

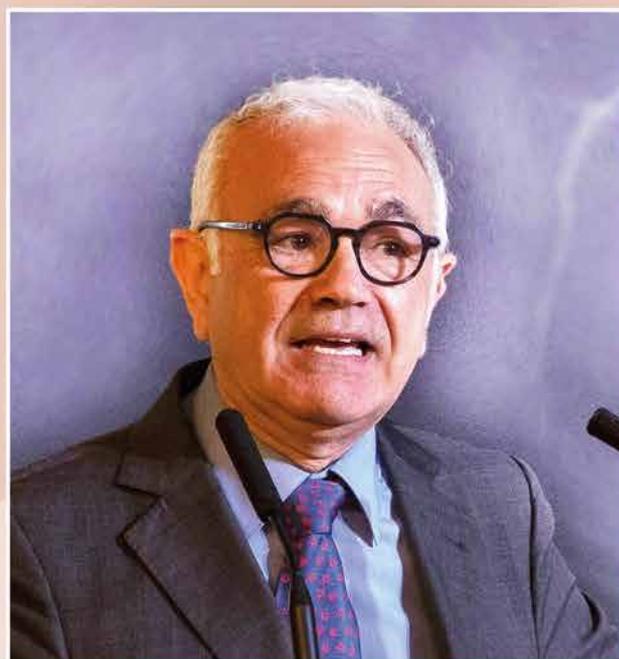
ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral
Volumen 11
Nº 53 junio-julio 2022



José María Martínez González

Presidente de Sociedad Española
de Gerodontología



Manuel María Romero Ruiz

Presidente de la S. Andaluza
de Cirugía Bucal



Éxito del Congreso SEGER Oviedo 2022





gapZero ticare

EL IMPLANTE LIBRE DE
FILTRACIÓN BACTERIANA

Siempre que se utilicen aditamentos Ticare



Tissue
Caring

Sumario

Editorial	05
Opinion	06
🕒 El ascensor. Todo lo que sube, baja	
Tribuna de salud pública	08
🕒 Otra decepción para la salud pública dental	
Actualidad	10
🕒 Congreso de la Sociedad Española de Gerodontología	
🕒 SEPEs DIGITAL ACADEMY	
🕒 Mariano Sanz	
🕒 IV Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal	
🕒 Estudio realizado bajo el paraguas de la Cátedra Ticare con la UCM	
🕒 Reunión conjunta SEMO-SECIB	
🕒 SEOC Pamplona 2022	
🕒 Diego Murillo Carrasco regresa a la Presidencia de AMA	
🕒 IFEMA MADRID y Fenin ponen en marcha ORAL-TECH, II Forum Internacional de Expodental	
🕒 65 Reunión del International College of Dentists. Sección europea en Oporto	
Entrevista	26
🕒 José María Martínez González	
🕒 Manuel M ^a Romero Ruiz	
Ciencia y salud	34
🕒 Casos clínicos Patología Oral	
🕒 Innovaciones en el manejo del bruxismo y los desordenes del sistema masticatorio	
Historia de la Odontología	44
🕒 Los vendajes maxilo-faciales de Francisco Canivell	
Empresas	51
🕒 Dr. Alberto Monje y Ticare: Formación en el Colegio de Dentistas de Ciudad Real	
🕒 Dr. Alberto Monje, Dr. Jerián González y Ticare: Formación en el Colegio de Dentistas de Tenerife	
🕒 PerioCentrum y Ticare: Curso de manejo de tejidos blandos	
🕒 Ticare proveedor de implantes del Servicio de Salud de las Islas Baleares	
🕒 Outlet de instrumental odontológico	
🕒 Conferencias Ticare en SEPA disponibles en diferido	
Espacio literario	52
🕒 "LOS MANGUTAS" El arte de aprobar por los servicios prestados	
Gestiona tu consulta	56
🕒 Qué pasos debo de seguir para constituir una sociedad	

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

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

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA 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

**Distribución exclusiva a odontólogos,
estomatólogos y cirujanos maxilofaciales**

Nuevo equipo UniQa



KAVO
Dental Excellence



**Te ofrecemos las mejores
marcas del mercado y el
mejor servicio post-venta**



**¿Quieres que te mostremos
todas las novedades?**



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Editorial

ODONTÓLOGOS de hoy



La profesión abandonada a su suerte

Si hay algo peor que no tener comandante, es tener un comandante incompetente

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Dos hechos significativos han sacudido a la profesión odontológica estos días.

Uno de ellos lo recoge detalladamente Javier Cortés en la Tribuna de Salud Pública de este mismo número y a ese artículo remito a los lectores, es la "Ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud".

El otro es el rescate a la cadena de "Clínicas Vivanta" aprobado por el Gobierno de España.

Con un préstamo a cargo del fondo para empresas estratégicas de la SEPI, dependiente del Ministerio de Hacienda. Este fondo que se creó el 3 de julio de 2020 con una dotación de 10.000 millones, tras los últimos rescates aprobados, sólo ha repartido 3.256 millones, el 32,56% del total, entre 30 compañías.

Vivanta empresa propiedad del fondo de capital riesgo Portobello, recibirá 40 millones (20,4 millones en préstamo participativo y 19,6 millones en otro ordinario).

Según la decisión adoptada por el Gobierno de España, Vivanta es una compañía estratégica, algo incomprensible en un país donde existen unos 40.000 dentistas autónomos, que una empresa con 200 clínicas resulte de interés estratégico.

Entre las ofertas de servicios de estos centros están la estética, los implantes y la endodoncia. Nos centramos en estos tres a modo de ejemplo de lo que resulta de contradicción con las acciones de este mismo gobierno.

La dotación presupuestaria para la ampliación de la cartera de servicios es de 44 millones de euros y no se contemplan ni la estética, ni los implantes, lo cual es muy comprensible, sobre todo la estética. Con los implantes añadimos un dato que nos aporta Javier Cortés, cita textual "(*Odontólogos de hoy N.º 41 2020*), las franquicias suponen el 8% de las clínicas dentales en España, pero colocan, ojo al dato: El 35% de los implantes dentales! Quien no lo quiera ver, señores responsables políticos de velar por la seguridad y la salud de la población, es que está ciego".

El Gobierno de España en su Plan excluye la endodoncia y hasta la considera ensañamiento terapéutico.

Las voces desde la organización colegial no se han hecho esperar, pero como siempre tarde. Todo el día oyendo las auto loas de su presidente para acabar peor de como empezamos.

Cuando colisionan dos vehículos en circulación, hay un responsable doloso que es quién lo provoca y tiene la mayor culpa, pero en muchas ocasiones hay otro responsable que no supo evitarlo por distracción, impericia u otra causa.

Aquí a quien le corresponde evitar esto es al presidente del Consejo General de Dentistas de España, que permanentemente está recordando que es el único interlocutor de la profesión.

Asuma de una vez su impericia, deje de distraerse con festejos y recogidas de premios y medallas y haga por la profesión algo que no sea recaudar cuotas de los colegiados.

El ascensor. Todo lo que sube, baja

Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD
 Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prosthodontia
 Presidente de Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC
 Universitat Internacional de Catalunya



Un día como hoy, a finales de curso, con la canícula en plena actividad, me levanto temprano con la certeza de que, como viene siendo normal, hoy también va a subir todo, incluida la temperatura. Me temo que con toda seguridad, cuando hojee el diario, veré que sube el precio de la luz, el de los combustibles y el de la crispación política. También que cuando vaya al supermercado habrá subido el precio de los alimentos y cuando llegue a la Universidad, próximo ya el cierre académico, habrá subido el número de odontólogos. Probablemente iré por la tarde a la consulta a comprobar que los precios de los materiales y los costos de personal también se han disparado. Desde luego lo que tengo claro es que el ciudadano común, cuando le hablan de la ley de la gravedad ya no piensa en que todo lo que sube baja, siguiendo las pautas que expuso Newton. Ahora más bien cree que lo de la gravedad se refiere a lo complicado que se está poniendo el asunto para llegar a fin de mes. El costo de la vida sube, pero no baja nunca. Sin embargo, los dentistas, que en el imaginario común, conformamos una especie diferente, poco sensibilizada a los avatares económicos de la población y con una disponibilidad monetaria por encima de la media, sabemos que lo que no sube son los pacientes, el volumen de los tratamientos, los beneficios y desde luego tampoco nuestros precios. Todo lo contrario, los precios privados ya nos encargamos de contenerlos de motu proprio por la cuenta que nos trae, dada la competencia existente y los que nos abonan las mutuas ya se encargan ellas de ver como rebajarlos. Y en la sanidad pública lo que sube es la demanda pero no la oferta.

De todo ello tiene culpa, con toda seguridad, la malhadada inflación que no deja de ser el aumento excesivo de algo. A nadie le gusta la palabreja pero todos desayunamos con ella. Uno acaba pensando que si a mí me suben las cosas lo que he de hacer es trasladar la subida a lo que yo vendo o al servicio que yo presto. Total, que el problema no está en la subida, sino en la subida "excesiva", término este último absolutamente subjetivo y que depende, obviamente, de las expectativas que cada uno tiene en su vida cotidiana. Así pues, la inflación es como la falsa moneda que cantaba Imperio Argentina: "de mano en mano va y ninguno se la queda". Excepto los dentistas, que nos comemos la inflación,

además del IVA, en nuestros precios. Pero por otro lado en concordancia con el pueblo llano nuestras expectativas siguen siendo las máximas. Pese a la dureza del mercado, los odontólogos (muchos de ellos), aspiran a trabajar de lunes a viernes, dejando alguna tarde o mañana libre para sus cosas personales y a percibir por esas 4 medias jornadas mensuales emolumentos acordes a sus expectativas. A entrar a las 16 en la clínica y poder acabar los pacientes a las 20 horas para estar pronto en casa. A disfrutar de vacaciones veraniegas y viajes al exterior y en definitiva a disponer de unas condiciones económicas y laborales que distan bastante, la mayor parte de las veces, de la realidad que nos ofrece el mercado. Y todo eso pese a que los contratantes buscan dentistas con experiencia para trabajar pero los dentistas no tienen experiencia sino consiguen trabajo. Un bucle perverso al que no contribuye la enorme plétora profesional, es decir la inflación, el crecimiento excesivo del número de odontólogos. Ciertamente un problema que se ve de diferente manera según si eres político, gestor, dentista, empleador o si vives de la enseñanza.

Finalmente, en la calle ya, yendo a buscar el coche, descubro que el ambiente no es tan caliginoso como mi mente apuntaba. No puedo ir por el mundo con esa actitud. No es positiva y no es buena para mi paz interior. Hoy hace un día brillante y limpio. Luce un sol esplendoroso, inmisericorde, eso sí. Así que empiezo a pensar que seguramente Newton debería tener razón y todo lo que sube finalmente acaba por bajar, que la inflación es algo coyuntural y pasajero y que nuestras autoridades sabrán como ponerle coto. En cualquier caso solo 100 años después de que Newton hablara de la caída de la manzana, Burton y Horner ya habían inventado el ascensor demostrando lo fútil de obsesionarse con las cosas y la facilidad con que se puede invertir la dirección del movimiento. También me doy cuenta que hemos de mantener altas nuestras expectativas para que el mundo siga adelante y que probablemente he debido haber dormido mal esta noche por culpa del sofocante calor. Incluso me alegro de que ayer hubiera tenido que dejar el vehículo a tres manzanas de casa porque así además de hacer ejercicio me ha dado tiempo a corregir mi desánimo matutino. Sin embargo... ¡¡¡mierda ¡¡¡. Me he dejado las llaves del coche en casa.



HASTA
30
SEPT

Y además...



TORNEOS DE PÁDEL Y TENIS



TORNEO DE GOLF



MORNING RUN



Plazas limitadas. No te quedes sin la tuya.

No te quedes sin participar en el evento organizado para la **noche del viernes al sábado**. Una noche diferente donde el **color blanco** será el protagonista en un entorno mágico, buena música y muchas ganas de pasarlo bien

CENA-FIESTA

SEPES GRAN CANARIA, ciencia y mucho +

Inscríbete con la mejor tarifa en

www.congresosepes.org/2022grancanaria/



Otra decepción para la salud pública dental

Comentarios al Plan para la ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud

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



Lo que viene a continuación se resume en una palabra: decepción. El Consejo de Ministros en su reunión del 14 de junio ha aprobado el *Plan para la ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*. Igualmente aprobó el *Proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS*. Conocer su contenido ha sido una enorme decepción. Este Plan es “más de lo mismo”, es un “darle vueltas al chocolate”. Aunque a fuer de pensar en positivo -que no le acusen a uno de derrotista y puntilloso- creo que presenta algún aspecto novedoso, algún otro meramente decorativo y muchas lagunas que intentaré desarrollar a continuación.

“La dirección del proyecto y el equipo técnico ministerial parece que no ha contado con ningún profesional de la odontología”

En su balanza positiva es necesario reconocer que el Ministerio de Sanidad hace una apuesta por estudiar, analizar y reconocer la necesidad e insuficiencia de los servicios de Salud Bucodental en nuestro SNS. Para la elaboración del plan se creó un Grupo de Trabajo que ha contado con representantes de las Comunidades Autónomas y de la profesión a través del Consejo General y de sociedades científicas. Sin embargo, la dirección del proyecto y el equipo técnico ministerial parece que no ha contado con ningún profesional de la odontología. Basta con leer el documento completo para darse cuenta de ello. Y entre los colaboradores externos parece que alguno no conoce esta área sanitaria o, simplemente, la enjuicia mal. Solo así se pueden entender algunas de las afirmaciones de colaboradores incluidas del apartado final. Cito textualmente alguna: “...hay que descartar cada vez con más vehemencia los tratamientos pulpares por caries como la endodoncia de molares.../... por su elevada tasa de fracaso y el ensañamiento terapéutico que supone”; o más adelante: “Por el mismo motivo no son viables ni necesarias obturaciones o pulpotomías/pulpectomías en dentición decidua”. Está bien reconocer que en las

actuales circunstancias no se pueden financiar, pero decir que son ensañamiento terapéutico y que no son necesarias... ¡Qué barbaridad!

