua dos oras y exprimido con paño enxaguar la voca con esta agua deteniéndola lo que pudiere y no la trague.

Otro. Con la mesma agua de cevadilla poner un poco de alumbre, miel y sangre de drago, o polvo de grana y vino, hierva con raiz de pulche y exprimido todo enxaguar y no trague.

Çumo de la yerva de reumas, que es como golondrineria silvestre, echado por las narices que caiga dentro evacua reumas y quita dolor de muelas, tambien para dolor de ellas estiercol de puerco cozido con vino y puesto en la muela. O, untar el diente o muela con sebo de candela, tambien dicen aprovecha a tova.

Si fuere raigon y no lo quieren sacar, limpiarle y en medio descubriera un nervesito, quemarle con una caveza de alfiler encendida y cesara el dolor.

Dolor de muelas, una oja de piciete verde caliente en el rescoldo y doblada ponerla en las muelas.

Si la muela tiene agujero y no la quieren sacar, limpiar el agujero y tapanlo con unas hilas, cesara el dolor.

Para gran dolor de muelas, darles un cauterio de fuego, cesa el dolor y no siente el fuego.

Si no aprovechar quemar lombrices y la ceniza ponerla en el diente a la redonda, cantidad de ello en dia y noche, caera el diente.

Dientes que se andan. Diente de perro echado en el fuego, recibir el humo en los dientes.

Diente podrido y con gusanos. Cozimiento de yerba buena y con vinagre lavar o cozer gengibre con oximiel y ponerlo en el diente corroydo. O, rayz de peudecedano y borraja puesto en el agujero del diente mata los gusanos de el.

Dientes que sean blancos, piedra pomez encendida tres veces y apagada en vino blanco, la tercera vez que quede encendida hasta que se enfrie, y molida fregar con el polvo de dientes.

Para que se caigan sin dolor, unto de rana verde que habite en ramas puesto en el diente le quiebra, o emplastar el diente alrededor con levadura y dejado media ora después tocarle con sangre de lagartijas y caera. O, destilar por alambique sal armoniaco, con el agua tocar el diente y caera sin dolor, o polvo de coral colorado puesto en el agujero del diente le arranca. O, armoniaco desatado con çumo de beleño y tocar el diente.

Para el dolor de muelas, un parche de tacamahaca caliente puesto sobre el carrillo del dolor. O, cocimiento de la golondrineria tenido en la voca a la parte del dolor. O, pepitas de guamochiles mascadas y puestas entre las muelas que duelen. O cascara de platanos asados, raer lo de dentro y con ello untar las muelas que duelen. Si el dolor es causado de reumas, cozer vino con arrahyan, alumbre, balaustias, cascara de granadas, nueces de cipres, detenerlo en la voca, y enjaguar con ello, hara desflemar, llaman este vino estilico, si el dolor es grande y la muela sin provecho, una gota de agua fuerte puesta en lo llano de ella que no llegue a la carne luego quita dolor y desde algunos meses se cae la muela a pedazos. Si el dolor es de causa reumatica, lavar por la mañana detrás las orejas, y en las quijadas.

Dientes con dolor, raiz de naranjo puesta al cuello, o lavar la voca con vino cozido con raiz de moral, o, oja de salvia puesta sobre el diente. O, sal y masa quemada ponerla en un paño sobre el diente que duele. O ravano puesto en el diente y fregar con el las encias, o, limadura de querno de ciervo cozida en vino ponerla sobre el dolor. O, hueso de datil encendido y puesto. O, çumo de cebolla lavar con el los dientes. O, raiz de espinacas majada y puesta y matara el gusano si le hubiere, o, lavarlos con cocimiento de oregano, o, el palo del oregano meterle en el diente que duele. O, leche de naranjo mezclada con arina, y puesta en el diente oradado, o, lechugas cozidas en azeite, o, estiercol de puerco echado en el agujero del diente. O, çumo de mastuerço

echado en el oydo de la parte que duele o raiz destemplada con vinagre, lavar los dientes con ella, y con la yerva y lana sucia ponerla sobre la quijada quitara el diente sin dolor. Lo propio haze la saliva puesta sobre el diente que duele. Raiz de apio atada en paño a cuello quita el dolor. La rana, o unto de ella puesto sobre el diente lo arranca sin dolor. El estiercol de gallina cozido con vino y puesto como emplasto en el carrillo quita dolor. Neguijon en los dientes es un gusanillo que se cria en un agujero del dientes. Polvo de estiercol de hombre de treynta años tostado en horno y molido echado en el agujero mata el neguijon. O, recibir en el agujero el humo de simiente de cebolla y los demas remedios dichos para agujeros de dientes y gusanos, cogollos de olivo cozidos en agua, o vino detenido en la voca aprieta dientes, y quita su dolor, o, mascar ojas, y corteza, o gargarismo de vinagre cozido con oregano, o mascar el oregano. O, estiercol de gallinas cozido en vino y puesto caliente sobre el carrillo que duelen las muelas dientes que se andan lavarlos con orines en ayunas.

Encias. Si estan podridas, o dañadas, alumbre media onza, miel una onza, mezclado untar con ello las encias, tambien limpia los dientes.

Para encias con llagas, agua de guayacán dos onzas, agua ardiente una onza, vinagre squilitico media onza, miel rosada una quarta, alumbre quemado una dra., Todo mezclado, y con un hisopillo lavar quatro veces al dia encias con apostemillas sobre los dientes. Con el hueso de datil tenido o traydo sobre ellas maduran y abiertas con vino caliente sanan.

Para encias podridas, vinagre cozido con hierbabuena lavar las encias, o aristolochia. O, coral puesto lavando primero con agua salada, o aluminosa. O, fregar con rasuras o lavar con armoniaco, miel y agua todo cozido. Cozimiento de oregano y vino detenido en la voca aprieta las encias.

Encias podridas, lavarlas con cocimiento de vino y yerva buena.

Para apretarlas, y los dientes, lavarlas con unas gotas de agua que distilare el chilacayote puzandole con una aguja.

Lengua con llaga. Estiercol de hombre pulverizado y puesto en ella, o alumbre quemado fregar con ello a menudo la lengua.

Lengua con asperezas. Simiente de zumaque mezclada con miel y puesta en la lengua, o fregarla con yerva buena. O, simiente de zaragatona puesta en remojo que luego se desaze en bavazas.

Para perlesia de la lengua. Beva cozimiento de cardo sancto, o el agua de el por alquitara algunos dias, tambien aprovecha a perlesia de qualquier miembro.

Para lengua que perdio la abla por hinchazon o enfermedad. Salvia cozida en vino lavar la lengua muchas veces, y

haga gargarismo. O piedra zufre puesta en la lengua, y voca. O, artemisa majada y puesta, o, caldo de borrajas lavar con el la lengua, después, con pelitre traerlo mucho por la lengua. Para la lengua dicen aprovecha tequexquite.

Sangre de voca. Beva el jugo de estiercol seco de caballo si es interior la sangre, y si fuere de la misma voca detenga el jugo allí un rato.

Si es de las encias, almastiga molida polvorear donde sale. O, molida, o, çumo de lima, limon y naranja, o qualquiera de ellos deshecho en ello sal detenerlo en la voca, y si es ynterior beberlo.

Tova de dientes. Unas gotas de agua fuerte con otras tantas de çumo de limon, y en esto mojar la punta de un palito que no distile gota, y con el limpira la tova. Dicen que aprovecha limpiarla con sebo de candela.

Señales de la saliva. Si es cardena significa corazon enfermo, y los miembros espirituales. Si sale con sangre pulmon lleno de llagas y bexigas. Si tiene mal olor señal de corrupción en el cuerpo. Si amarga, o agra humor corrompido en el estomago, o, pulmon, o substancia de la lengua.

Boca que tiene mal olor. Ojas y flores de romero cozidas en vino blanco con un poco de canela, mirra, y menjui lavar con ello la voca y detenerlo algun rato.

Otro, cominos en remojo en vinagre fuerte veinte y quatro oras, y secos en horno hacerlos polvo, a tres onzas de ello, una de calamo aromatico, hierva con seis onzas de miel cruda, dos onzas de çumo de ajenjos, y hecho electuario tomar una onza cada mañana.