Entre los objetivos del plan hay que alabar el que se incluya la necesidad de **homogeneizar las prestaciones** para enfrentar las inequidades que se dan actualmente según la CA en la que se resida. También que se reconozca la necesidad de diseñar **sistemas de información**, herramientas imprescindibles para la dirección y gestión de los servicios. Sin esas herramientas no es posible la evaluación de los servicios. Lo que no menciona el documento es la necesidad de contar con **dirección estratégica y unidades de gestión** de servicios de SBD tanto a nivel nacional como regional, en los que un odontólogo/estomatólogo esté al frente. A día de hoy pocas CA lo tienen y desde luego no existe a nivel nacional. Esto es prioritario y lo contrario es empezar la casa por el tejado. Estas cuestiones han sido reclamadas desde diversos ámbitos y desde hace tiempo, así como en los Informes sobre Servicios de SBD editados por SESPO.

El documento hace un análisis pormenorizado de los servicios y prestaciones existentes, pero no así de la experiencia de gestión de estos servicios en varias comunidades desde hace ya más de 30 años. Además, elude la gran cantidad de información, publicaciones y análisis de esta área de la salud que se ha generado desde el nacimiento de los PADI en los años 90. Hasta la fecha, se han publicado tres ediciones del *Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España* y diversos autores, entre los que me encuentro, han publicado estudios sobre el estado de la SBD en nuestro país y su situación epidemiológica.

“La endodoncia excluida”. “Está bien reconocer que en las actuales circunstancias no se pueden financiar, pero decir que son ensañamiento terapéutico y que no son necesarias... ¡Qué barbaridad!”

El Plan se denomina de “ampliación” de la cartera común de servicios. Es cierto que hay algo de ampliación, pero poco. De entrada, la mayoría de las prestaciones (para 6-14 años, embarazadas y discapacitados) ya están reconocidas desde el RD 1039/2006, y no son ninguna novedad. Por el contrario, este nuevo plan limita las obturaciones respecto del Decreto anterior ya que solo se contemplan “...en lesiones que no se asocien con daño pulpar irreversible producido por caries”. La endodoncia, excluida; recordemos las extravagantes afirmaciones mencionadas anteriormente. Si hubieran consultado los datos, que existen y son muchos, habrían conocido que en las CC.AA donde sí está reconocida, la endodoncia supone en estas edades el 0,01-0,08% de los tratamientos (véase los informes de gestión de Navarra y País Vasco). Entiendo que si no se dispone de recursos propios para ello, se pueden externalizar.

La novedad más importante y ciertamente positiva es que **se incluyen los niños/as de 0 a 5 años** con prestaciones preventivas. Porque la otra ampliación, las asimismo prestaciones preventivas para **personas diagnosticadas de procesos oncológicos del área cervico-facial**, es un auténtico “brindis al sol”. Un ajuste de última hora para adornar el plan y justificar la ampliación.

Entre las carencias del plan cabe destacar como más relevantes:

1. La **financiación** es a todas luces insuficiente. Se han asignado algo más de 44 millones de euros (Ley 22/2021, PGE) cuando el gasto en 2019 sólo de las comunidades que informan sobre el mismo (8 de 17) y solo para la atención infanto-juvenil fue superior a 48 millones.
2. No concreta la **vía de provisión** de estos servicios. El proyecto de Ley sobre universalidad y cohesión del SNS aprobado el mismo día, contempla que el modelo será el de “gestión directa” entendida ésta como “administración del sector público institucional” aunque deja abierta la vía “excepcional, justificada y motivada objetivamente” de gestión indirecta, es decir, externa. Se obvia la experiencia positiva de 30 años de sinergia público-privada en la prestación de servicios dentales.
3. Tampoco hace una valoración de los **recursos humanos necesarios** para la implementación de estas prestaciones y así cumplir con los objetivos de homogeneización y equidad de acceso. Si la vía preconizada desde el Ministerio de Sanidad es la de gestión directa, será necesario ampliar el dispositivo asistencial en aquellas comunidades que no

opten por la concertación con el sector privado. Porque los recursos humanos empleados en el sector público en esta área son claramente insuficientes. El plan sí concreta que: “... los equipos o unidades de salud bucodental estarán compuestos por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicos auxiliares en cuidados de enfermería”. Se deberán contratar muchos de estos profesionales. ¿La asignación presupuestaria lo ha tenido en cuenta?

4. El **calendario** de implementación es, sencillamente, incumplible.

“La dirección del proyecto y el equipo técnico ministerial parece que no ha contado con ningún profesional de la odontología”

Este nuevo plan cumple un propósito propagandístico y aporta poco a una planificación seria de esta área de la salud.

La experiencia habida de provisión mixta durante más de 30 años en las CC.AA. con PADI debería servir para algo. Esta experiencia ha sido exitosa y así se ha reconocido en diversos trabajos publicados. Todos los agentes implicados la han valorado positivamente: la población, el financiador y el proveedor. El Ministerio no lo valora, o mejor dicho, los nuevos responsables lo ignoran.

Durante muchos años, los responsables políticos de las otras comunidades que no tienen PADI, no han implementado con toda su fuerza las prestaciones reconocidas desde el año 2006. No han dotado a las unidades de salud bucodental de recursos suficientes, ni de dirección estratégica, ni de dispositivo asistencial. Y no me digan que desde 2006 no han tenido tiempo. Este mundo de la salud pública dental es pequeño. Hay muchos profesionales de las unidades SBD que derrochan entusiasmo en su labor asistencial, preventiva, de promoción y educación de la salud pero que no se han visto apoyados por una Administración que no ha valorado su importancia. Hay que repetirlo una vez más hasta que se comprenda: la salud oral es parte inseparable de la salud general. Este nuevo plan cumple un propósito propagandístico y aporta poco a una planificación seria de esta área de la salud.

Congreso de la Sociedad Española de Gerodontología

Oviedo 2022

Durante los días 2-4 de junio se celebró en Oviedo el XX Congreso Nacional y IX Internacional de la Sociedad Española de Gerodontología (SEGER), bajo la presidencia del Dr. Silverio Blanco del Campo.

El inicio se hizo con la celebración de un "Simposium Covid-19 para jóvenes dentistas" con la presencia, entre otros del presidente y expresidentes de la SEGER.



José López, Eugenio Velasco, J. M. Martínez y Andrés Blanco Carrión.

Se presentaron diferentes trabajos de investigación que fueron evaluados por un jurado. Fueron premiados con una dotación económica subvencionada por el Colegio de Odontólogos de Asturias las tres mejores ponencias, recayendo dichos premios en Luis Sánchez-Labrador (UCM), YasmineAbouzahr (USC) y Rocío Martín Muñoz (URJC).



Jurado y premiados en el Simposium Covid

El desarrollo del programa científico contó con prestigiosos ponentes nacionales e internacionales que abordaron todos los aspectos odontológicos que afectan a la población adulta mayor, con especial relevancia en Medicina Oral, Prótesis Bucofacial, Terapéutica Dental, Implantología y Periodoncia.

La sesión de la mañana fue dedicada a Medicina Oral, moderada por M^a Luisa Somacarrera y en la que intervinieron José Manuel Aguirre Urizar, Emilio Esteban González y Carmen Martín-Carreras Presas.

Continuó la sesión con una primera mesa dedicada a la Implantología, moderada por Eugenio Velasco Ortega, y en la que participaron Jesús Moreno Muñoz y Miguel Peñarocha.

Finalizada la sesión científica tuvo lugar el acto de inauguración que fue presidido por Dña. Lourdes García López (concejala de Educación del Ayuntamiento de Oviedo); D. Alfonso López Muñoz (Vicerrector de Estudiantes de la Universidad de Oviedo); D. Silverio Blanco del Campo (presidente del Comité Organizador); D. José Gutiérrez Rodríguez (presidente de la Sociedad de Geriátrica Asturiana) y D. José M^a Martínez-González (Presidente de la SEGER).

Un total de 104 comunicaciones en formato oral y póster fueron presentadas durante el viernes 3 de junio por parte de profesionales y alumnos de Máster de las diferentes Universidades españolas.



Profs. Andrés Blanco y Abel García, junto a estudiantes de la Universidad de Santiago.



Profs. J. López y Martínez, junto a estudiantes de la Universidad de Barcelona.

Durante la sesión del viernes tarde, se continuó abordando temas implantológicos, moderados por Fernando Fernández Cáliz y exponiendo sus experiencias Adaia Valls Ontañón y Fernando Duarte.

Finalizó esta sesión bajo la moderación de M^a Jesús Suárez García con la mesa sobre Prótesis.

En la misma jornada se obsequió a todos los asistentes con el último libro de la trilogía de Dientes Retenidos, editado por los Laboratorios Normon y del que son autores los Dres. Martínez-González, Cortés-Bretón, Martín Ares y Martínez Rodríguez.

Durante la Asamblea Ordinaria tuvo lugar la renovación de la Junta Directiva, siendo reelegido como presidente el Dr. José M^a Martínez-González quien agradeció la confianza depositada por los asambleístas, presentando a la nueva Junta Directiva que le acompañaran durante los próximos cuatro años (Dres, Egido Moreno, Martín Ares, Moreno Muñoz, Olmos González, Rivas Mundi-



David Herrera, J. M. Martínez-G., Mariano Sanz, J. Liñares, Juan Suárez Quintanilla, Andrés Blanco, Jorge Megía y Antonio Montero.

ña, Ruiz Sáenz, Sánchez-Labrador, Santos Marino, Suárez García y Truchuelo Díez).

Al finalizar la sesión del viernes todos los conferenciantes, asistentes y patrocinadores del congreso fueron amenizados con una "Espicha en el Hotel Reconquista", saboreando los productos típicos asturianos.

La sesión del sábado comenzó con una mesa dedicada a Terapéutica Dental moderada por Matías Ferrán Escobedo, interviniendo Juan Liñares y Antonio Montero Martínez.

La última sesión, dedicada a la Periodoncia, y moderada por Marian del Canto Pingarrón contó con la participación de Alberto Monje, David Herrera y Mariano Sanz.

La clausura del Congreso fue presentada por Luis Jesús Rubio Alonso (maestro de ceremonia) y en la que estuvieron M^a Josefa Fernández Cañedo (Directora General de Cuidados, Humanización y Arención Sociosanitaria); José M^a Martínez-González (presidente de la SEGER); Antonio Montero (presidente del Colegio de la I Región); Dr. Jesús Fryeiro González (presidente del Colegio de Asturias); y Silverio Blanco del Campo (presidente del Congreso) quien tuvo palabras de agradecimiento al Principado de Asturias, Ayuntamiento de Oviedo, Colegio de Odontólogos de Asturias, ponentes, asistentes, expositores comerciales y secretaría técnica por su presencia y apoyo para este congreso.

Al finalizar el congreso tuvo lugar una comida de confraternización en la que el presidente de la SEGER agradeció a los asistentes y animó para que el próximo año SEGER León 2023 bajo la organización de los Dres. Del Canto, Alobera y Sevilla, sea todo un éxito.



Del Canto, Alobera y Martínez González.



Ofertas Especiales

HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2022

Surgic Pro MICROMOTOR PARA IMPLANTOLOGÍA

OPCIÓN 1

Surgic Pro

REF. Y1003587
• Incluye Micromotor SG70M

2.999€*
6.314€*



OPCIÓN 2

Surgic Pro

REF. Y1003587
• Incluye Micromotor SG70M

2.999€*
6.168€*



OPCIÓN 1

Surgic Pro **LED**

REF. Y1003586
• Incluye Micromotor SGL70M

3.999€*
8.557€*



OPCIÓN 2

Surgic Pro **LED**

REF. Y1003586
• Incluye Micromotor SGL70M

3.999€*
8.311€*



* Los precios no incluyen iva. Ofertas limitadas hasta el 31 de Agosto de 2022 o hasta fin de existencias.

SEPES DIGITAL ACADEMY



SEPES celebró el pasado 11 de junio un evento formativo innovador en la Facultad de Odontología de la UCM a clínicos, técnicos e ingenieros, expertos la mayoría y noveles en otros casos, interesados en nuevos protocolos de digitalización y en cómo implementarlos en la clínica diaria.

El Prof. Guillermo Pradíes, diseñó y coordinó un programa de talleres y conferencias muy específico en el que los veinte ponentes que intervinieron, abordaron temas como los protocolos de escaneado, la planificación con diferentes softwares, las guías de tallado para hacer carillas de cerámica, los sistemas para realizar registros mandibulares, el diseño digital e impresión 3D de los provisionales, las técnicas chairside, la cirugía protésicamente guiada, etc.



Con la premisa de que la digitalización no sea un camino lleno de dificultades y enigmas y que los clínicos puedan desenvolverse de una forma segura y sencilla, SEPES concibió este original evento que además de las sesiones puramente científicas como los talleres y conferencias contó con una nutrida exposición comercial especializada. Además, como broche de oro los asistentes, por equipos, pudieron disfrutar de una actividad lúdica de ESCAPE ROOM centrada en el tema de digitalización

El decano de la facultad de Odontología de la UCM, el Prof. Gonzalo Hernández Vallejo, y el Prof. Guillermo Pradíes, presidente de SEPES, hicieron referencia en el acto de apertura oficial al Convenio de Colaboración institucional que ambas entidades, Universidad Complutense y SEPES han suscrito recientemente y bajo cuyo acuerdo se ha celebrado este evento.

Cone Beam 3D Imaging
NewTom
what's next

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18

Campos para estudios especializados.
La mayor resolución del mercado
(Voxel 68m)



Equipos Stern Weber
Calidad, al mejor precio.
Trabaja cómodo,
trabaja tranquilo
SAT PROPIO

Mariano Sanz

Doctor *Honoris Causa* por la Universidad Médica de Varsovia

Mariano Sanz, catedrático de Periodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, ha sido nombrado Doctor *Honoris Causa* por la *Warszawski Uniwersytet Medyczny* de Varsovia.

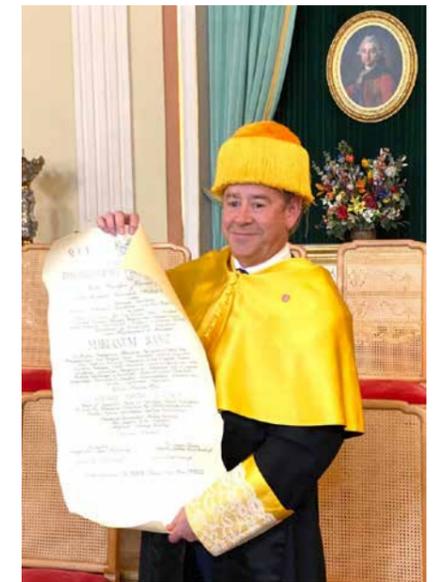
La ceremonia oficial estuvo presidida por el Rector de la Universidad Médica de Varsovia, Prof. Zbigniew Gaciong, en un acto solemne que tuvo lugar en el Gran Salón de la Asamblea del Castillo Real de Varsovia, declarado Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO. Junto al Rector, participaron otros dos Vicerrectores polacos, Piotr Pruszczyk y Paweł Włodarski, que leyeron en latín el texto del diploma entregado. También la Vicedecana de la Facultad de Medicina Dental, Agnieszka Mielczarek, justificó los méritos del profesor Sanz, tanto por sus contribuciones científicas y académicas, como por su apoyo a la Odontología y a la Periodoncia en Polonia, desde que en 1992 acudió por

primera vez a un encuentro científico en Varsovia.

En su discurso, Mariano Sanz expresó su agradecimiento a la Universidad Médica de Varsovia por la distinción y destacó, entre sus colaboraciones con Polonia, a las figuras de la profesora Maria Wierzbicka, tristemente fallecida, y a la doctora Anieła Brodzikowska, muy ligada a España y la Universidad Complutense, donde fue investigadora visitante. Sanz destacó la conexión entre las enfermedades periodontales y la salud general como uno de los aspectos más relevantes de la ciencia odontológica actual, y de su propia investigación.

Mariano Sanz estuvo acompañado por una delegación oficial de la Universidad Complutense, presidida por el Decano de la Facultad de Odontología, Gonzalo Hernández Vallejo.

Este es el quinto reconocimiento internacional como Doctor *Honoris Causa* del



Mariano Sanz, tras haber recibido idéntica distinción por las Universidades San Sebastián (Chile), Gotemburgo (Suecia), Coimbra (Portugal) y Buenos Aires (Argentina).



IV Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal Cádiz 2022

Hotel Hipotels Barrosa Park, en Sancti Petri, Chiclana, en el que se han puesto sobre la mesa Relevante el éxito alcanzado en esta cuarta edición, que ha tenido en las instalaciones de los avances científicos más destacados en la especialidad odontológica en torno a más de un centenar de profesionales de la cirugía bucal. El simposio tuvo como maestros de ceremonia a la Delegada Territorial de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, Isabel Paredes; el presidente de la AACIB, el Dr. Manuel María Romero Díaz; el presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal, el Dr. Daniel Torres; el presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, el Dr. Ángel Carrero Vázquez, el presidente del comité organizador del IV congreso AACIB, el Dr. José Ramón Corcuera y el Decano de la Facultad de Odontología de la US, el Dr. José Luis Gutiérrez. Más de 120 participantes se dieron cita en Sancti Petri en una jornada científica donde se expusieron y se debatieron casos prácticos del día a día de nuestros profesionales. Las nuevas técnicas y las tendencias en el proceder de esta especialidad odontológica centraron las seis ponencias de este Congreso. “Ha sido una enorme satisfacción poder reunir a tantos profesionales y ponentes de último nivel en nuestra tierra y proponerles no solo un programa científico atractivo sino un tiempo de convivencia con colegas que tienen nuestra misma pasión, en un entorno de ensueño. Estamos muy satisfechos por haber conseguido un Congreso que supone un antes y después en la Asociación”, manifestó el doctor Manuel María Romero Ruiz, presidente de la AACIB.

A su vez, el presidente del Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, el doctor Ángel Carrero Vázquez, puso especial hincapié en “el deber y la necesidad de ofrecer a los colegiados acciones de formación continua, congresos y programas de investigación en el ámbito de la cirugía bucal”, de ahí el respaldo del colegio profesional gaditano para la cita. Sumándose a su alegato, el decano de la Facultad de Odontología de la US, el doctor José Luis Gutiérrez, declaró: “te-

nemos la responsabilidad ante la sociedad y ante nuestros propios pacientes de orientarnos hacia la excelencia y estar en proceso de permanente mejora de calidad de nuestra asistencia.

Finalmente, la delegada territorial de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, Isabel Paredes, cerró el turno de intervenciones durante la inauguración resaltando la alta participación de “profesionales que persiguen la mejora del conocimiento, lo que asegurará la calidad asistencial de cara a los pacientes y en beneficio de la sociedad, que es el objetivo que todos perseguimos”.

La primera ponencia de la jornada, bajo el título ‘Cirugía Mucogingival: más allá de las recesiones’, estuvo a cargo del doctor Manuel Toledano Osorio. La segunda fue pronunciada por el doctor Alberto Ortiz Vigón, bajo el título ‘Aumento óseo vertical, eficiencia clínica y percepción del paciente’. En torno a las doce del mediodía, el doctor Pedro Lázaro Calvo ofreció la conferencia sobre ‘Reconstrucción ósea horizontal y vertical mediante el uso de membranas (ROG) frente a la utilización de bloques o láminas óseas’. Una hora después, el turno para la ponencia del doctor Sergio García Bellosta: ‘Flujo digital y manejo de tejidos para el éxito en implantes anteriores’. Sobre las cuatro de la tarde, se reanudó la sesión con el doctor Argimiro Hernández Suárez quien habló al auditorio sobre ‘Nuevos paradigmas de la oseodensificación’, y tras la misma, la doctora Esther Muñoz Soto con la ponencia ‘Uso del plasma en cirugía bucal e implantología. Cuando y Por qué’. La jornada científica del IV Congreso de la AACIB afrontó su recta final con dos ponencias, ‘Cirugía plástica periodontal. De lo simple a lo complejo’, de manos del doctor Javier Gómez Esteban, y ‘Uso del ácido hialurónico en el tercio inferior facial’, por la doctora Gema Angulo Manzanque. Sin duda, un grupo de expertos que nos mostraron con sus exposiciones y su experiencia hacia dónde va la cirugía bucal: tratamientos menos invasivos, más humanización



en el trato con el paciente y nuevas técnicas de trabajo basadas en las nuevas tecnologías y donde la calidad humana del profesional es la base fundamental.

Premios a las mejores comunicaciones:

El Premio al mejor trabajo presentado como comunicación formato Póster de investigación recayó en María Baus Domínguez, con el título “Metalotioneínas en el fracaso del tratamiento con implantes dentales y periodontitis en pacientes Síndrome de Down: Validación de resultados” y firmado por María Baus Domínguez; Raquel Gómez Díaz; Guiomar Martín Lozano; Fernando Iglesias Martín; José Luis Gutiérrez Pérez, Daniel Torres Lagares, María Ángeles Serrera Figallo; Aída Gutiérrez Corrales.

Por su parte, Elena López-Andrade Giménez ha sido ganadora del Premio al mejor trabajo presentado como comunicación formato Póster Clínico, titulado “Opciones de tratamiento para sectores posteriores de maxilares atrofiados, a propósito de 3 casos”. Firmado por Elena López-Andrade Giménez, Esther Muñoz Soto; M^a Nuria Romero Olid.

De igual modo, Rocío González de Tena fue ganadora de accésit en la comunicación formato Póster Clínico, con el trabajo “Atrofia severa en mandíbulas posterior: Técnica de Khoury. A propósito de un caso”. Firmado por Rocío González de Tena, Federico Villarruel Alberca; Ginés Aranda Herrías, Aída Gutiérrez Corrales y Daniel Torres Lagares.



José Luis Gómez fue el ganador de accésit en la comunicación formato Póster de Investigación, con el trabajo titulado “Comparación entre la colocación de implantes con la técnica a colgajo y sin colgajo: revisión bibliográfica”. Firmado por José Luis Gómez López; Íñigo Fernández-Figares Conde; Daniel Torres Lagares.



Estudio realizado bajo el paraguas de la Cátedra Ticare con la UCM

El Prof. Mariano Sanz presentó en el congreso SEPA los resultados de este estudio.



RESULTADOS

Cuarenta pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo RS (n = 20) o al grupo HS (n = 20). **El cambio medio del nivel de hueso marginal entre el inicio y los 12 meses fue de -0,05 mm para el grupo HS (Híbridos) y 0,05 mm para el grupo RS**, sin diferencias significativas entre ellos (p = .199). De manera similar, no se observaron diferencias significativas en resultados clínicos, microbiológicos o PROM entre los grupos.

Ambos diseños de implantes demostraron un excelente resultado clínico, microbiológico y radiográfico. Estos resultados están de acuerdo con varios artículos (ver las referencias), sin diferencias significativas entre implantes de ambos tipos de superficies; sin embargo, el cambio en el nivel del hueso marginal reportado en esos otros estudios fue claramente mayor que los obtenidos en este estudio.

Estas diferencias pueden explicarse por las características de los **implantes híbridos utilizados en nuestro estudio**, que combinan las ventajas de presentar una superficie de implante moderadamente rugosa grabada al ácido (es decir, RBM-TC) **para mejorar la osteointegración y una conexión implante-pilar muy estable**. “De hecho, los implantes utilizados en esta investigación han mostrado que están **libres de microfiltraciones** cuando se aplican fuerzas de torque de 20 N o más”.



El estudio “Resultados a un año de implantes dentales con un macrodiseño de superficie híbrida colocados en pacientes con antecedentes de periodontitis. Ensayo clínico aleatorizado” se ha realizado bajo el paraguas de la Cátedra Ticare con la Universidad Complutense de Madrid, dirigida por el Prof. Mariano Sanz.

El estudio se ha publicado en Journal of Clinical Periodontology en noviembre de 2021 (Benjamín Serrano, Ignacio Sanz-Sánchez, Katherine Serrano, Eduardo Montero, Mariano Sanz. One-year outcomes of dental implants with a hybrid surface macro-design placed in patients with history of periodontitis: A randomized clinical trial. Journal of Clinical Periodontology, 1-11).

La Cátedra Extraordinaria entre la Universidad Complutense de Madrid y Ticare, bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz, fue creada para el desarrollo de investigación y de planes de formación de implantología en España y fuera de España, confiere estabilidad a los proyectos de investigación que durante años se desarrollan con la UCM

[Puedes consultar el abstract en: <https://www.ticareimplants.com/estudios-medicos/>].

Bienvenido a la digitalización



Más allá de la tecnología probada del i700



Fuera cables

Sin cables, el escaneo es cómodo desde cualquier ángulo. Escanee áreas proximales sin esfuerzo y sin restricciones de movimiento



Rápido. Preciso. Conectado

La velocidad de escaneo es de hasta 70 FPS. Precisión de arco completo 10,9 $\mu\text{m} \pm 0,98$



Compacto y ligero

Excelente equilibrio de peso, incluso con una batería conectada para mayor comodidad

MEDIT



Medit i700 Wireless

Te ofrecemos las mejores marcas del mercado y el mejor servicio post-venta

¿Quieres que te mostremos todas las novedades?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es



Reunión conjunta SEMO-SECIB

... Te la perdiste ... Te la contamos ...

Dr. A. de Juan Galíndez



“Actualización en Osteonecrosis de los Maxilares inducida por Medicación”

Con esta acertada iniciativa de estas dos sociedades SECIB y SEMO, tan sinérgicas en cuanto a la salud oral, emprende un ciclo colaborativo a fin de desplegar y asentar conceptos en temas y retos que los pacientes nos plantean. Donde por un lado el Diagnóstico temprano y preciso, en la competencia de la **Medicina Oral**, y por tanto el tratamiento específico que en muchos de este caso es quirúrgico, competencia de la **Cirugía Bucal**, con una coordinación precisa incide en el éxito en el manejo de las patologías en estos pacientes. Mejorando con esta colaboración en la prevención de sus complicaciones.

Para esta primera colaboración se eligió un tema de importante repercusión en nuestro medio como es la **Osteonecrosis de los Maxilares inducida por medicación**. Importe tanto por su prevalencia como por el aspecto preventivo. Donde el propio conocimiento de la existencia de esta posibilidad y el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos son claves en la prevención del proceso en sí, como de sus complicaciones. Considerada casi como una “epidemia” en el considerado “primer mundo” dada las expectativas vitales de nuestra sociedad, las exigencias de longevidad y calidad de vida que nos exigimos.