Para voca, garganta y paladar malo con llagas, çumo de ojas de olivo majadas con agua de llanten y con esto lavar la voca.

Dientes para que se caigan. Harina mezclada con leche de yerva lechera hecha pasta y puesta en el diente le hace caer.

O, raiz de ranunculo cogida en mayo seca en horno majada y puesta en el agujero o pegada al dientes.

Dientes que se andan. Encienso, almastiga, y cortezas de granada iguales y molido todo, y quando va a dormir lavar los dientes con vino, y luego poner sobre ellos estos polvos.

O, polvo de cuerno de ciervo.

O, mirra destemplada con vino, y azeyte lavar la voca la mirra mata lombrices, y mascada hace buen aliento y refuerça encias.

Otro para dientes que se andan laudano y almastiga partes iguales mezclado ponerlo en la parte de fuera y dentro de los dientes, o lavarlos con vino de mirra.

Dientes que duelen. Lavarlos con agua cozida con raíces y ojas de moral caliente, y detenerla en la voca.

Otro, huesos de datiles calientes quanto se pudieren zufrir ponerlos devajo de los dientes que duelen.

Otro, cozer ranas con agua, y vinagre y lavar la voca con este cozimientto.

Otro, çumo de çanahoria caliente lavarlos.

Otro, raíces de hortigas puestas a remojar en agua ardiente doce oras y secas a la sombra ponerlas devajo de los dientes que duelen,

O un puño de cevadilla cueza en dos quartillos de agua mengue la mitad mojar pañicos y ponerlos en la muela que duele.

Lengua hinchada. Polvos de ajenjos encorporados con miel y puesto devajo de la lengua.

Niño que no sienta dolor quando le nacen los dientes. Untarle las encias con sangre de la cresta de un gallo viejo, y no tendra después dolor de dientes, ni se le hincharan las encias.

Perlesía de la lengua. Cera, azeyte, enjundia de oso, estiercol de pañoma (sic.), Cal viva, estiercol de hombre, castoreo pelitre y de todo hacer emplasto, y ponerlo detrás de la caveza.

Dolor de muelas. Unas ojas de sumiatl cozidas en agua y molidas ponerlas de fuera, o el agua de ellas anjagando tambien esta agua aprovecha a gota lavándola.

O, un palito de ocotie untado con chile seco molido, escarvar con el los dientes.

O, untar la caveza de un alfiler grueso en chile verde que pique u metiendolo por las narices tres o quatro vezes quita dolor de caveza purgando el humor que lo causa.

Tova de dientes. Media lima, o naranja agra, echar sobre lo agro alumbre quemado, y molido póngalo sobre brasas que casi buelva a hervir el alumbre, y con un palito poner un poco de alumbre sobre la tova de allí a un poco escarbándola con un mondadientes de barbero quitarse ha.

La tercera serie de remedios se dedica a lo más específico de la botánica regional mexicana, constituido por las diversas plantas autóctonas empleadas asimismo en variopintas afecciones bucales, constituyendo la más novedosa información allende el país⁹:

III. MEDICINAS DE INDIAS O NUEBA ESPAÑA.

PAROTIDAS O HINCHAZON O APOSTEMA TRAS OYDOS. 34. La corteza de chatalhuic mezclada con axin aplicada tras

las orejas, o raiz de chimecatl aplicada, o ecapatli molida y aplicada o, ojas y fructo de tomame majadas, y aplicadas con sal.

PARA HAZER BUEN OLOR DE VOCA. 42. Mecaxochitl bevido con cacaotlal o polvo de semilla de yzcuinpatli mezclado don agua y lavar la voca.

ASPEREZA DE LENGUA. 43. Cozimiento de amacoztic detenido en la voca.

DIENTES LIMPIARLOS. 44. La raiz de chimectli aplicada a los dientes, o fregarlos con tallos de huaconex o el chapopotli mascado y detenido en la voca.

DOLOR DE DIENTES. 45. Ojas de chilpatli puestas en los dientes, o raiz de chimecatl aplicada, o pelon mexixquitli mezclado con alumbre y puesto en los dientes, o, los quesos, y fructa de hoitzechitl puesto en los dientes.

O, el fructo de achioti mascado o con su licor lavar la voca, o lavarla con cozimiento de corteza de raiz o ojas de buenberegue, o tlachichinoapathlahoac mascada, o, majada y aplicada, o la flor de yzquioxochitl aplicada, o, ojas de cozolmecatl puestas sobre los dientes. O, ojas de houtzmamaxalli majadas y aplicadas, o mascadas, o untese las llagas con el çumo o ojas de picietl calientes, y rebueltas y aplicadas a los dientes, o con yayahuatl seco y molido desecho en agua y aplicado dos veces cada día en forma de untura a las mejillas.

DIENTES QUE SE ANDAN. 46. Las ojas o semilla de molli mascadas, o, hacer gargarismo con el cozimiento de estas cosas mismas, o hacer gargarismo con el cozimiento de la raiz de apitzalpatli, o mascar el fructo del achioti o hacer gargarismo con su licor o çumo de eyquahuitl aplicado a los

dientes, o fregar los dientes con su polvo, o, la goma del oleacatlan mascada y trayda en la voca. O, raiz de tlatlaucapatli mascada, o majada y aplicada, o, la leche de hucipotli aplicada a los dientes como lenimiento o, hazer gargarismo con el cozimiento de las espigas de yzaumpatli añadiéndole un poquito de alumbre o gargarismo con el cozimiento de tlaxocotl, o aplicar sus polvos.

ENCIAS FLUIDAS Y GASTADAS. 47. Enjaguarse la voca con cozimiento de raiz de apitzalpatli, o çumo de ezquahuitl aplicado en lenimiento, o su polvo puesto sobre las encias, o hazer gargarismo con cozimiento de raiz de tlatlaucapatli, o con el agua en que se hubiere infundido, y detenerlo en la voca, o untar las encias con la leche de hucipocotli.

El anterior es el repertorio extractado de un recopilatorio a cargo de un profano cuya instrucción acabó siendo en buena medida la propia experiencia. En Zacatecas aceptó el pedazo de tierra que le ofreció María Vázquez de Mercado en su hacienda para fabricar una estrecha capilla donde recogerse y un huertecillo donde plantó especímenes variados y tomó buena nota de sus efectos una vez aplicados formando parte de diversas preparaciones: polvos, cocimientos, emplastos, masticatorios, etc. Es al barbero, según deja constancia, a quien corresponde quitar la tova, y aun se podrán obturar agujeros en los dientes o aplicar un alfiler al rojo en los muy dañados para destruir el nervio que duele, ambas operaciones propias de un individuo con alguna experiencia especializada tomada como oficio de tal barbero. Particular interés merece la información sobre las plantas autóctonas en cuanto que vienen a enriquecer los herbolarios, singularmente los europeos, de uso terapéutico. Sin ser un libro de alguien formado en y dedicado a la práctica médica, al uso de los de Hinojosos y Farfán, sí es una obra que demuestra el empírico saber popular, recogido y ordenado de acuerdo a las experiencias de los antecesores del lugar que encaminaron algunas propias.

Bibliografía

1. La Odontología en la "Cirugía" de Alonso López de los Hinojosos. *Odontólogos de Hoy*, 44, septiembre-octubre 2020, págs. 46-52. La Estomatología en la obra de Fray Agustín de Farfán. *Odontólogos de Hoy*, 45, noviembre-diciembre 2020, págs. 40-48.
2. Hirsch, A (Ed.) *Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker*. Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1931-1935.
3. Riva Palacios, V (Ed.) *México a través de los siglos*. Barcelona, Espasa y Cía, 1883-1890.
4. Guerra, F. *El Tesoro de Medicinas de Gregorio López 1542-1596*. Estudio, texto y versión. Madrid, Ediciones Cultura Hispánica del Instituto de Cooperación Iberoamericana, 1983.
5. Losa, F. *La vida que hizo el siervo de Dios Gregorio López en algunos lugares de Nueva España, Y principalmente en el Pueblo de Sancta Fee, dos leguas de la Ciudad de Mexico, donde fue su dichoso transito*. México, Imprenta de Juan Ruiz, 1613. Fue reimpressa con algunos cambios por Fray Alonso Remón y Luis Muñoz en Madrid y además existen versiones resumidas de la misma y traducciones al francés, inglés, portugués e italiano. De la biografía de Losa se conocen más de 40 ediciones. Siguiendo principalmente esta fuente, Francisco Guerra elaboró su mencionado libro.
6. Gregorio López | Real Academia de la Historia (rah.es) Cfr. también el antedicho estudio introductorio, págs. 1-150, en la edición de la Declaración del Apocalipsis (Madrid, Fundación Universitaria-Universidad Pontificia de Salamanca, 1999. Col. Espirituales Españoles, Serie A, Tomo 46).
7. Por no citar con tan excesiva prolijidad, remitimos globalmente a las páginas 47-188 del Tesoro de Medicinas en la mencionada edición de Francisco Guerra.
8. Al igual que en el apartado anterior, estos remedios se citan globalmente en la misma edición de Francisco Guerra, págs. 191-366.
9. Igualmente, los remedios traídos a continuación son citados globalmente, remitiendo a la edición de Francisco Guerra, págs. 369-424.