Coordinado y presentado por la **Dra. Pilar Gándara Vila** por parte de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) y por el **Dr. José Manuel Somoza Martín** por parte de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB).



Dra. Pilar Gándara Vila



Dr. José Manuel Somoza Martín

Inició la jornada la **Dra. Leticia Bagan** con la presentación: **“Etiopatogenia de la osteonecrosis de los maxilares inducida por medicación. Nuevos fármacos asociados”**. Definió los factores y describió los medicamentos que producen

esta condición. Destacó que la etiopatogenia primaria cada vez más se considera un tipo de osteomielitis infecciosa crónica con necrosis que debido al estado del tejido óseo bajo la influencia de los medicamentos anti-resortivos, anti-angiogénicos, ante unas condiciones especiales del paciente (pacientes oncológicos ...) desarrolla un proceso necrótico de difícil control, con importante dolor en la mayoría de las veces. Factor este último que condiciona la clasificación de estos procesos. Clasificados por la asociación americana (Ruggiero 2022), no sin polémica, en 4 estadios (Estadio 0 con factores favorecedores, pero sin ningún tipo de clínica. Estadio 1 exposición ósea sin dolor. Estadio 2 subdividido en A y B donde hay proceso inflamatorio infeccioso y dolor con necrosis de extensión moderada y Estadio 3, fuera de la competencia del odontólogo).



Dra. Leticia Bagan



Dr. Manuel María Romero

Siguió **Dr. Manuel María Romero** con **“Prevención de la osteonecrosis de los maxilares inducida por medicación. Protocolos de actuación. Drug Hollidays. Puesta al día.”** Primero acotó el riesgo de padecer este proceso con el tratamiento de Bisfosfonatos dependiendo del tipo de administración y el tiempo de este. Distinguió además el riesgo dependiendo de si el medicamento sea Bisfosfonato o Denosumad. Ya que su mecanismo de acción es distinto y el efecto sobre el tejido óseo en el caso de los Bisfosfonatos perdura en el tiempo, a diferencia de los otros. Volvió a incidir en la etiopatogenia del proceso que se identifica como Infeccioso/inflamatorio en el origen del proceso osteonecrótico. Defendió la eficacia de las claves de prevención en aquellos pacientes de riesgo, siendo un primer objetivo identificar a estos pacientes y es ahí donde cobra importancia la determinación del Estadio 0 (Ruggiero 2022). Presento protocolos de prevención que clasifica bajo cuatro aspectos, con relación a si ha empezado o no el tratamiento con medicamentos implicados y en relación de si el motivo de tratamiento es por Osteoporosis o por un proceso Oncológico.

Clasificando a los pacientes en Grupos de Bajo riesgo o Alto Riesgo según las combinaciones de estos cuatro parámetros. Siendo un factor determinante en cuanto al aumento del riesgo si el tiempo de tratamiento con estos medicamentos es mayor de 3 años.

Dr. Mario Pérez Sayáns habló sobre el **“Manejo del paciente con osteonecrosis de los maxilares inducida por medicación. Tratamiento conservador”**. Destacó los protocolos preventivos como lo más eficaz en el manejo de estos pacientes. Solo hay que hacer tratamiento ante el fracaso de la actitud preventiva. Defendió el antibiograma como prueba importante a la hora de elegir el antibiótico a emplear. Destacó que tiene sentido el tratamiento conservador en los estadios 0 y 1, empezando en los estadios 2 a complementar este con tratamiento quirúrgico preciso, en ámbito “ambulatorio” en este estadio. Donde tiene lógica, según comentó, usar LASER y el uso de PRP o LPRF como técnicas complementarias para favorecer la regeneración tisular. Denotando que a partir del estadio 3, el tratamiento quirúrgico debe ser ya en medio especializado con servicios de soporte vital



Dr. Mario Pérez Sayáns



Dr. Jose Luis Gutierrez

La última presentación fue a cargo del **Dr. Jose Luis Gutierrez**. Su presentación fue: **“Manejo de las osteonecrosis de los maxilares”** compartiendo primero la idea de que en este proceso la prevención y el tratamiento médico o quirúrgico están muy correlacionados. Siendo su diagnóstico un diagnóstico clínico, basado en la anamnesis donde los datos clave son el síntoma dolor y el signo exposición ósea maxilar con una persistencia de al menos 8 semanas, con antecedentes de tratamientos médicos farmacológicos y/o antecedentes de tratamientos físicos como la radioterapia. El tratamiento de este proceso debe ir ligado al control y tratamiento de los condicionantes de salud del paciente que puedan condicionar la evolución de las comorbilidades en esta patología como es

la diabetes, que sea fumador, enfermedades autoinmunes, proceso neoplásico... Saber si el paciente puede, por su condición, suprimir el tratamiento antiresortivo o antiangiogénico coordinando con el especialista prescriptor. Destacó que más del 80% de las ONM son inducidas por actuaciones o traumas previos, entre ellos quirúrgicos. Por ello el conocimiento con una completa y precisa **Historia Clínica** de los pacientes bajo nuestra responsabilidad, nos va a detectar previamente el riesgo del paciente a poder sufrir este tipo de procesos y nos va a poder condicionar o indicar la necesidad o no de realizar determinados tratamientos odontológicos con la seguridad adecuada dada la susceptibilidad del paciente a padecer osteonecrosis o sus complicaciones.

Terminada la ronda de la exposición de las presentaciones programadas, los moderadores dieron paso a la ronda de debates. Si las presentaciones podemos definir las como esclarecedoras y brillantes. El debate suscitado por las preguntas presentadas por los asistentes se condujo de forma magistral y fue tan esclarecedor como las propias exposiciones regladas.

Se resumió la jornada concluyendo:

- La necesidad de una historia clínica completa del paciente donde se refleje su estado de salud, la existencia o no de comorbilidades, fármacos prescritos usa habitualmente que puedan condicionar el riesgo de padecer este tipo de proceso.
- Las actuaciones preventivas son determinantes. No existen marcadores biológicos predictivos fiables.
- Es necesario un Estadiaje clínico integral una vez desarrollado el proceso donde se engloben hallazgos clínicos y radiológicos.
- El tratamiento del dolor es imperativo, estando indicado los AINEs de inicio. El tratamiento antibiótico debe ser el específico en cada caso.
- La cirugía en los estadios precoces debe ser mínimamente invasiva.
- La cirugía (desbridamiento/saneamiento/resección/reconstrucción) está indicada a partir del estadio 2. Debiendo estar adecuadamente planificados
- Es necesaria mayor evidencia científica para conocer la etiopatogénica de la ONM tanto en el ámbito de biología molecular como en su correlación terapéutica.

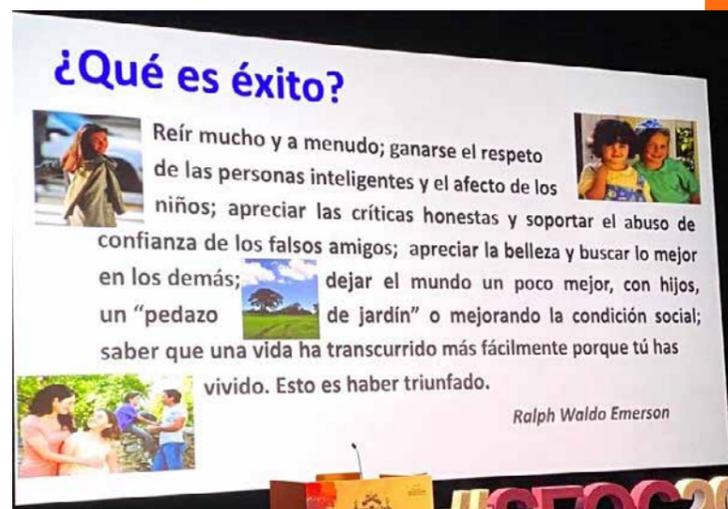
SEOC Pamplona 2022

Los pasados días 12, 13 y 14 de mayo la Sociedad Española de Odontología Conservadora y Estética, celebró su XXIV Congreso Nacional y XI Internacional en la ciudad de Pamplona. El alto nivel de ponencias y actos sociales, cubrieron las expectativas de los asistentes al congreso.

El congreso de Pamplona se estructuró en tres áreas diferenciadas, pero a la vez muy interrelacionadas como son la endodoncia, la odontología conservadora y estética y las nuevas tecnologías, tan útiles hoy día en los tratamientos odontológicos. Contó con un alto nivel de ponentes, los mejores de cada área: Benjamín Martín Biedma, Beatriz Martín, Giuseppe Cantatore, Ferrán Llanzana, Rafa Vila, Guillermo Pradies, entre otros... Así como con un amplio programa de talleres de carácter muy práctico que complementaron la formación

Dentro del congreso se programó el I Encuentro Nacional de Profesores de Odontología Conservadora, una iniciativa surgida del propio carácter de la SEOC donde profesores de toda España en el campo de la odontología compartieron e intercambiaron conocimientos, inquietudes y experiencias docentes. Se debatió sobre los contenidos -y su reparto en los cursos- de la Patología y Terapéutica Dental en las diferentes universidades. Se puso de manifiesto la gran dispersión de contenidos y la diferente organización de cada Universidad.

Especial mención merece también la sesión sobre cariología con un amplio programa en la que participaron: F Javier Cortés



(ex U. de Barcelona): cómo ha evolucionado esta enfermedad en el Homo Sapiens y su conceptualización; nuevo Currículo de Cariología para la universidad española, Carmen Llena (U. de Valencia): enfoque de la enfermedad basado en el riesgo y la actividad, María Melo (U. de Valencia): puesta al día de los avances y nuevas herramientas en diagnóstico de lesiones, Victoria Fuentes (U. de Granada): diferentes posibilidades del tratamiento no operatorio de las lesiones de caries y Jenifer Martín, (U. de Sevilla): nuevo abordaje del tratamiento operatorio basado en la remoción selectiva de tejido enfermo y la preservación de la vitalidad dental.



Diego Murillo Carrasco regresa a la Presidencia de AMA

Vuelve después de que Luis Campos haya renunciado al cargo por motivos personales



El Consejo de Administración de AMA, la Mutua de los Profesionales Sanitarios, ha aceptado la renuncia, por motivos personales, de Luis Campos a la presidencia de la mutua a la vez que ha elegido por unanimidad a Diego Murillo Carrasco como nuevo presidente, cinco años después de renunciar a la primera línea de mando.

A.M.A Grupo obtuvo en beneficio bruto de 13,4 millones de euros en 2021, un 12,29 % más con respecto al año anterior, lo que representa un 9,4% de las primas imputadas netas del reaseguro, según se ha puesto en conocimiento de los mutualistas en la Asamblea General Ordinaria celebrada hoy en su sede central de Madrid.

Este crecimiento se debió, según el presidente de A.M.A., Luis Campos, al trabajo "incansable" del Grupo que "nos ha permitido mantenernos un año más como entidad líder" en el sector sanitario. Destaca el extraordinario dato de productos contratados que ha crecido un 7,8% hasta alcanzar la cifra de 1.134.472.

Es reseñable también el incremento de asegurados hasta la cifra récord de 749.483 al finalizar 2021, de manera que en un solo año se han registrado 69.407 nuevos asegurados.

En lo que se refiere a Ama Vida, la sociedad presidida por el Dr. Diego Murillo, ha logrado mejorar de forma muy significativa sus resultados, consolidándose en el sector profesional sanitario como uno de los referentes, ocupando un lugar destacado dentro de los seguros colectivos de Vida.

Oscar Castro excluido del Consejo de Administración de AMA

En la Asamblea General Ordinaria del pasado día 27 de mayo, Oscar Castro presidente del Consejo General de Dentistas resultó excluido del Consejo de Administración de AMA para el nuevo periodo que se inicia.

IFEMA MADRID y Fenin ponen en marcha ORAL-TECH, II Forum Internacional de Expodental



nancia con esta gran feria de referencia internacional.

De esta manera, se ha presentado **ORAL-TECH, II Forum Internacional de Expodental**, la marca que toma el relevo de EXPODENTAL SCIENTIFIC CONGRESS, con el reto de integrar en un único espacio las últimas innovaciones de las empresas que lideran el sector con los contenidos más actuales durante dos días en los que los más destacados expertos compartirán sus experiencias y sus ideas inspiradoras con los asistentes.

ORAL-TECH nace con el objetivo de ser un foro único en el que las empresas puedan presentar sus soluciones en el área de equipamiento con las tecnologías digitales, instrumental y nuevos materiales para clínicas y laboratorios dentales. Ofrecer una plataforma 100% orientada a dar a conocer de forma práctica y formativa todas las innovaciones de la industria y que al mismo tiempo permita equilibrar el tradicional impulso comercial que ofrece Expodental.

El creciente avance de la tecnología y la consiguiente necesidad de actualización de los profesionales para mantenerse en la vanguardia del sector ha impulsado nuevamente a IFEMA MADRID y a la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, **Fenin**, a liderar la organización de un evento multidisciplinar, que bajo el paraguas de **Expodental**, se celebrará en años impares en alter-



65 Reunión del International College of Dentists. Sección europea en Oporto



la Fundación creada en la Sección Europea a través de la cual se canalizan dichas ayudas. En estos momentos, hay tres *Fellows* españoles que han recibido ayudas económicas para financiar sus proyectos solidarios.

En la segunda semana de junio se celebró en Oporto la 65 Reunión del International College of Dentists, ICD. Hace 102 años se creó el ICD, tiene más de 12000 miembros y está presente en 125 países alrededor del mundo. Se accede como miembro del ICD por invitación y por los méritos profesionales, académicos y acciones solidarias en beneficio de la Sociedad. Es una Sociedad Profesional sin ánimo de lucro en la que una parte importante de las cuotas anuales va destinada a obras sociales relacionadas con la odontología a través de la Philip Dear Foundation, que es

En Oporto, en una impresionante ceremonia en el Palacio de la Bolsa, fueron admitidos los nuevos miembros de los diferentes Distritos, entre ellos los nuevos miembros españoles, los Doctores: Roberto Aza, Conchita Curull, José Luis de la Hoz, Begoña Lopez Areal, Margarita Lopez Areal, Vanessa Paredes, Juan Ignacio Rodriguez, Jesús Santos y Mónica Taboada

Acabada la Ceremonia nos emplazamos para el año que viene en Amsterdam el fin de semana del 24 de junio.



Hablamos con José María Martínez González

Presidente de SEGER



Doctor en Medicina y Cirugía, Veterinaria y Odontología. UCM. Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM. Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB). 2009-2012. Presidente del Fellow European of Oral Surgery. 2009-2016. Presidente de la Sociedad Española de Gerodontología (SEGER). 2018 hasta la actualidad.

La pandemia ha sido un antes y será un después. ¿Cómo ha incidido en la actividad de SEGER?

La pandemia sufrida provocó grandes cambios que afectaron a los profesionales y por ende a las sociedades científicas. Todas sufrimos la suspensión de innumerables citas en forma de congresos, reuniones, simposios o cursos, teniendo que recurrir a la formación online que si bien fue una alternativa, dejaba a un lado algo tan esencial como es la presencialidad y el contacto directo con nuestros compañeros.

En este 2022 y en una situación algo más controlada de la pandemia se ha vuelto a reanudar la mayoría de las actividades en la que hemos observado que todavía persiste cierta reticencia por algunos profesionales para reintegrarse en las mismas.

La SEGER, al igual que otras sociedades entiende que es necesario algo más de tiempo para recuperar la normalidad preparando y haciendo visible las actividades presenciales habituales. El hecho de haber descubierto la formación online, no debería superponerse a las actividades clásicas porque cuando hablamos de ciencia la interacción es fundamental y el contacto directo es insustituible.

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

En general deberíamos pensar que sí. Creo que los llevamos años en la profesión hemos ido acumulando experiencia de la misma forma que nuestros pacientes han avanzado en edad por

lo que nuestra comprensión hacia estos adultos mayores es más sencilla.

Me gustaría pensar que los odontólogos más jóvenes muestran dotes de sensibilidad a este grupo poblacional, escuchándoles, entendiéndoles y pensando que algunos tratamientos que podrían ser aplicados a pacientes de menor edad, no tienen por qué ser los más adecuados, por muy rentables que sean.

Recientemente han celebrado el congreso anual de SEGER, este año en Oviedo. ¿Qué valoración nos puede hacer de este evento?

Para la Junta Directiva de la SEGER, ha sido una gran satisfacción volver a reanudar nuestro congreso sobre el que destacaría algunos aspectos.

El primero su ubicación en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Oviedo, marco incomparable dotado de unas grandes infraestructuras y sobre el que el Ayuntamiento de Oviedo ofreció una amplia colaboración.

Otro aspecto destacable ha sido el excelente plantel de ponentes nacionales e internacionales que han demostrado su apoyo a nuestra sociedad transmitiendo sus conocimientos de forma desinteresada. Aprovecho estas líneas para agradecer la labor del presidente del Congreso, el Dr. Silverio Blanco del Campo y su comité organizador por todo el esfuerzo realizado.

Así mismo, destacaría la participación de la mayoría de los alumnos máster de las diferentes universidades españolas que a través de sus comunicaciones orales y póster han puesto de

relieve el alto nivel de la investigación en el campo de la Gerodontología.

Por último, el apoyo de la industria y en particular de los patrocinadores oficiales de la SEGER, porque su ayuda es esencial para la realización de este tipo de eventos.

¿Qué tipo de proyectos desarrolla SEGER y cuáles son sus planes para los próximos años?

Los principales proyectos para la SEGER siguen siendo la difusión de conocimientos, la internacionalización y el reconocimiento de la Gerodontología u Odontogeriatría en los planes de estudios de todas las Facultades de Odontología.

Para el próximo año 2023 pondremos a disposición de todos los profesionales el primer libro de Gerodontología Clínica con la editorial Elsevier y que viene a implementar las escasas referencias bibliográficas de textos sobre la atención del paciente adulto mayor.

Para ese mismo año, ya estamos trabajando en nuestro XXI Congreso Nacional y X Internacional que se celebrará en la ciudad de León bajo la dirección de los Dres. Mariano del Canto, Miguel Ángel Alobera y José Sevilla. Es un equipo extraordinario que cuenta con gran experiencia en la organización de congresos y por consiguiente estamos convencidos que será un gran éxito.

Para el próximo año 2023 pondremos a disposición de todos los profesionales el primer libro de Gerodontología Clínica con la editorial Elsevier

Otro de los grandes objetivos será potenciar nuestra sociedad a nivel internacional estableciendo convenios con diferentes países en los que la Gerodontología se encuentra ampliamente reconocida.

Por ello, queremos utilizar los diferentes cauces para hacer llegar a la conferencia de Decanos de las Facultades de Odontología la propuesta de incluir como materia troncal a la Gerodontología u Odontogeriatría.

Los cuatro años que tenemos por delante darán para muchos otros retos que a través de la nueva junta directiva se irán planteando y espero y deseo que al finalizar este mandato hayamos conseguido la mayoría de ellos.

¿Cuáles son los valores que aporta SEGER a la profesión?

Ha quedado reseñado en una de las preguntas anteriores el innegable envejecimiento poblacional y por consiguiente la necesidad de profesionales que entiendan los cambios biológicos y psicológicos que se van produciendo con la edad. Las necesidades terapéuticas pueden ser muy diferentes en función de tratarse de un paciente joven o adulto mayor.

Ya estamos trabajando en nuestro XXI Congreso Nacional y X Internacional que se celebrará en la ciudad de León bajo la dirección de los Dres. Mariano del Canto, Miguel Ángel Alobera y José Sevilla

La SEGER a través de su formación persigue ahondar en esos aspectos que requieren de unos conocimientos de dichos cambios y de otros aspectos médicos que pueden condicionar el éxito o fracaso de los tratamientos.

Los estudios epidemiológicos que desde la sociedad se vienen realizando y que han sido difundidos en diferentes medios, permiten entender las características de nuestros mayores y su repercusión en el estado de salud. No olvidemos, y la evidencia científica así lo demuestra, que un buen estado de salud oral guarda una estrecha interrelación con la salud general.

Usted lleva años ya en la profesión. ¿Cuál ha sido el cambio más notable en los últimos tiempos?

En efecto, más de cuarenta años. Creo que es difícil hablar de un solo cambio, pero me gustaría hablar de dos aspectos: el tecnológico y el profesional.

En relación al primero es innegable el avance que hemos conseguido con el desarrollo de las técnicas por imagen, y en concreto la incorporación del CBCT de forma casi rutinaria que ha resultado esencial para el desarrollo de la mayoría de las disciplinas odontológicas.

Otro avance importante se ha producido en el campo de la Implantología que se ha consolidado como un procedimiento terapéutico predecible y que con el desarrollo de diferentes biomateriales ha permitido el tratamiento de muchos pacientes en los que hace años tenían pocas alternativas.



José M. Martínez reunión de trabajo de SEGER junto a la vicepresidenta (María Jesús Suárez García) y el secretario (Pedro Luis Ruiz Sáenz).

Igualmente la incorporación continua del flujo diagnóstico está revolucionando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, haciendo más predecibles nuestros resultados.

A este avance positivo se han añadido otros aspectos que afectan a nuestra profesión y que al menos para mí resulta preocupante, me refiero a la mercantilización de nuestra profesión y su uso en las diferentes redes sociales.

Los que llevamos tantos años hemos podido observar un cambio generacional en el que, a través de redes sociales como Facebook o Instagram, algunos profesionales se han convertido en auténticos influencers promocionando sus resultados exitosos. No digo que esto sea ilícito pero me gustaría que también nos enseñasen sus fracasos, porque siempre he creído que se aprende mucho más de estos últimos.

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

Por supuesto que sí. Cuando hablamos de envejecimiento poblacional o adultos mayores refiriéndonos a aquellas personas mayores de 65 años, no debemos incurrir en el error de olvidar-

nos que la mayoría de ellos siguen teniendo actividades profesionales y sociales.

Una correcta función y estética de la cavidad oral se refleja en una armonía facial que en su ausencia puede repercutir en el estado psicológico del paciente.

Por eso no, debe causar sorpresa el aumento en la demanda de tratamientos estéticos como las carillas, alineamiento de dientes mediante tratamientos ortodóncicos, o en procedimientos de estética perilabial como la utilización, entre otros, de ácido hialurónico.

Una vez terminados los estudios de grado la formación continuada es básica para un buen ejercicio profesional. ¿Cree que la oferta formativa para los profesionales en España es suficiente para cubrir la necesidad de una buena Formación Continuada?

En general creo que la oferta de cursos es muy amplia y con objetivos muy diferentes entre las instituciones, centros, empresas o incluso particulares que ofrecen sus programas formativos.

Es evidente que muchos de ellos, están acaparados por áreas como la implantología, que representa un gran reclamo para los profesionales más jóvenes que son los más interesados en su realización.

Por el contrario, llama la atención como muchos profesionales mayores de 40-45 años dedican poco tiempo a este tipo de formación.

Bajo mi punto de vista, y así lo he transmitido en diferentes foros, es un modelo que debería institucionalizarse como obligatorio, de forma similar a lo que ocurre en países como Estados Unidos en los que todos los profesionales, para seguir ejerciendo, deben acreditar ante las instituciones sanitarias que han asistido a diferentes cursos que garanticen su puesta al día.

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

El área de la Odontogeriatría es abordada de forma muy diferente entre las Universidades españolas. Son muy pocas las que ofrecen la asignatura de la Gerodontología, mientras que en la mayoría queda diluida y entre otras materias.

Como he comentado con anterioridad, tanto a nivel personal como representante de una sociedad científica, creo que hay contenidos y características especiales suficientes para crear una disciplina totalmente independiente. De ahí que tengamos esperanza en que el nuevo plan de estudios considere la pertinencia de incluirla en su desarrollo curricular.

ODH: En el permanente debate sobre las especialidades, ¿qué posición debería ocupar la odontogeriatría?

Este es un debate que llevamos muchos años con él y que cuando parece que se pueden oficializar algunas especialidades vuelve a aparecer algún obstáculo.

Originalmente se presupone que la Ortodoncia y la Cirugía Bucal serán las primeras especialidades que se reconozcan, dado que así figuran en la mayoría de los países de la Unión Europea.

La evolución que se produzca tras la aprobación de éstas es fácilmente imaginable y quiero pensar que otras sociedades científicas, de forma legítima, solicitarán el reconocimiento de nuevas especialidades.

El posicionamiento de la SEGER seguirá siendo prudente y de colaboración con las instituciones colegiales, a la vez que firme en su creencia que en algún momento la Odontogeriatría o Gerodontología deberá ser reconocida como especialidad.

El área de la Odontogeriatría es abordada de forma muy diferente entre las Universidades españolas. Son muy pocas las que ofrecen la asignatura de la Gerodontología, mientras que en la mayoría queda diluida y entre otras materias

¿Cree que la formación de los nuevos odontólogos es la adecuada para enfrentarse a su salida de la universidad al reto de atender a sus pacientes?

Es evidente que la Odontología se contempla bajo la adquisición de diferentes competencias que son abordadas tanto en el aspecto cognitivo como sensomotor. La formación de cinco años permite a los nuevos egresados enfrentarse de forma general a los tratamientos más básicos, pero los tratamientos más especializados requieren de una formación complementaria que en el panorama actual solo se puede conseguir cursando estudios de Máster o cursos de especialización.

La experiencia que se consigue con el paso de los años y la autoexigencia de cada profesional en su formación postgraduada o continua marcará la trayectoria profesional de cada uno.

Hablamos con Manuel M^a Romero Ruiz

Presidente de la Sociedad Andaluza de Cirugía Bucal



Médico estomatólogo. Doctor en Medicina. Universidad de Cádiz. Máster en Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla European Board in Oral surgery Profesor del Equipo Docente y del Máster de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla Profesor Invitado del Máster de Periodoncia e implantes de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor del Máster de Periodoncia e implantes. Facultad de Odontología de Sevilla. Autor de varios libros (sobre el tercer molar incluido, implantología, osteonecrosis maxilar...), capítulos de libros, numerosos artículos. Dictante de numerosos cursos, seminarios y conferencias por toda España. Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Presidente de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal (AACIB)

Acaba de terminar el congreso de la A.A.C.I.B. (Asociación Andaluza de Cirugía Bucal). ¿Cuál es su valoración de este congreso?

Ha sido un Congreso muy especial. Hemos conseguido batir nuestros récords de asistencia con más de 120 asistentes, en un marco incomparable como el Novo Sancti Petri en Chiclana, que facilitó un Congreso de cercanía, familiar con una gran interacción entre los asistentes. Por otro lado, el nivel científico me ha parecido espectacular, tratándose temas de vanguardia y contando con ponentes ya consagrados junto con savia nueva que viene empujando y que ha estado a un altísimo nivel, encantando a una audiencia con un elevado porcentaje de gente joven, cosa que nos ha alegrado enormemente.

Este congreso ha sido el primer acto con gran visibilidad de su mandato como presidente de la sociedad. ¿Qué otros proyectos tienen en cartera?