NAPOLEÓN A LOMOS DE MARENGO

Historia de un cuadro: Napoleón cruzando los Alpes, de Jacques-Louis David



*Dr. F. Manuel Nieto Bayón. Médico-Estomatólogo
Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.
Socio Numerario de la Asociación Española de Médicos, Escritores y Artistas.*



Mi copia del cuadro de David. Óleo sobre lienzo de 60x80 cm.

La motivación y el atrevimiento me supuso el reto, llevándome a realizar la copia de este imponente y extraordinario cuadro. El interés particular por el mismo, no fue únicamente por su espectacular colorido, ni la significación y relieve político a nivel mundial que tuvo su principal personaje Napoleón Bonaparte, sino su belleza, la grandiosidad plástica, enjundia y excelencia del lienzo, que retratando a su poderoso ejército de soldados avanzando ante las inclemencias del ambiente paisajístico hostil y crudo de los Alpes, además de algunos símbolos como la bandera tricolor; encumbra de manera prodigiosa al mando y en primer plano a un majestuoso Napoleón, enérgico, pletórico y poderoso, a lomos de su favorito y encabritado corcel predilecto, Marengo, componiendo así una grácil figura, a semejanza de un centauro en movimiento.

El comienzo y diseño de la realización del cuadro original por David, fue basado en formas geométricas simples, que han sido escrupulosamente respetadas por mí, al intentar la reproducción de esta copia. Así, el personaje principal se inscribe en una circunferencia delimitada por la cola del caballo y el borde superior de la capa, siendo el pomo de la espada el centro de este círculo; a la vez que Napoleón con su caballo conforman una Z, dando de esta manera dinamismo a la escena. Las diagonales que trazan las montañas y las nubes oponiéndose entre sí, refuerzan la impresión de actividad en la imagen.

Napoleón I Bonaparte

Nació en Ajaccio, Córcega, Francia, 15 de agosto de 1769, muriendo en Longwood, Isla Santa Elena, 5 de mayo de 1821; fue un militar, general republicano durante la Revolución y el Directorio, artífice del golpe de Estado del 18 de brumario que lo convirtió en primer Cónsul de la República.



Retrato de Napoleón.

Napoleón, es considerado uno de los mayores genios militares de la historia, ya que comandó campañas bélicas muy exitosas, aunque con ciertas derrotas igual de estrepitosas. Sus agresivas guerras de conquista se convirtieron en las mayores operaciones militares conocidas hasta ese momento en Europa, en las que involucró a un número de soldados jamás visto en los ejércitos de la época. Además de estas proezas bélicas, se le conoce por el Código Napoleónico. Es considerado por algunos un "déspota

ilustrado” debido a su extraordinario talento y capacidad de trabajo. Otros, sin embargo, lo estiman un dictador tiránico cuyas guerras causaron la muerte de millones de personas. Se le juzga como el personaje clave que marcó el inicio del siglo XIX y la posterior evolución de la Europa contemporánea.

Sus soldados le llamaban el Pequeño Cabo (*le Petit Caporal*), en tanto que los británicos se referían a él con el despectivo Boney, y las monarquías europeas como el tirano Bonaparte, el Ogro de Ajaccio o el Usurpador Universal.

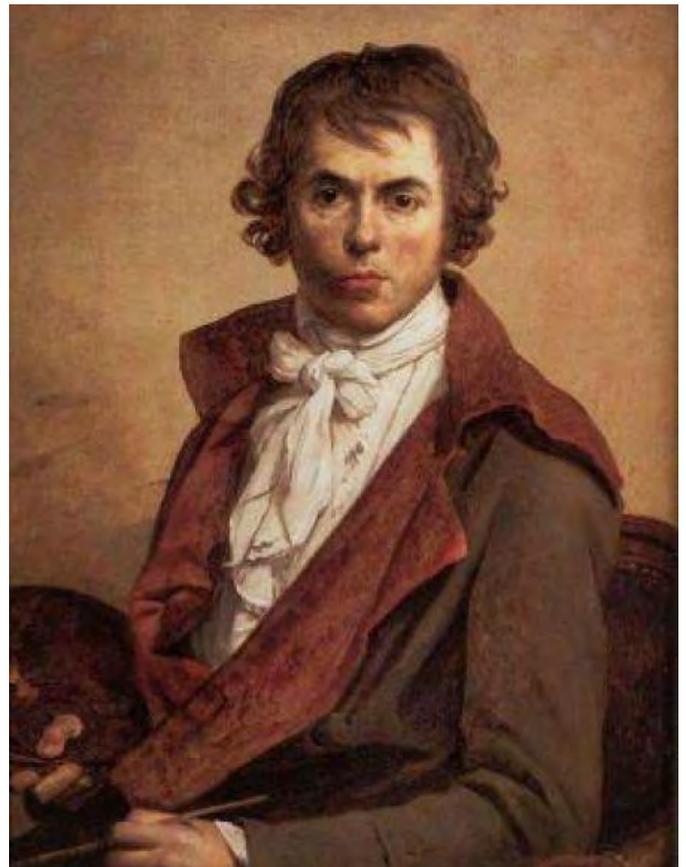
Tras tomar el poder mediante un golpe de estado; emulando la gesta del cartaginés Aníbal al pasar la cordillera de los Alpes con sus elefantes y lanzarse a la conquista de Roma; Bonaparte había llevado a su ejército de 50.000 hombres por la ruta más directa, pero también la más difícil, a través del paso del Gran San Bernardo. El paisaje grandioso, era el marco ideal para lo que el boletín lo presentara como una gesta heroica, “El Primer Cónsul ha descendido de lo alto del San Bernardo arrastrándose sobre la nieve, atravesando precipicios y deslizándose sobre los torrentes”.

Las tropas de Bonaparte llegaron sorpresivamente a través de los Alpes a Génova cuando esta ya había caído; pero él siguió adelante, confiando en alcanzar a los austriacos antes de que pudieran reagruparse. El Ejército de Reserva libró una batalla en Montebello el 9 de junio de 1800, antes de asegurarse una victoria decisiva el día 14, en la batalla de Marengo, de donde extrajo el nombre para su caballo de batalla.

Cuando Napoleón llegó al poder en 1799, España y Francia llevaban tres años sin problemas. Pero el flamante Primer Cónsul tras la victoria en Italia era un aliado peligroso, así que la táctica de Carlos IV, consciente de su propia debilidad, fue agasajar al poderoso general.

Durante el tradicional intercambio de regalos (armas, vestidos y trajes parisinos para el rey, joyas para la reina, caballos anda-

lucos..), el monarca español expresó su deseo de encargar a Jacques-Louis David, el pintor favorito de la República Francesa, un gran retrato de Napoleón con uniforme de Primer Cónsul para decorar el Palacio Real de Madrid. Napoleón no puso pegajos al homenaje. Es más, sin el menor atisbo de falsa modestia, encargó a David tres copias adicionales para su propio uso y disfrute. La primera de estas copias estaba destinada al palacio de Saint-Cloud, la segunda, a la biblioteca de los Inválidos, y la tercera, a su palacio en Milán capital de la República Cisalpina, estado satélite de Francia recién creado por él mismo.



Pintor Jacques-Louis David.



Batalla de Marengo.

Ya puestos, David decidió quedarse una quinta versión, como buen bonapartista que era. El original permaneció en Madrid hasta 1812, cuando lo expolió José Bonaparte después de abdicar como Rey de España.