Efectivamente, era muy importante para mí por ser el primero de mi presidencia, y además en mi tierra, Cádiz, por lo que me he implicado a fondo en su organización codo a codo con el Presidente del mismo, el doctor José Ramón Corcuera. Estamos tremendamente satisfechos del resultado como punto de partida para afrontar nuevos proyectos, entre ellos el asentar los cursos de formación que impartimos cada año en todos

y cada uno de los ocho Colegios de Dentistas andaluces, fomentar las jornadas científicas con otras sociedades científicas —acabamos de hacer una con SEMO y ya tenemos otra planificada con SECIB—, y por supuesto el Congreso del año que viene en Sevilla, que tiene que superar al de este año en todos los aspectos.

¿Cuál es el papel que desempeña la sociedad que usted preside dentro de la profesión? ¿Qué valores aporta?

Todas las sociedades científicas, y por tanto la AACIB, tienen una responsabilidad ante la sociedad y ante nuestros propios pacientes de orientar a sus afiliados hacia la excelencia, con un proceso de mejora permanente de calidad de nuestra asistencia. Por tanto, fomentar y organizar formación continuada del colectivo, desarrollar programas de investigación y difundir avances científicos del sector, es un pilar básico de la Asociación. Otro cauce para conseguir este objetivo es el facilitar el intercambio de conocimientos y la colaboración con otras asociaciones médicas y odontológicas. Por otra parte, la sociedad pretende ser igualmente un interlocutor válido con las administraciones para solucionar cualquier circunstancia o problema relacionado con la Cirugía Bucal en Andalucía. Velar por la salud bucal de los ciudadanos desde esta perspectiva, es el principal objetivo final de la Sociedad y por tanto su principal valor.

¿Cómo considera el nivel de preparación en cirugía bucal de los odontólogos en España?

Sin duda, los odontólogos que ejercen la Cirugía Bucal tienen un nivel altísimo. Las Universidades y especialmente los cursos de postgrado en Barcelona, Madrid, Sevilla, Valencia etc... tienen profesorado de primer nivel y los alumnos salen muy preparados. Desde mi atalaya como docente tanto en la Universidad de Sevilla como en la Complutense entre otras, he podido comprobar esto con el paso de los años. La gran capacidad de la gente joven para todo lo relacionado con el mundo digital facilita su adaptación a las nuevas tecnologías que actualmente se utilizan en la Cirugía Bucal. Sin embargo, hay muchos odontólogos que se decantan por otro tipo de disciplinas, como la estética, conservadora, ... y de alguna forma dejan en un segundo plano su formación quirúrgica. En AACIB creemos firmemente que una base quirúrgica es fundamental para el ejercicio cotidiano de cualquier dentista, sea cual sea la disciplina que practique, dentro del concepto multidisciplinario que funciona hoy en día en la Odontología y en la Medicina con el sistema MIR. E el camino a la excelencia, no basta con formarse en lo específico, sino que es preciso tener una base sólida del resto de las disciplinas, entre ellas la Cirugía; es por ello que uno de los pilares fundamentales de nuestra Asociación es fomentar la formación continuada quirúrgica para todos los odontólogos.

¿Considera que la oferta formativa reglada de las universidades españolas en postgrado es suficiente?

Sin duda es en general de altísimo nivel, estando impartida por profesionales muy competentes en su mayoría, pero en Medicina, y por tanto en Odontología, el avance y la transformación del conocimiento es constante, y a diario surgen nuevas técnicas y



materiales o se revisan conocimientos ya asentados que obligan al profesional a estar en continuo aprendizaje. Esto hace que además de la formación reglada, haya que apoyarse en otras fuentes de conocimiento como son las Sociedades científicas, la iniciativa privada, y la formación secundada por las empresas del sector, que complementan perfectamente la excelente formación de postgrado

Es usted Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. ¿Qué representan hoy en día las academias de medicina en general y la de Cádiz en particular?

Bueno, no corren buenos tiempos para las Academias en general, siempre con el poder político intentando embridarlas y encauzarlas hacia lo que les conviene en cada momento. Aunque esto ha sido así a lo largo de la historia, por lo que no debe cogernos de sorpresa. En mi humilde opinión, las Academias son como la aldea de los galos en el magnífico cómic de Uderzo y Goscinny, uno de los últimos reductos donde se rinde culto y veneración al conocimiento por el conocimiento. A la ciencia por la ciencia. Donde se respeta, admira y cultiva la lengua española, donde lo que se dice es tan importante como de qué manera se expresa. Pues a pesar de eso, sufrimos el abandono de las instituciones y del foco mediático que hoy en día se les presta a otras cuestiones a mi entender mucho menos relevantes.

En cuanto a la Academia de Cádiz, es para mí algo especial, ubicada en la propia Facultad de Medicina en la que me formé, y donde en 1728 se fundó la Escuela de Practicantes (Cirujanos) que fue germen de la Fundación en 1748 de La Real Escuela de Cirujanos de la Armada, por Pedro Virgili, que abasteció al país y a todo el mundo a través de las distintas expediciones marítimas que se realizaron en la época. Por tanto, su vinculación con aquello a lo que me dedico, que es la Cirugía Bucal, no puede ser mayor.

¿Cuál es su valoración de la situación actual de la odontología en nuestro país?

Pues cuanto menos preocupante. Hay algunos temas que comprometen ciertamente el futuro de la profesión y que deberían ser regulados desde la administración junto con los actores implicados. Es el caso del exceso de profesionales que existe y que va en aumento por el escaso control de las plazas de acceso en las universidades privadas. Por otra parte, la formación práctica se ha ido reduciendo con los años en los planes de estudio, con lo que el alumno sale a la calle con escaso conocimiento y tiene que comenzar una formación de postgrado de alto coste, y mal



regulada, con una plétora de cursos, muchos de ellos bajísimo nivel y con escaso control por parte de las autoridades.

Las especialidades son un tema ya antiguo, algunas generaciones lo han vivido desde el principio y se jubilarán sin ver el final. ¿La formación en la especialidad de cirugía bucal cree que debería ser muy diferente a los actuales másteres que se imparten actualmente en las universidades?

Efectivamente llevamos muchos años con el tema. Y la verdad es que parece que todas las partes implicadas están de acuerdo en que es necesario implantarlas de una vez y progresivamente ha habido un mayor acercamiento entre las posturas. La administración es quien tiene la última palabra y está en sus manos, aunque el desarrollo de su implantación aún genera controversia, sobre cómo se accederá a ellas, en qué instituciones, cuánto tiempo, etc...

Para mí la formación ideal sería una adaptación del sistema MIR de los médicos a la odontología, con una formación de base en disciplinas básicas y luego una formación específica en la especialidad, todo con un concepto interdisciplinar. La formación en la especialidad propiamente dicha será lógicamente muy parecida a los másteres actuales, que considero muy buena en líneas generales.

¿Además de su actividad como clínico y docente, ¿Qué otras actividades ocupan su tiempo?

La verdad es que la Cirugía y la docencia son mi pasión y muchas veces hasta mi Hobby. Disfruto enormemente enseñando. Aparte de eso mis hijos y mi familia son mi otra pasión, y ocupan la mayor parte del resto de mi tiempo libre. Fuera de esto, Cádiz y su Carnaval, especialmente el aspecto cultural de su música, sus letras y agrupaciones son mi debilidad.

¿Merece la pena ser "dentista" hoy día?

Sin duda alguna. Repetiría 100 veces si tuviera que elegir de nuevo.

¿Qué le recomienda a quienes están iniciando su actividad profesional o están próximos a hacerlo?

Creo que la formación y el esfuerzo constante es el camino para poder abrirse camino en este campo, como en el resto de las actividades de la vida. No tener prisas, y ante todo disfrutar de cada momento. El poder participar en mejorar la salud de los demás, el poder curar dolencias ajenas es un objetivo por el que merece la pena vivir, y te da suficientes compensaciones como para dedicar tu vida a ello.

Aprovecha la mejor tarifa

XIX Congreso SECIB

Pamplona 15 -17 septiembre 2022

¡Que no se te pase!



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

www.secibonline.com

¡Te esperamos en Pamplona!



Secretaría Técnica

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

congreso@secibonline.com

Casos clínicos Patología Oral

Francisco Cardona Tortajada, MD, DOS, PHD
Jefe de Sección de Salud Bucal. Servicio Navarro de Salud

Presentamos diversos casos de pacientes que acudieron a las consultas de la Sección de Salud Bucodental por úlceras en la boca, en estos casos, por roce o traumatismo.

Las úlceras traumáticas son una patología bastante frecuente en la cavidad oral y suelen ser causa de consulta por el dolor que ocasionan. La principal causa de estas úlceras suelen ser dientes rotos, con bordes afilados o puntiagudos. La lengua, por su mayor movilidad, es el sitio principal de localización de estas úlceras. También las prótesis pueden ser causa de estas lesiones, como se puede apreciar en las fotos 2 y 3. Curioso es el caso de las fotos 7 y 8, que se trataba de un paciente edéntulo superior, que mordía en clase III y se producía la herida en vestibulo superior. Y también curioso es el caso de la foto 11, era un joven con síndrome de Tourette, que se autolesionaba las mucosas yugales con los segundos molares superiores debido a

los tics mandibulares que tenía. Hubo que extraer 1.7 y 2.7 para conseguir la curación.

El principal problema de las úlceras traumáticas es que el diagnóstico diferencial, en algunas ocasiones, es con el carcinoma oral de células escamosas; por ello, como se ve en las fotos 2-3, 5-6 y 7-8 es importante averiguar la posible causa de la úlcera, eliminar esa causa y comprobar que cura la lesión.

Por ello toda úlcera sin causa conocida, o que ya se ha eliminado la causa, y con una evolución mayor de 15 días, debe ser biopsiada o remitida a alguien que la pueda biopsiar.

En esta clásica tabla, cuyo origen relaciono con el Dr. Bagán, como todos mis conocimientos sobre estos temas, es muy útil para hacer el diagnóstico diferencial entre las úlceras benignas y las malignas.

Foto	Edad	Sexo	Tiempo evolución	Localización
1	59	M	20 días	Lengua
2	61	M	30 días	Lingual mandibular
3	61	M	30 días	Lingual mandibular
4	49	M	---	Lengua
5	75	V	---	Lengua
6	75	V	---	Lengua
7	72	M	7 meses	Vestíbulo superior
8	72	M	7 meses	Vestíbulo superior
9	81	M	2 meses	Lengua
10	84	M	---	Mucosa yugal
11	13	V	5 semanas	Mucosa yugal



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.

Benigna	Maligna
Poca profundidad	Muy profundas
Bordes poco elevados	Bordes evertidos
Suelo limpio	Suelo sucio
Consistencia elástica	Dureza e infiltración
Dolorosa desde el inicio	No duele en un principio
Evolución en 7 – 15 días	
Relación causa – efecto	

BIOPSIA



XYNTRUS

PROTECCIÓN MÁXIMA

XYNTRUS, es eficaz en un 99,99%
contra: Virus, Hongos y Bacterias,
incluyendo SARS-COV-2 (COVID 19),
y todo tipo de infecciones orales.

Fórmula única; 10ml.+ 30 segundos = 5 horas de protección.

Científicamente probado.



Bioenjuague Oral

**La boca es la principal vía de contagios
(Bacterias patógenas, hongos y virus)**

DONDE VAYAS, DONDE ESTÉS,



www.kp3medical.com

Innovaciones en el manejo del bruxismo y los desordenes del sistema masticatorio



*Enrique Jadao
Especialista en Rehabilitación Oral, investigador y conferencista
con práctica privada en Barranquilla (Colombia)*

El estrés que se genera por el ritmo de vida que llevamos actualmente está provocando en cada vez más personas un hábito involuntario, increíblemente dañino tanto para los dientes como para la mandíbula que se conoce como bruxismo. El bruxismo supone el movimiento de lateralidad con presión en las mandíbulas que genera lo que se perciben comúnmente como un rechinar de los dientes. Esto provoca que con el tiempo se dé un desgaste muy evidente en las piezas dentales además de otros problemas que se relacionan íntimamente con las diversas estructuras del sistema estomatognático.

formación del reflejo se lleva a cabo mediante mecanismos de adaptación. En los casos de obstáculos oclusales, la trayectoria de los movimientos mandibulares puede cambiar, y para llevar a cabo las funciones de masticación y habla, es necesario un esquema de trabajo muscular diferente.

La violación del reflejo miotónico también puede expresarse como una actividad muscular asincrónica y un aumento extremo de la actividad muscular-parafunción, entidades estas que se conocen como bruxismo nocturno y diurno. El bruxismo se hace presente tanto de día como de noche, el bruxismo diurno

se relaciona directamente con estrés y ansiedad, afecta a un 20% de la población, es el tipo de bruxismo menos estudiado donde las pruebas a efectuar alteran el comportamiento de los pacientes.

El bruxismo afecta en mayor o menor medida a más de un 20% de la población mundial

El bruxismo ha sido descrito ampliamente en la literatura como el hábito involuntario de rechinar o apretar los dientes. Esta patología se ha encasillado en el grupo de las para funciones, esto significa que hace parte de actividades del sistema de masticación que carecen de un propósito funcional como lo puede ser la trituración de los alimentos. Cuando los seres humanos tienden a rechinar o apretar los dientes, la musculatura del sistema masticatorio se encuentra en estado de hiperactividad. Este fenómeno se ha reportado con altos índices de prevalencia en adultos y en la población infantil.