El tema escogido estaba basado en un episodio real. Napoleón cruzó los Alpes por el puerto de montaña del Gran San Bernardo, a casi dos mil quinientos metros de altitud, para liberar Génova del asedio austriaco. El cuadro pretendía transmitir el mensaje de que Napoleón era un líder insuperable. Así en primer plano del mismo, sobre las rocas, está grabado, como no, en lugar preferencial BONAPARTE y a continuación ANNIBAL y KAROLVS MAGNVS IMP (imperial).

Descripción del cuadro: " Napoleón cruzando los Alpes "

En la versión final, Napoleón se nos presenta a horcajadas de un semental árabe. Ante él, a su izquierda, vemos unas montañas, mientras que en el fondo, oscurecidas en gran parte por las rocas, las tropas francesas arrastran un gran cañón y, más allá de la línea, hondea al viento la bandera tricolor nacional de Francia, sobre un cielo plomizo que realza la figura del protagonista.

Esta pintura, no tardó en convertirse en el retrato más célebre del dictador, una perfecta arma propagandística, reproducida hasta el infinito en carteles y sellos. Todo es épico en el cuadro, desde su tamaño de 2,6 x 2,21 m., el caballo encabritado, el rostro decidido de Bonaparte, el índice con el que señala un victorioso porvenir, el viento que agita su capa y como dijimos, dos nombres acompañan al del héroe grabados sobre las rocas, el de Aníbal, cuya gesta emulaba Napoleón al cruzar los Alpes, y el de Carlomagno, capaz como él de resucitar el Imperio romano. Sobre el peto del caballo, se encuentra la firma del autor.

El mensaje no puede ser más claro, el hombre que nos mira a los ojos es un líder nato, un genio de ambición ilimitada.

Ateniéndonos a la realidad, el verdadero viaje transalpino fue mucho menos emocionante, Napoleón cruzó las montañas a lomos de una mula, ataviado con ropa corriente de campaña y acompañado de un guía local; hacía buen tiempo, y su ejército, lejos de seguirle, había pasado por allí un par de semanas antes.

De esta guisa lo pintaría medio siglo después Paul Delaroche, un pionero del realismo. Pero el cuadro de Delaroche sería unánimemente ridicularizado, y no por falta de calidad, sino porque nadie le perdonó la insolencia de humanizar al mito.



Napoleón cruzando los Alpes. Versión de Paul Delaroche.

Elaboración del cuadro: Dificultades técnicas

Bonaparte se negó en todo momento a posar para David. En su opinión, el artista no necesitaba capturar su rostro, sino su carácter. En toda su carrera como retratista oficial, David únicamente logró que posara para él durante tres horas en 1798. Napoleón, sin embargo, ayudó algo en el proceso de elaboración del cuadro. Él fue quien aportó la idea de que el retrato fuera ecuestre: "calme sur un cheval fougueux", fueron las instrucciones escuetas que le ofreció al artista.

Y Jacques-Louis David obedeció. Después de todo, qué mejor manera de demostrar la capacidad de Napoleón para exhibir su poder que esa noble y batalladora compostura.

Para reproducir la postura del jinete, David hizo posar a su propio hijo encaramado a una escalera. Sí logró que le trajeran, el uniforme de general y dos de las monturas de Napoleón, una yegua parda llamada La Belle, y Marengo, un corcel gris de raza árabe que aparece, más o menos retocado, en cuatro de las cinco versiones del cuadro.

A pesar de estas dificultades, David necesitó apenas cuatro meses para completar la obra. El resto de las copias fueron realizadas a lo largo de los años siguientes.

Si Carlos IV esperaba ganarse la lealtad del futuro emperador con este adulator regalo, su plan fracasó. La derrota de la flota franco-española en Trafalgar dejó desprotegidas las colonias americanas. Los corsarios británicos bloquearon el comercio transatlántico y la Corona entró en bancarota.

Napoleón como jinete

Se dice que Napoleón era un pésimo jinete. Su complexión, piernas cortas y torso prominente no le favorecían en la equitación. Sus caídas fueron frecuentes y muchas están documentadas.

Constant, su ayudante de cámara, dice en sus memorias que los caballos del emperador eran pequeños y mansos, y que antes de ser montados por él pasaban previamente por las sabias manos de su hábil maestro de caballería, que utilizaba una técnica muy sofisticada para domarlos a su gusto y para que los animales estuvieran preparados a fin de soportar sin problemas todas las vicisitudes y circunstancias habituales en un campo de batalla. Para conseguirlo, el entrenamiento recreaba todos los escenarios de guerra posibles y para ello se disparaban cañones cerca de sus cabezas, se desenvainaban espadas y bayonetas, se tocaban tambores, trompetas y se agitaban grandes banderas ante los ojos de los caballos consiguiendo que no se asustaran por nada. Terminando su preparación como guerreros, se hacía que perros y otros animales como cerdos u ovejas se movieran entre sus patas, logrando que el equilibrio del jinete no se viera comprometido en ningún momento.

A pesar de haber sido sometido a un entrenamiento de auténtico "marine", una de sus caídas tuvo un significado muy intrigante, se cuenta que durante la trágica retirada del frente ruso, Marengo acabó derribando a Napoleón cuando una liebre se levantó bajo sus patas, lo que fue entendido como un signo más de la derrota francesa, aunque también es cierto que a lo largo de su vida el emperador sufrió más de una caída.

Los caballos de Napoleón

La cuadra que Napoleón Bonaparte tenía para su uso personal llegó a albergar más de 130 caballos, pero entre todos ellos el preferido del emperador siempre fue Marengo, un caballo tordo de raza árabe llegado con siete años desde Egipto en 1800 y que recibió su nombre de la famosa batalla que los ejércitos franceses ganaron en Italia el 14 de julio de ese año. Parece probado que en el pelaje de Marengo mandaban las tonalidades grises, aunque a los pintores que retrataron a Napoleón les gustó más el blanco con el fin de resaltar la figura del emperador.

La imagen de Napoleón montando un caballo blanco es un poco incierta, ya que la mayoría de sus equinos eran grises, bayos o alazanes. Sus caballos preferidos eran árabes importados desde Egipto, los bávaros, animales colosales, lo hacían ver demasiado pequeño al igual que los rusos.

Napoleón gustaba de dar nombres clásicos o mitológicos a sus caballos como Cyrus, Taurus, Tamerlán, Nerón y Cerberé. También les otorgaba nombres de lugares geográficos o victorias importantes, tanto que Cyrus fue rebautizado como Austerlitz, también tuvo a Marengo, un Friedland, un Wagram, un Montevideo y un Córdoba. Otros recibieron nombres más creativos como Roitelet, Intendant y Coquet.

Marengo y Waterloo

A pesar de tener una altura relativamente corta 1,45 m., Marengo destacaba por poseer una constitución muy fuerte y robusta, que le llevó a ser también la montura de Napoleón en las batallas de Austerlitz (1805), Jena-Auerstedt (1806), Wagram (1809) y Waterloo (1815) donde fue herido ocho veces en combate. Bonaparte era una persona de baja estatura y por ello se dice, que para facilitarle la monta, todos sus caballos eran de también de baja alzada.

A lo largo de la historia el valor y la resistencia de Marengo se convirtieron en virtudes legendarias, tanto es así, que cuentan las crónicas como cabalgando al galope llevó a su jinete de Valladolid a Burgos en tan sólo cinco horas, hay quién afirma que fueron 3,5 horas, cubriendo en ese tiempo una distancia de aproximadamente 130 kilómetros. Una capacidad física que debió ser en parte cierta, porque en el año 1812, Marengo fue de los pocos caballos que sobrevivió a la retirada del ejército francés de Rusia.

Cuando tras la derrota de Waterloo en junio de 1815, Napoleón Bonaparte regresó a París lo hizo sin Marengo, su famoso se mental blanco conocido en toda Europa por su coraje y resistencia. Herido y vagabundeando por el campo de batalla, Marengo fue hecho prisionero por el teniente británico Guillermo Henry Francis Petre. A simple vista, el oficial inglés reconoció los motivos imperiales que adornaban sus herrajes y que le identificaban como el caballo de Napoleón.