Por su parte el bruxismo nocturno se presenta durante el sueño (fase REM) y afecta entre el 8 al 16% de la población, no hay diferencias entre los géneros y es inversamente proporcional a la edad de los pacientes. Cuando se presentan casos severos de bruxismo, el paciente rechina los dientes por más de 45 minutos seguidos aplicando fuerzas mayores que cuando realiza el trabajo de la masticación, estos hábitos para funcionales han llegado a más de cien kilogramos según estudios y reportes de casos.

No se ha encontrado consenso acerca de la etiología del bruxismo, por lo tanto, se considera una patología de origen multifactorial en la cual influirán factores locales oclusales, psicológicos, tensionales, neurológicos y alteraciones del sueño, entre otras. Son muchos los hábitos para funcionales, aparte de rechinar o apretar los dientes, podemos citar el morderse los labios, la lengua o las mejillas, el comerse las uñas, lápices o similares. Los reportes de casos nos dicen que muchas personas realizan una o más de estas actividades de manera inconsciente.

El movimiento de la mandíbula se basa en el reflejo de estiramiento, el reflejo miotónico. El reflejo de estiramiento monosináptico asegura activamente la posición de reposo de la mandíbula junto con los reflejos que incluyen los receptores de la articulación temporomandibular (ATM). En su caso, la trans-



Los pacientes en un gran porcentaje no detectan los síntomas porque se generan de manera inconsciente durante la fase de sueño. En los casos crónicos o de larga data, aparecen tensiones o hipertrofia de la musculatura masticatoria. Los estudios sobre el bruxismo nos hablan de dolor en los dientes, las articulaciones temporomandibulares, la sien, los oídos (Ruidos y Tinitus), la nuca y los hombros. Sobrecargas prolongadas en las ATM pueden generar alteraciones que dificulten el proceso fisiológico de abrir la boca, el paciente percibe ruidos en las articulaciones, en muchos casos se presenta un desplazamiento del disco articular que puede generar impedimento al tratar de abrir la boca.



De los procesos más complejos referente a esta disfunción llamada bruxismo es su diagnóstico. Al ser un acto inconsciente, que se presenta adicional al acto de masticar o deglutir, en gran porcentaje de los casos no se le trata a tiempo y los pacientes acuden a buscar tratamiento cuando los daños en los dientes y estructuras adyacentes al sistema gnático son evidentes. Para el tratamiento del bruxismo es importante identificar el factor etiológico principal, hacia el cual se debe enfocar la terapia inicial.

Si existen desarreglos o desarmonías masticatorias, deben ser corregidas. Referente al tratamiento del bruxismo, ha sido ampliamente reportado el uso de placas oclusales de diferentes tipos, el apoyo con farmacoterapia basada en la formulación de relajantes musculares, antiinflamatorios y analgésicos, estrategias de orientación al paciente, control del estrés y la ansiedad, evitar factores de riesgo y de exacerbación como el tabaco, la cafeína o drogas como la cocaína, técnicas de relajación, hipnoterapia, acupuntura, terapias cognitivas, dispositivos de biofeedback, y otros más.

El bruxismo no desaparece como hábito a menos que la persona alcance un nivel físico y mental de relajación en su vida que no genere este movimiento involuntario. Las férulas de descarga por tanto no son un tratamiento del origen del bruxismo si no de sus síntomas, que son además del desgaste en los dientes, el

dolor que se asocia en la ATM y que puede generalmente extenderse hasta convertirse en cefaleas y migrañas.

Así como el dolor de cabeza está directamente relacionado con el bruxismo, un odontólogo con un adecuado conocimiento sobre esta entidad sabe detectar a simple vista que un paciente la padece por el estado de sus encías. Generalmente, el paciente que padece bruxismo, además de presentar desgastes en la superficie de los dientes, se le retraen las encías hasta tal punto de dejar expuestos los cuellos de los dientes, es decir, parte de la raíz, produciendo este hecho una gran sensibilidad dental. Para el tratamiento del bruxismo es importante identificar el factor etiológico principal, hacia el cual se debe enfocar la terapia inicial. Si existen desarreglos o desarmonías masticatorias, deben ser corregidas.

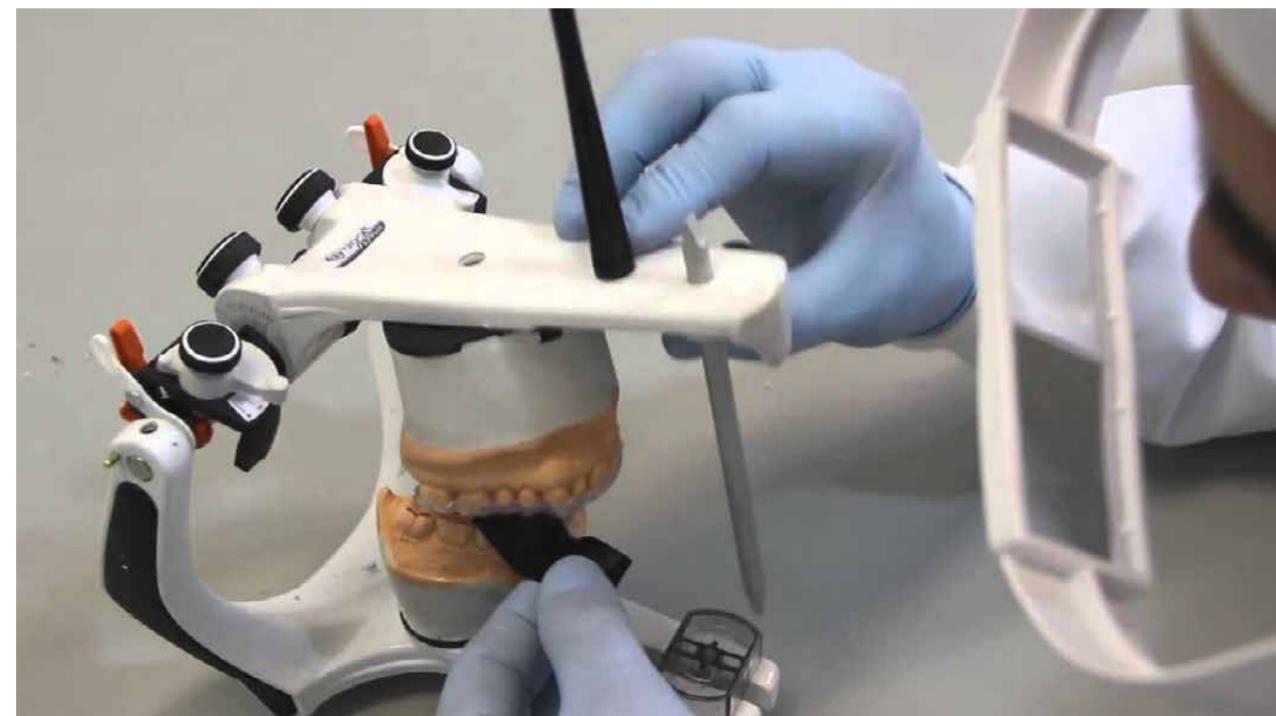
Referente al tratamiento del bruxismo, ha sido ampliamente reportado el uso de placas oclusales de diferentes tipos, el apoyo con farmacoterapia basada en la formulación de relajantes musculares, antiinflamatorios y analgésicos, estrategias de orientación al paciente, control del estrés y la ansiedad, evitar factores de riesgo y de exacerbación como el tabaco, la cafeína o drogas como la cocaína, técnicas de relajación, hipnoterapia, acupuntura, terapias cognitivas, dispositivos de biofeedback, y muy importante la llegada del manejo con láser blando entre otras terapias más.

USO DE TOXINA BOTULINICA PARA EL MANEJO DEL BRUXISMO

En la literatura aparecen cada vez más aplicaciones de la toxina botulínica para el tratamiento de mialgias masticatorias, bruxismo y luxación de la mandíbula. La toxina botulínica ha existido por siglos, sin embargo, sus efectos benéficos solo se han considerado válidos desde hace relativamente poco tiempo.

La primera vez que se oyó hablar de la toxina botulínica sus propiedades cosméticas eran completamente desconocidas. En 1820, después de la muerte de decenas de alemanes (al parecer tras ingerir morcillas mal preparadas), un científico llamado Justinus Kerner decidió que debía de haber una causa más convincente. Durante su investigación, en la que llevó a cabo experimentos con sobras de comida, descubrió que el envenenamiento alimentario y los síntomas neurológicos posteriores se debieron al consumo de alimentos enlatados de forma inapropiada e incluso llegó a inyectarse toxina botulínica para buscar y desarrollar posibles tratamientos.

Los estudios de Kerner condujeron a la primera definición clínica del botulismo. Años más tarde, Emile Pierre Van Ermengem, de Ellezelles, Bélgica, fue el primero en describir la presencia de la bacteria bacillus botulinum en el año 1895. Años más tarde



fue llamada Clostridium Botulinum, este microorganismo fue el precursor de la toxina botulínica tipo A que se utiliza hoy día con fines terapéuticos en humanos.

En la década de 1950, el Dr. Vernon Brooks descubrió que la inyección de una pequeña cantidad de toxina botulínica podía relajar la musculatura. Otro hombre llamado Dr. Alan B. Scott no tardó en empezar a experimentar en monos y descubrió que la toxina botulínica tenía la capacidad de corregir el estrabismo. Aquel fue el primer paso hacia el amplio uso que actualmente se hace de la toxina botulínica para tratar desórdenes musculares. Sin embargo, también observó que dejaba a los pacientes con los ojos bien abiertos y que reducía visiblemente sus arrugas.

La toxina Botulínica es una sustancia anticolinérgica que actúa principalmente como relajante muscular e inhibe la liberación de acetilcolina. Este compuesto actúa sobre las terminaciones nerviosas pre sinápticas, su mecanismo es el de impedir la acción de los iones de calcio en el proceso necesario para la liberación de acetilcolina y disminuye el potencial de placa, causando finalmente una parálisis muscular.

En 1988 el laboratorio Allergan se hace a los derechos de distribución de la toxina botulínica tipo A conocida comercialmente como oculinum, este laboratorio se dedicó a llevar a cabo ensayos clínicos de este producto para aplicarlo en otras patologías o disfunciones incluyendo la distonía cervical. Desde hace varias décadas, el producto conocido como Botox ha sido formulado y aplicado en el manejo de patologías como problemas neurológicos, estrabismos, distonías musculares, enfermedades del

sistema digestivo, en Urología y en el manejo de correcciones estéticas. Se ha utilizado por más de 15 años para tratar cerca de un millón de pacientes en todo el mundo y está aprobado por el ministerio de salud de más de 100 países.

Se ha reportado la toxina botulínica para el tratamiento de desórdenes de la articulación temporomandibular, obteniendo mejoría en la sintomatología estadísticamente significativa. La toxina botulínica tipo A se ha utilizado como manejo conservador de la hipertrofia de músculos maseteros y temporales, encontrando a esta toxina segura y una alternativa para su manejo. Los estudios reportados en la literatura, muestran resultados satisfactorios para pacientes con bruxismo, utilizando toxina botulínica tipo A, ofreciendo seguridad y efectividad en manos entrenadas, con mínimos efectos adversos, siendo un tratamiento conservador. La literatura que estudia el uso de esta molécula en el manejo



de bruxismo está creciendo exponencialmente día a día y encontramos artículos de gran valor en Journals indexados del mundo entero.

Dosificación y protocolo al usar Toxina Botulínica en terapia para el Bruxismo:

Se deben colocar inyecciones de la toxina botulínica en ambos lados de la cara, se deben inyectar los músculos maseteros y temporales. En los maseteros se deben inyectar 3 puntos con 10U/0.1 ml en cada punto. En los músculos temporales se deben colocar dos inyecciones en dos puntos a cada lado con 10U/0.1 ml, para un total de 100U de Botox que corresponden a un VIAL. El Botox ha sido reportado tóxico cuando se usan 400U, al usarse solamente 100U se trabaja con un margen de seguridad muy amplio.

Es importante el conocimiento técnico del tema, la pericia y la manipulación del producto para lograr resultados que le mejoren la calidad de vida a los pacientes. Las infiltraciones de toxina botulínica tipo A pueden reducir la frecuencia de los episodios de bruxismo, así como la fuerza masticatoria, y disminuir los niveles de dolor derivados del mismo, lo que se traduce en una mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Además, en dosis <100UI ha demostrado que es un tratamiento seguro con una baja probabilidad de que se produzcan efectos adversos en pacientes sanos. Por tanto, el uso de la toxina botulínica tipo-A es un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con bruxismo que muestra excelentes resultados clínicos y aún más cuando se maneja en conjunto con los métodos tradicionales como las férulas oclusales, los fármacos o la terapia cognitivo-conductual, por lo que su uso estaría justificado en la práctica clínica diaria, especialmente en los pacientes diagnosticados de bruxismo severo.

PLACAS DE DESCARGA DIGITALES

Placa de bruxismo, placa de descarga, placa de relajación, placa miorelajante, placa neuromiorelajante, placa de Michigan, férula nocturna, férula para dormir, férula de descanso, férula de protección, férula blanda, férula dura, férula para deportistas, férulas de blanqueamiento, férulas de ortodoncia, férulas estabilizadoras, neuorelajantes, y otros apelativos más, todo esto genera mucha confusión.

Estos dispositivos actúan como intermediarios entre los dientes, reduciendo así drásticamente el desgaste dental. Generalmen-

te se instala en el maxilar superior, aunque hay dentistas que prefieren adaptarlas a la mandíbula. Se intenta así, adquirir una posición mandibular, que relacione la articulación temporomandibular (ATM), los músculos masticatorios y la mordida, de una manera equilibrada, que resulte funcionalmente armónica y que se logre de esta manera pacificar y relajar el sistema masticatorio. Esto evitaría los daños y molestias ocasionadas por los excesos de fuerzas y palancas que se generan durante el bruxismo, sobre todo el bruxismo nocturno.