Curado de sus heridas, Marengo fue conducido a Gran Bretaña y vendido al teniente coronel de los Guardias Granaderos, William Angerstein, que fue su propietario hasta la muerte del animal en 1831, a la edad de treinta y ocho años.

Actualmente el esqueleto de Marengo, restaurado y recolocado con ocasión de la celebración del segundo centenario de la batalla de Waterloo, se exhibe y es una de las atracciones del Museo Británico del Ejército de Sandhurst, mientras que sus dos cascos delanteros fueron transformados en cajitas de plata para guardar rapé.



Esqueleto de Marengo.



Cascos delanteros de Marengo.

Una de estas cajas fue entregada a los Guardias Granaderos y se encuentra expuesta en el Palacio de St. James, mientras que la que quedó en manos de la familia Angerstein permaneció extraviada durante al menos cien años, hasta que finalmente fue redescubierta por un descendiente de Angerstein de forma casual, en la finca familiar de Somerset y llevada al Museo de la Caballería Real en Londres, donde se exhibe actualmente, explica Christopher Joll, escritor especializado en temas militares. Para terminar la historia de Marengo, recordar que en la batalla de Waterloo hubo otro protagonista de cuatro patas, Copenhague, el caballo del Duque de Wellington. Las malas lenguas aseguran que a Copenhague le gustaban demasiado los bollos de azúcar y que por ello su vida no fue tan longeva como la de Marengo, aunque a pesar de su "dulce vicio" llegó hasta los veintiocho años.

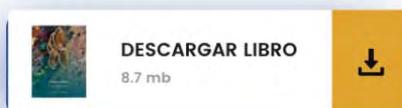
SUEÑOS Y ENSEÑANZAS DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA



DESCARGA GRATUITA

EMPRENDEDORES. TESTIMONIOS DE VIDA Y PASIÓN

¡Disponible para su descarga!



SOBRE EL EDITOR

Dr. Víctor Manuel Guerrero Reynoso

Odontólogo, nacido el 8 de Noviembre de 1952 en León, Gto., México.

Para los que les gusta el zodiaco soy escorpión, miembro de una familia grande de once hermanos, que ha crecido tanto que actualmente somos 118 integrantes.

Egresado de la Carrera de Cirujano Dentista de la **Universidad Autónoma de Guadalajara** en 1975, práctica privada por cuarenta años. Director de la Facultad de Odontología de la Universidad De La Salle Bajío, Maestría en Educación en la **Universidad De La Salle Bajío**, Maestría en Gestión de Proyectos de la Univesidad Ramón Llul de Barcelona.

Vicepresidente de la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, expresidente de la Asociación Dental de León, expresidente de la **Asociación Dental Mexicana A.C.**

CONOCER MÁS

Foto: Felix Palomo Briseño
Edición: Bertha Alicia Mora Martínez





Mejora tu
potencial.
Piensa en digital.



PRAMA, EL PRIMER Y ÚNICO IMPLANTE INTRAMUCOSO.
prama.sweden-martina.com

¿Qué hacer cuando alguien fallece, acepto o rechazo la herencia?

Ignacio Gutiérrez Galende

Socio en Galende – Buzón Abogados

igg@galendebuzon.com • www.herencias-madrid.es

Cuando fallece una persona puede surgir la duda de si aceptar o renunciar su herencia. En los últimos años ha aumentado el número de renunciaciones por el coste fiscal que implica recibir una herencia que varía de una comunidad autónoma a otra. Aunque no solo se deben tener en cuenta los efectos fiscales sino también los efectos en la esfera patrimonial personal según la forma de aceptar o no la herencia puesto que no solo se recibe lo bueno, también se reciben todas las deudas conocidas o no, multas firmes, así como la defensa en juicio de reclamaciones ya iniciadas o pendientes de presentarse.

En España se puede ser herederos por estar designados en testamento o porque lo fije la ley, y para adquirir la herencia hay que aceptarla puesto que la adquisición no se produce de forma automática, aunque una vez aceptada los efectos se retrotraen a la fecha de fallecimiento del causante.

Formas de aceptar

Hay dos formas de aceptar una herencia: pura y simplemente, o a beneficio de inventario.

Con la aceptación pura y simple el heredero responderá de todas las deudas y cargas de la herencia, no sólo con los bienes de tal herencia, sino también con los bienes propios del heredero,

El heredero se convierte en responsable de las deudas que tenía el causante y las que origina el propio fenómeno sucesorio, sin que el desconocimiento de la situación patrimonial de la herencia pueda exonerar al heredero de tal responsabilidad.

Es muy importante señalar que la aceptación pura y simple de la herencia puede ser expresa o tácita, siendo expresa la que se hace en documento –público o privado- y tácita la que es consecuencia de actos que suponen necesariamente la voluntad de aceptar, o que no habría derecho a ejecutar sino con la cualidad de heredero.

En cambio, si la herencia es aceptada a beneficio de inventario la responsabilidad del heredero quedará limitada a los bienes y/o derechos que se reciban por herencia, sin que la responsabilidad del heredero alcance por lo tanto a su patrimonio personal preexistente a la sucesión hereditaria.

Dado que la aceptación pura y simple de una herencia puede ser resultado de una aceptación tácita, y no sólo expresa, de la herencia, hay que tener mucha precaución antes de actuar como dueño del patrimonio del fallecido antes de estar seguro de querer aceptar o no pero especialmente cuando tenemos certeza de la existencia de cualquier clase de deudas porque una vez aceptada tácitamente una herencia, no cabe ya renunciar a ella. Se entienden casos de aceptación tácita:

- El ejercicio de acciones en nombre propio respecto de bienes que integran el caudal hereditario.
- La comparecencia e intervención en un procedimiento judicial en condición y calidad de heredero.
- La sucesión procesal en un proceso judicial pendiente del que había sido parte el causante, cuando la comparecencia es personal del llamado a la herencia (y no en beneficio o representación de la herencia yacente).
- El pago de deudas de la herencia con fondos de la herencia. El reparto, entre quienes sean llamados a una herencia, de bienes y/o derechos que integraban el caudal hereditario.
- La transmisión, por cualquier título, de derechos.
- La renuncia de la herencia, aunque sea gratuita, a favor de uno o más de los coherederos también llamados a la herencia.
- La renuncia por precio a favor de todos los coherederos, indistintamente.

No se consideran supuestos de aceptación tácita de la herencia la liquidación y pago del Impuesto sobre Sucesiones, ni tampoco percibir una prestación de seguro derivada del fallecimiento del causante, si el llamado a la herencia estaba designado personal y nominativamente en la correspondiente póliza, y no como heredero.

Para protegerse del riesgo de la consideración de aceptación tácita mientras nos decidimos si aceptar o no hay dos mecanismos

Con la aceptación pura y simple el heredero responderá de todas las deudas y cargas de la herencia, no sólo con los bienes de tal herencia, sino también con los bienes propios del heredero



para evitar esa responsabilidad universal: el derecho a deliberar, para decidir si acepta o repudia la herencia a la que es llamado, y la formación notarial de inventario.

En caso de estar en posesión de la herencia y queremos hacer uso de este derecho a deliberar hay que comunicar al Notario dentro de los treinta días siguientes a contar desde que sabemos que somos herederos para que pedir la formación de inventario notarial con citación a los acreedores y legatarios para que acudan a presenciarlo si les conviene.

En caso de no estar en posesión total o parcial de la herencia el plazo de treinta días se cuenta desde el día en que el llamado hubiera aceptado la herencia o la hubiese gestionado como heredero, o bien desde el día siguiente a aquel en que expire el plazo que se le hubiere fijado para aceptar o repudiar la herencia por los interesados cuando hemos sido requerido por otro coheredero.

La renuncia de la herencia

Si el llamado a una herencia desea renunciar a ella (por las razones que sean), habrá de repudiarla de forma expresa, en instrumento público ante notario.

La renuncia nunca puede ser parcial, si se renuncia se renuncia a todo siendo un acto irrevocable.

Es muy habitual cuando los herederos tienen deudas previas que renuncien a la herencia para evitar perderla ante sus acreedores, en estos casos los acreedores pueden solicitar al juez que les autorice a aceptarla en su nombre. Los acreedores solo recibirán por importe suficiente para saldar las deudas y el exceso no beneficiará a quien ha renunciado sino que se adjudicará al resto de herederos.

Aceptación y partición.

Una vez nos hemos decidido a aceptar la herencia hay que proceder a su aceptación y posterior partición, aunque conceptualmente son distintos, en la práctica suelen tener lugar al mismo tiempo porque están muy relacionados.

La aceptación de la herencia es el acto por el que el llamado como heredero manifiesta su intención de adquirir dicha condición de heredero. Es un acto unilateral, para el que no es necesaria la intervención del resto de herederos. Es muy importante tener en cuenta que nadie adquiere la condición de heredero si no acepta la herencia, y con la aceptación sólo se adquiere la condición de heredero, pero no bienes concretos o cuota alguna sobre los bienes de la herencia

Mientras que la partición de la herencia es el acto por el que todos los herederos, que la han aceptado, liquidan las deudas y se reparten los bienes. Aquí rige el principio de unanimidad, y no el de mayoría.

La renuncia nunca puede ser parcial, si se renuncia se renuncia a todo siendo un acto irrevocable

¿Cómo se procederá a la partición de la herencia?

1. En primer lugar, cabe acudir a lo dispuesto por el propio difunto en su testamento.
2. La segunda opción cuando el causante no haya dispuesto el modo en que su herencia debe ser distribuida es acudir a la figura del contador-partidor, que será la persona a la que corresponderá determinar qué bienes, derechos y obligaciones concretas son adjudicadas a cada coheredero. Si en el testamento no se hubiere designado a este contador-partidor, o el cargo estuviere vacante (por ejemplo, porque la persona designada hubiere fallecido), los herederos que representen al menos el 50% del haber hereditario pueden solicitar el nombramiento de un contador-partidor dativo, al que corresponderá determinar la partición de la herencia entre los coherederos y legatarios.
3. La tercera opción y en la práctica muy habitual o porque no hay testamento o el testamento solo recoge el reparto en porcentajes, es que simplemente los coherederos se pongan de acuerdo en cómo realizar la partición de la herencia.
4. Para el caso de que los herederos mayores de edad no se entendieren sobre el modo de hacer la partición podrán instar un procedimiento judicial específico

Forma de realizar la aceptación y partición de la herencia

La aceptación y partición de la herencia se realiza a través del cuaderno particional donde se recoge la identificación del fallecido la identificación de sus bienes, de los herederos y el reparto de los bienes entre los herederos.

Este documento puede ser público o privado. Se puede hacer de ambas formas pero para inscribir los bienes inmuebles en el registro de la propiedad es necesario que conste en escritura pública.

Cuando el patrimonio financiero es elevado es aconsejable realizar la aceptación en documento privado y solicitar una elevación a público parcial únicamente de los bienes inmuebles así reduciremos el importe de la escritura notarial y en consecuencia se aplicará un menor arancel notarial.

Las cinco recomendaciones para aumentar beneficios en tu clínica dental

José Luis Gonzales

Official Member Forbes Council de EEUU y socio de actioncoach en España



El sector sanitario está sufriendo un proceso de transformación, al igual que el resto de sectores de la economía, siendo éste, aun mas acusado, en la especialidad odontológica.

Redes de franquicias, Compañías de seguros con clínicas propias e inversores ajenos al sector, aportan aun mayor incertidumbre a la situación de alta competencia que sufren actualmente las clínicas independientes.

Es por ello, que es necesario que los odontólogos independientes empiecen a tomar medidas que les permita incorporar mejores practicas empresariales para poder competir con estos grupos, cuya mayor fortaleza es tener herramientas de gestión que las hacen mas rentables y eficientes.

Los odontólogos, en general, carecen de esa formación empresarial que les impide que la clínica sea, además de su labor asistencial, un centro de negocio que les permita obte-

ner la máxima rentabilidad económica a su enorme esfuerzo diario.

En esta época de crisis, formar a los odontólogos en el uso de técnicas y métodos de gestión moderna de centros sanitarios se convierte en una necesidad imperiosa para poder competir con estos nuevos actores que han aparecido en estos últimos años en el sector odontológico.

Vigilar los beneficios y la eficiencia de procesos en las clínicas se convierte, más que nunca, en una tarea vital para poder afrontar los nuevos retos de esta etapa llena de incertidumbre originada por la pandemia y la alta competencia.

A continuación, expongo las cinco acciones que, de forma exitosa, hemos puesto en marcha en múltiples empresas del sector sanitario, con los que hemos conseguido mejorar la tasa de beneficios, y sobre todo, incorporar una mejor gestión empresarial:

Es necesario que los odontólogos independientes empiecen a tomar medidas que les permita incorporar mejores practicas empresariales para poder competir con estos grupos, cuya mayor fortaleza es tener herramientas de gestión que las hacen mas rentables y eficientes

1. Plan de contingencia donde se establezcan, en una proyección de los próximos 6/12 meses, cuales son las nuevas y realistas previsiones de venta. Con esos números, que posiblemente sean inferiores a los conseguidos en el ultimo año debemos establecer, y como punto de partida, el nivel de beneficio que deseáramos tener. Con esa estimación de ingresos y de beneficios ya sabremos el nivel de gastos que podemos tener. Ahí empieza la tarea de adaptación, reconversión y reinversión de la clínica recortando gastos hasta el nivel necesario para conseguir la cifra de beneficios definida como mínima para poder mantener la clínica a flote. Es una tarea que en muchos casos será traumática pero que permitirá la subsistencia y al mismo tiempo, por la experiencia que he vivido en estos meses, una magnifica oportunidad para soltar lastre de gastos y estructuras que aparecen como innecesarios. Una oportunidad para la mejora de productividad y búsqueda de nuevas formas de hacer. Así mismo, será la oportunidad de revisar la estrategia comercial, que normalmente no existe en las clínicas, explorando nuevas vías y formas de ejecutarla para conseguir las cifras de ventas previstas.

2. Proceso continuo de revisión de la estructura de gastos. Debe ser un ejercicio que debe convertirse en un habito y una "obsesión". Para ello es necesario contar con un panel de control que nos permite, tras definir algunos indicadores, saber en cada momento las posibles desviaciones que se puedan producir. Es un compañero de viaje esencial para vigilar la evolución de la compañía. NO tener esta herramienta es una de las causas mas habituales de perdida de beneficios.

En esta época de crisis, formar a los odontólogos en el uso de técnicas y métodos de gestión moderna de centros sanitarios se convierte en una necesidad imperiosa

3. Muchas clínicas se mueven en una rentabilidad final de entre un 5% y un 10%. Si conseguimos **subir los precios de los tratamientos** en un porcentaje igual a esas cifras estaremos duplicando los beneficios de la clínica con solo hacer un esfuerzo en la hoja de calculo. Ese incremento es margen de contribución completo. Me he encontrado con la resistencia inicial de odontólogos a realizar estos cambios, por albergar ciertos prejuicios o temores en relación a este asunto. Cuando lo hemos llevado a la practica, se ha demostrado que, en los pocos casos de caídas de ventas que hemos experimentado, éstas se han cubierto con creces con el aumento exponencial de beneficios. No es necesario hacer grandes esfuerzos en ventas sino grandes esfuerzos en aumentar beneficios y eso a veces se consigue por vías mas sencillas y simples
4. **Usar el teorema de Pareto en nuestro portafolio de tratamientos.** Debemos revisar la rentabilidad de cada uno de nuestros tratamientos y hacer con ello un *ranking* por rentabilidad de los mismos. A partir de ahí debemos orientar nuestra política comercial de forma clara y univoca hacia la promoción de esos servicios. Al mismo tiempo, debemos ver el porcentaje que cada uno de ellos supone en nuestras ventas globales. Normalmente el 80% de nuestros esfuerzos son los que generan el 20% de la rentabilidad. Hay que trabajar en aumentar la rentabilidad de esos tratamientos, abandonando aquellos a los que no podamos sacar más rendimiento. Al mismo tiempo, poner foco en ese 20% que realmente genera el mayor volumen de margen. Un movimiento claro tendente a incentivar esos productos mas rentables en detrimento de resto es lo que nos va a permitir que podamos aumentar la rentabilidad de la clínica. Por tanto, foco en tratamientos de alta rentabilidad y abandono del resto
5. La ultima recomendación para generar mas rentabilidad es hacer políticas comerciales agresivas de venta. Las clínicas suelen vivir de las llamadas ventas pasivas. De las personas que entran en la clínica por referencias o proximidad Es necesario invertir en técnicas de marketing para aumentar la afluencia de pacientes. A ello, hay que unir el uso intensivo de lo que denominamos el "tesoro" de la empresa que es la base de datos de pacientes. Es vital conseguir aumentar número de compras por cliente y aumentar el tique medio para con el mismo esfuerzo generar más beneficio, en un claro ejemplo de apalancamiento comercial.

Por tanto como resumen:

- Establecer la meta de beneficios fijos y gastos revisables
- Política de reducción de gastos continua como una obsesión del equipo
- Aumento de precios para generar margen limpio de forma exponencial
- Incentivar los tratamientos de máxima rentabilidad
- Incremento en la inversión en marketing y apalancamiento con la base de clientes

6 HÁBITOS QUE TE HARÁN MEJORAR COMO LÍDER

Dr. Alberto Manzano
CEO & Fundador de Plan Synergia



Te propongo un pequeño ejercicio. Piensa en todos los miembros de la plantilla de tu clínica durante unos segundos. Son los que te han ayudado a llegar hasta donde estás. Está bien... puede ser que hayas llegado donde estás incluso "a pesar" de alguno de ellos... Aunque vamos a centrarnos en esas personas que te facilitan el trabajo y, por lo tanto, la vida.

Son los apagafuegos de la clínica, las que mandas a recepción cuando un paciente comienza a elevar la voz, la que sabes que es algo importante cuando ves su teléfono en tu móvil. Son esas personas que quieres tener siempre a tu lado. Pero... ¿haces algo para que eso ocurra, o simplemente esperas que no le ofrezcan un trabajo mejor remunerado, más cercano o con mayor responsabilidad?

Una encuesta de Watson Wyatt (firma internacional especializada en capital humano) señala que más del 50% de las compañías dicen no tener una estrategia formal para retener a los empleados. Quizá suene ilógico si sabemos lo que cuesta -en tiempo, dinero y energía- formar a una persona valiosa en tu clínica.

Posiblemente estés pensando ahora en los incentivos económicos. Sin embargo, los estudios afirman que las motivaciones van mucho más allá. Hablamos de acciones y actitudes que hagan que los empleados se sientan exitosos, seguros y apreciados.

Una estrategia efectiva es aquella que se enfoca en lograr 4 elementos principales: Desempeño, comunicación, ser un ejemplo y tener éxito empresarial. Vamos a verlos uno a uno.

1. Desempeño. Estudio tras estudio se confirma que las personas tienen un profundo deseo de sentir que tienen éxito. Cuando tus auxiliares sienten que su trabajo contribuye al funcionamiento de la clínica, entonces empiezan a desarrollar un sentido de pertenencia.

Para ello, cada miembro de tu equipo debe sentir que está alcanzando las metas propuestas, y esto implica proponerle objetivos claros y realistas. ¿Y tú, propones objetivos a tus empleados?

2. Comunicación. ¿Cómo sabes cómo se siente tu auxiliar de gabinete o tu recepcionista? ¿Sabes si está involucrada al 100% o por el contrario está escuchando o buscando otras ofertas? Es fundamental buscar, al menos, una hora a la semana para hacer reuniones de equipo. Entre otras muchas

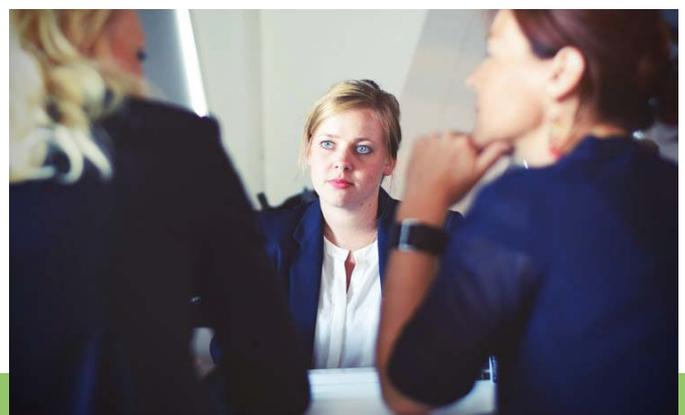
funciones, las reuniones son una excusa perfecta para hablar de estos temas, o que ellas tengan un lugar tranquilo y diseñado específicamente para la comunicación con los compañeros y contigo.

3. Sé un ejemplo. Todos los años Aon-Hewitt hace una encuesta en miles de trabajadores sobre los motivos principales para no cambiar de empresa. Los incentivos económicos y el reconocimiento suelen estar en la parte más alta de la tabla junto con el sentirse orgulloso de su jefe. Un jefe con aptitudes de líder, honesto y que realiza su trabajo correctamente es ya de por sí un motivo para no querer cambiar de clínica.

4. Éxito empresarial. La gente quiere trabajar para un ganador. Tener éxito profesional te permitirá tener una clínica más avanzada tecnológicamente, más bonita, con puestos de trabajo más especializados, y con una posibilidad de pagar más a tus compañeros que en las clínicas de alrededor. Ser la encargada de recepción no es lo mismo que ser "la que coge el teléfono, y aspira de vez en cuando, mientras limpia el material, cuando no está cobrando al paciente". ¿En qué puesto crees que se sentirá más orgullosa de estar tu "apagafuegos" cuando hable con sus amigas?

Por desgracia, el éxito en los tratamientos dentales no tiene por qué ir unido al éxito económico. Por nuestra experiencia, el éxito económico depende mucho más de otros factores como puede ser el saber comunicar correctamente, aptitudes de liderazgo, inversión en marketing (que no publicidad), o gestión económica. Pero estos son otros temas que trataremos en otros números de la revista.

Por último, me gustaría acabar con una cita del gran Stephen Covey, que dice "Las personas dependientes necesitan de otros para conseguir lo que quieren. Las personas independientes consiguen lo que quieren gracias a su propio esfuerzo. Pero son las personas interdependientes las que, combinando sus esfuerzos con los de otros, logran un éxito mayor".



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

FINCLINIKS®
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL



CONVENIO
CON NUEVAS
FINANCIERAS

infórmese en
918 291 241

¡NOVEDAD!

**NUEVA PLATAFORMA AUTOMATIZADA,
MUCHO MÁS SENCILLA Y ÁGIL**

🌐 www.fincliniks.com | ✉ info@fincliniks.com



GSK CONSUMER ESPAÑA EN TWITTER

Estrena nueva cuenta corporativa

Un canal en el que la compañía compartirá novedades, investigaciones, estudios e informaciones sobre las distintas opciones de formación dirigidas a profesionales de salud bucodental

La nueva herramienta de comunicación de GSK Consumer ya está disponible bajo el nombre @GSK Consumer_ES

La nueva cuenta de Twitter albergará toda la información de GSK Consumer España, así como las novedades de la compañía y todas sus marcas -entre las que se encuentran Parodontax, Corega y Sensodyne-. Asimismo, desde este canal anunciarán todas las formaciones activas dirigidas a los profesionales de la salud como por ejemplo el último webinar *“Salud bucodental en tiempos de pandemia”* patrocinado por GSK. Se publicarán datos de interés y actualidad relacionados con el sector de la salud y el autocuidado, además de entrevistas a los profesionales sanitarios con los que trabajan a diario.

“Sin duda, el estreno de nuestra propia cuenta de Twitter es una fecha que hemos marcado en el calendario de GSK” afirma Helen Tomlinson, directora general de GSK Consumer Healthcare España. ***“Para nosotros simboliza una nueva ventana al mundo exterior para saber qué piensan, qué necesitan y qué esperan de nosotros las personas a las que dirigimos nuestros esfuerzos profesionales. Un nuevo espacio para seguir promoviendo la importancia que está adquiriendo el autocuidado en nuestra sociedad y una nueva oportunidad para seguir conectando con los profesionales de la salud y nuestros consumidores”.***



Ciclo de webinarios TICARE

Sobre ajuste y mantenimiento de hueso



Está disponible y accesible desde la home de *Implant Training* el ciclo de tres webinarios dedicados al ajuste implante-pilar y su importancia para cuestiones fundamentales como el mantenimiento de hueso. Incluye la exposición de las investigaciones realizadas sobre el gap O frente a bacterias con implantes Ticare y comparativa entre marcas.

Mariano Sanz & Juan Blanco

“Hablamos sobre el mantenimiento del nivel de hueso periimplantario”

Modera Prof. Hom-Lay Wang

Juan Blanco

“Cambios en el nivel de hueso marginal interproximal en implantes colocados a nivel óseo rehabilitados con puentes diseñados por cad cam directo a implante o con pilares intermedios. Un estudio clínico aleatorizado”

Modera: Dra. Assumpta Carrasquer

Carlos Larrucea

“¿Qué sistema de conexión implante/pilar nos asegura el éxito en la rehabilitación oral? Estudios comparativos”

Modera: Dr. Arturo Sanchez



Las personas con periodontitis tienen casi 9 veces más posibilidades de fallecer si sufren COVID-19

Según un estudio multinacional fruto de la colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad McGill de Montreal y la Universidad de Qatar, publicado en *Journal of Clinical Periodontology*,

También tienen 4,5 veces más probabilidades de necesitar ventilación asistida y aproximadamente 3,5 veces más posibilidades de ingresar en una UCI.

Registran niveles sanguíneos especialmente elevados de marcadores inflamatorios relacionados con un peor resultado de la COVID-19.

Este estudio se ha llevado a cabo entre marzo y julio de 2020 con datos de los registros médicos electrónicos nacionales en el estado de Qatar, incluyendo a 568 pacientes con COVID-19. “El resultado de esta investigación ha demostrado que la periodontitis está significativamente asociada con la gravedad de la afectación por COVID-19 y con el desarrollo de sus complicaciones; por eso, los pacientes con patología periodontal deberían consultar con su dentista para recabar el diagnóstico y tratamiento adecuado, y así disminuir el riesgo de sufrir complicaciones si se infectan con el virus SARS-CoV-2”, según apunta el Prof. Mariano Sanz, uno de los coordinadores del estudio y codirector del Grupo de Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontales) de la Universidad Complutense de Madrid.

Las enfermedades periodontales, y principalmente la periodontitis -señala el profesor Sanz-, han mostrado que actúan como un factor complementario en el aumento de la infectividad gravedad de la enfermedad COVID-19, lo que destaca una vez más la necesidad de implementar medidas preventivas y terapéuticas para reducir la carga global de periodontitis”.

Igualmente, este estudio pone de manifiesto que las personas con periodontitis muestran un nivel en sangre significativamente superior de marcadores relacionados con un peor resultado de COVID-19.

Además de la relevancia de estos resultados, el coordinador científico de la Fundación SEPA, Miguel Carasol, recuerda que “la periodontitis se ha relacionado estrechamente con la neumonía en pacientes hospitalizados o que necesitan ventilación asistida”.



El Dr. Carasol señala como “imprescindible prestar mucha atención a la higiene bucal y la administración de antisépticos orales en los entornos hospitalarios para reducir esta posible colonización orofaríngea; pero, además, también se deben reforzar el diagnóstico y tratamiento de las personas con periodontitis a nivel de la población general, con el fin de disminuir posibles riesgos adicionales si precisaran un ingreso hospitalario a causa de la infección por coronavirus”.

Todas estas evidencias, en palabras del presidente de SEPA, Antonio Bujaldón, “son especialmente importantes si se tiene en cuenta el elevado número de personas que actualmente tienen periodontitis en nuestro país, en muchos casos no diagnosticada”. En la última Encuesta de Salud Oral en España (de 2020) se indica que entre un 25-34% de adultos tienen bolsas periodontales, revistiendo un carácter severo en el 8% de los adultos jóvenes y el 12% de los adultos mayores.

Estos datos fueron presentados en rueda de prensa online el pasado día 3 de febrero y la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) expondrá estos y otros importantes avances el próximo 15 de abril en el II Congreso Multidisciplinar COVID-19, que tendrá lugar del 12 al 16 de abril de 2021 y contará con la participación de 60 sociedades científicas.

Sepa.



Nuevo catálogo de ofertas especiales NSK

Desde el 1 de febrero hasta el 31 de agosto de 2021

A partir del 1 de febrero del 2021 y hasta el 31 de agosto de 2021 estarán disponibles las nuevas ofertas especiales de NSK Dental Spain. El archivo estará disponible en la web de NSK (www.nsk-spain.es) para su descarga en formato PDF. Dentro del catálogo podrás encontrar las mejores ofertas de los productos desarrollados por NSK y dentro de los diversos apartados profesionales de instrumentación odontológica se ofrecen con precio especial. Podrán encontrar los nuevos productos que NSK ofrece, el contra-ángulo Z95L SW, el contra-ángulo zigomático SGX-E20R, la pieza inalámbrica de pulido iProphy, el nuevo Endo-Mate D2 y el kit para higiene bucal, Smilebox. Las empresas y los profesionales pueden efectuar sus pedidos a través de la amplia red de distribuidores de NSK en España.



EXPODENTAL
SCIENTIFIC
CONGRESS

24-26
JUNIO
2021

Jaime A. Gil y Nacho Rodríguez, Presidente y Vicepresidente de
Expodental Scientific Congress 2021



El Expodental Scientific Congress programado para los días 24-26 junio acogerá también en su primera edición en el programa científico al simposio SEPES DIGITAL coordinado por el Dr. Guillermo Pradíes. Esta jornada, centrada en el entorno digital de la odontología, tendrá lugar el primer día del congreso y contará con la participación de ponentes referentes en entorno digital y también con sesiones de debate coordinadas por el Dr. Pradíes y por el Dr. Miguel Roig.



Mozo Grau & TICARE

25 años en la historia de la implantología española



Hace ahora 25 años, Fernando Mozo Grau, vinculó su vida a la historia de la implantología, una historia plagada de éxitos y con la satisfacción de haber prestado y seguir prestando un gran servicio a la familia odontológica y a sus pacientes.

Tenía 27 años cuando comenzó, entonces compraba implantes en EEUU, no fabricaba. Su compromiso recibió el apoyo de importantes maxilofaciales y llegó a ser el primer *sponsor* que tuvo una sociedad científica, la SECOM.

Al poco de empezar se trasladó a Estados Unidos concretamente a San Diego, donde pudo formarse, y en cuatro años, cuando tuvo un control absoluto de los procesos comenzó a fabricarlos.

Tras situarse como uno de los referentes en España, en 2008 empezó su fase de internacionalización, abriendo una filial en Polonia, hasta hoy en que está en numerosos países habiendo llegado al mercado chino, con el reto de llegar a Estados Unidos.

Una empresa que además de la tecnología tiene un gran activo, su personal. Junto a Fernando siempre están sus más próximos colaboradores, Ángel Mozo y Glenda Esteban y las numerosas personas que forman este equipo compacto y comprometido.

Su implicación en la formación continuada es otro distintivo de Mozo Grau, el apoyo a congresos de sociedades científicas y sus eventos propios como su congreso bienal de Actualización en Implantología, el último en febrero de 2020, "Evidencia Científica para la práctica diaria" un mes antes de la declaración del estado de alarma. Una marca que nunca ha impuesto a sus ponentes nada, es posible ver en un congreso de TICARE imágenes con implantes de otras marcas, porque la empresa Mozo Grau siempre ha apostado por la formación sin límites.



La producción de Mozo Grau siempre ha estado avalada por profesionales e instituciones externas e independientes.

Su participación en proyectos de investigación y publicación es intenso, destacan por su relevancia dos Cátedra de Investigación; La Cátedra Extraordinaria Mozo-Grau de investigación básica y aplicada en implantes dentales en la UCM bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz y la Cátedra Institucional Ticare en Investigación en osteointegración y terapéutica con implantes de La Universidad de Santiago dirigida por el Prof. Juan Blanco. También es Patrono del Minesota Dental Research Center for Biomaterial and Biomechanics (Universidad de Minesota).

Desde Odontólogos de hoy queremos felicitar a Fernando Mozo Grau y a todo su equipo por estos veinticinco años de éxito.





GSK | health partner

El nuevo portal exclusivo para profesionales sanitarios

Conéctate a la actualidad de la **SALUD**

SENSODYNE

COREGA

parodontax



Visita virtual



www.gskhealthpartner.com/es-es/