La férula de descarga Michigan o férula oclusal no sólo tienen una función preventiva contra estos desgastes, sino también, por su altura y morfología, permite la relajación de la Articulación Temporomandibular (ATM), aflojando esta presión. El uso de este tipo de férulas de descarga se recomienda en personas bruxómanas desde que se detecta este hábito y ya de por vida, dado que rara vez suele revertirse este estado. La placa miorelajante o neuromiorelajante es un dispositivo de resina dura, rígido, transparente, que feruliza la dentadura y está

diseñado para conducir o inducir los movimientos mandibulares hacia una postura de mínimo trabajo para los músculos y de mínima carga para la articulación de la mandíbula (ATM).

La férula de descarga está indicada en el diagnóstico de la causa de ciertas dolencias o dolores en los dientes, cara, cabeza o cuello, para comprobar si el causante es la boca o no. El tratamiento de las afecciones tales como Patologías por tensión muscular que en la gran mayoría de los casos se da por un apretamiento inconsciente de los dientes, dolor de la articulación temporomandibular o de la mandíbula que se expresan como dolores en los oídos, que se pueden irradiar a toda la cabeza produciendo cefaleas, y que generalmente llegan a la región cervical produciendo dolores y contracturas en la nuca y resto del cuello y espalda. En estos casos, el aparato se puede denominar "Férula miorelajante o de relajación muscular".

El flujo de trabajo convencional para la producción de férulas de Michigan impresiones de alginato, registro de la mordida, fabricación del modelo, encerado de la férula y mezclas de polvo-líquido de polimetilmetacrilatos (PMMA), está bien establecido. Sin embargo, el flujo de trabajo de la producción digital se ha desarrollado de forma constante en los últimos años. El flujo de trabajo digital para la fabricación de férulas comprende impresiones ópticas computarizadas del maxilar superior e inferior, un registro de mordida digital, un diseño asistido por ordenador (CAD) y una fabricación asistida por ordenador (CAM).

El 94.1% de los pacientes reportan de buenos a excelentes resultados después del uso de Botox para el manejo del Bruxismo, el inicio del efecto del medicamento es de 2 a 10 días.



La mayoría de las férulas oclusales existentes se fabrican con dos métodos: acrílico duro con encerado y blando formado al vacío. Hasta ahora se cree generalmente que el efecto de las férulas duras es equivalente o superior al de las blandas. Sin embargo, este método tradicional requiere una serie de pasos tanto en la clínica como en el laboratorio dental.

Con el rápido desarrollo de la tecnología digital, el diseño asistido por ordenador (CAD) y la fabricación asistida por ordenador (CAM) se han utilizado cada vez más en odontología.

En consecuencia, en algunos estudios realizados en años anteriores, se aplicó el CAD/CAM para fabricar férulas oclusales para los pacientes. En el marco de otras investigaciones realizadas en años recientes, los autores crearon férulas de diferentes compensaciones de modelos dentales utilizando el diseño digital y el procesamiento de la luz (DLP) y confirmaron su precisión. Las pruebas indican que esas férulas eran similares a las tradicionales en cuanto a comodidad y retención. Además, obtuvieron mejores resultados en cuanto a tiempo y calidad del material.

Los escaneos ópticos informatizados de toda la arcada han alcanzado resultados comparables a los de las impresiones convencionales en términos de veracidad y precisión. El proceso CAM puede realizarse mediante técnicas sustractivas, como el fresado de piezas en bruto de PMMA, o técnicas aditivas, como la estereolitografía lineal, el procesamiento digital de la luz o el chorro de material. Obviamente, el flujo de trabajo digital es el preferido por los pacientes, ya que el uso intraoral de una pequeña varilla de escáner aumenta la comodidad del paciente en comparación con la toma de impresión convencional.

En caso de pérdida o fractura de la férula, los datos almacenados podrían utilizarse para producir una nueva férula sin tener que rehacer la impresión. Sin embargo, el éxito de la terapia con férulas parece ser independiente del proceso de fabricación. Ambos métodos de fabricación de férulas tienen el mismo éxito en el tratamiento de la DMC. Con la ayuda de la más avanzada

tecnología digital, se realiza un escaneo intraoral del paciente que nos permite realizar un diagnóstico de la oclusión del paciente (mapa de oclusión) que nos ayudará a identificar y analizar las zonas a tratar.

A través de un software asistido por inteligencia artificial, se diseñan estos protectores o placas digitales, las cuales tienen un doble propósito en estas terapias que buscan aliviar los síntomas de desgaste dental nocturno. Trabajar sobre la causa principal del problema, que es corregir las pequeñas interferencias oclusales y los contactos prematuros que tiene el paciente. Una vez diseñado, se envía a una impresora 3D utilizando los materiales de resina biocompatibles más avanzados del mercado aprobados por la FDA que ofrecen calidad y rendimiento para proporcionar resultados clínicos óptimos y grandes como positivos resultados que nos llevarán a la total satisfacción del paciente.

En comparación con las férulas oclusales tradicionales, las férulas fabricadas digitalmente presentan una comodidad de uso y una eficiencia de tiempo significativamente mayores. Además, el uso de los nuevos materiales de fresado y los utilizados en las impresoras 3D, tienen mejor resistencia al desgaste que las resinas acrílicas tradicionales.

LASER BLANDO DE DIODOS

Todos nosotros los Odontólogos hemos tenido el deseo de conocer y manejar un equipo láser en algún momento de nuestras vidas, muchas veces vamos a congresos y ferias dentales con la intención de ver y poder manejar uno de estos equipos que hacen parte de nuestros sueños y deseos profesionales, aún sin conocer a fondo para que sirven, como se usan y hacia dónde van en su evolución y desarrollo.

El láser (por sus siglas en inglés amplificación de luz por emisión estimulada de radiación) es un método indoloro, fácil de aplicar y no invasivo que utiliza la energía luminosa generada por la excitación atómica que emite fotones. Se clasifica por su potencia en alta y baja potencia, con la baja potencia se obtiene gran dispersión de energía que produce regeneración de tejidos, cicatrización, reducción de inflamación y dolor. El proceso físico que permite funcionar al láser se llama emisión estimulada.

La gran diversidad de síntomas y la evolución de los desórdenes temporomandibulares hacen que uno de los principales síntomas sea el dolor, y a menudo no se sabe el origen de estos, por lo tanto, el paciente a veces busca ayuda en otras especialidades tales como otorrinolaringología o neurología sin tener resultados favorables. Por tales motivos es necesario realizar un buen examen clínico al igual que exámenes complementarios, para llegar a un buen diagnóstico y detección de los factores causales, enfatizado que el estrés es un elemento que se debe de considerar.

La existencia de múltiples maneras de tratar estos trastornos musculares nos hace considerar variadas alternativas para su tratamiento, es decir que se pueden usar uno o más procedimientos en un mismo paciente para su recuperación. Los desórdenes temporomandibulares se consideran como un grupo de desórdenes musculares esqueléticos y degenerativos de la región orofacial, que involucra en forma directa el sistema masticatorio. Se caracterizan en un inicio por dolor (localizado en los músculos masticatorios, el área pre auricular y la articulación temporomandibular ATM) y disfunción (ruidos en la ATM y limitación e irregularidad del movimiento mandibular) del sistema masticatorio. La terapia láser de bajo nivel (LLLT) se ha aplicado clínicamente a una amplia variedad de trastornos. Éste método terapéutico ha demostrado ser eficaz, menos invasivo y carente de efectos secundarios graves para numerosas enfermedades.

Recientemente se han llevado a cabo investigaciones para explicar el mecanismo terapéutico de LLLT así como para revelar algunas aplicaciones clínicas nuevas de LLLT. La terapia con láser de baja intensidad se introdujo inicialmente a principios de la década de 1960 como herramienta para reducir el dolor y la inflamación mediante la acción biomoduladora sobre los tejidos. Su aplicación en los trastornos de la ATM ha cobrado recientemente un gran interés. La fotomodulación tiene una acción biológica que provoca una cascada de procesos bioquímicos y celulares en las células y los tejidos, que aceleran la curación de los tejidos afectados.

La terapia láser de baja intensidad (LLLT) es un enfoque novedoso, no invasivo y rentable en el campo de la fisioterapia. Debido a sus propiedades únicas, la irradiación láser de baja potencia puede alterar el metabolismo celular al generar un efecto bioestimulante, reducir el dolor por un efecto analgésico, mejorar el procedimiento de curación de heridas al generar un efecto regenerativo como reparador, reducir el edema y acelerar el proceso de inflamación al imprimir un efecto antiinflamatorio. La terapia láser de baja intensidad se ha empleado como modalidad de tratamiento para diversas afecciones en medicina y odontología, como el síndrome de dolor musculoesquelético, las lesiones y ulceraciones de tejidos blandos, la hipersensibilidad de la dentina y la reducción de las complicaciones derivadas de los procedimientos quirúrgicos.

Según algunos estudiosos del láser en las ATM, la LLLT o terapia con láser de diodos de baja potencia, consiste en un tratamiento no térmico que puede promover modificaciones celulares

y tisulares inducidas por diferentes procesos metabólicos, como una mayor actividad de las mitocondrias y de la bomba de Na^+/K^+ , un aumento de la vascularización y un crecimiento de los fibroblastos. Estos cambios dan lugar a una mejora de los procesos de curación y a la reducción del dolor. En los últimos años, varios autores han demostrado las propiedades terapéuticas de la LLLT en la reparación de tejidos, la reducción del edema y la inflamación, así como la analgesia en el dolor agudo y crónico.

Antes de intentar trabajar con la tecnología de los láseres en Odontología debemos prepararnos y estudiar para entender una serie de procesos físicos y biológicos que se verán alterados de una u otra forma ante esta emisión de luz monocromática que alterará los tejidos blandos y duros de nuestros pacientes. Es importante solicitar asesoría profesional a la hora de adquirir estas tecnologías, una de las razones es el costo de estos equipos y por otro lado estudiar y buscar recibir formación profesional con expertos en el tema, los láseres son herramientas maravillosas que bien usadas o aplicadas nos brindan excelentes resultados en los pacientes afectados con afecciones temporomandibulares así como por otras entidades relacionadas con el sistema masticatorio.

CONCLUSIONES:

- Se ha establecido la aplicabilidad potencial de las placas confeccionadas digitalmente en el manejo de la parafunción de los músculos de la masticación, así como en las estructuras del sistema gnático en general.
- La tecnología presentada permite tener en cuenta las características geométricas individuales de los componentes de la mandíbula (dientes, periodonto y dentición en general) de un paciente concreto a la hora de planificar el tratamiento ortopédico dental de la parafunción de los músculos de la masticación.
- Los resultados presentados en la literatura reciente ha demostrado la eficacia del uso de estas tecnologías para modificar la distribución de la carga funcional en el tratamiento de pacientes con parafunción de los músculos de la masticación y en las ATM.
- La asociación entre varias terapias alternativas proporciona mejores resultados que ninguna de ellas por separado, siendo difícil evaluar su eficacia de manera aislada debido a su habitual aplicación combinada.

BIBLIOGRAFÍA

- Gribov, D.; Antonik, M.; Butkov, D.; Stepanov, A.; Antonik, P.; Kharakh, Y.; Pivovarov, A.; Arutyunov, S. Personalized Biomechanical Analysis of the Mandible Teeth Behavior in the Treatment of Masticatory Muscles Parafunction. *J. Funct. Biomater.* 2021, 12, 23. <https://doi.org/10.3390/jfb12020023>
- Gholampour, S.; Gholampour, H.; Khanmohammadi, H. Finite element analysis of occlusal splint therapy in patients with bruxism. *BMC Oral Health* 2019, 19, 205.
- Gerami, A.; Dadgar, S.; Rakhshan, V.; Jannati, P.; Sobouti, F. Displacement and force distribution of splinted and tilted mandibular anterior teeth under occlusal loads: An in silico 3D finite element analysis. *Prog. Orthod.* 2016, 17, 16.
- Gribov, D.A.; Krupnin, E.A.; Levchenko, I.M.; Butkov, D.S.; Arutyunov, S.D. The effect of various loading scenarios on the stress-strained state of mandible anterior teeth with periodontitis immobilized by splints; finite element analysis. *Ser. Biomech.* 2020, 34, 12–19.
- Tatli, U.; Benlidayi, M.E.; Ekren, O.; Salimov, F. Comparison of the effectiveness of three different treatment methods for temporomandibular joint disc displacement without reduction. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2017, 46, 603–609. [CrossRef]
- Kuzmanovic Pifer, J.; Dodic, S.; Lazic, V.; Trajkovic, G.; Milic, N.; Milicic, B. Occlusal stabilization splint for patients with temporomandibular disorders: Meta-analysis of short and long term effects. *PLoS ONE* 2017, 12, e0171296.
- Zhang LD, Liu Q, Zou DR, Yu LF. Occlusal force characteristics of masseteric muscles after intramuscular injection of botulinum toxin A (BTX - A) for treatment of temporomandibular disorder. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;54:736-40.
- Al-Wayli H. Treatment of chronic pain associated with nocturnal bruxism with botulinum toxin. A prospective and randomized clinical study. *J Clin Exp Dent.* 2017;9:e112-17.
- Pirazzini M, Rossetto O, Eleopra R, Montecucco C. Botulinum Neurotoxins: Biology, Pharmacology, and Toxicology. *Pharmacol Rev.* 2017;69:200-35.
- Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: The evolution of a changing paradigm. *J Can Dent Assoc.* 2015;81:f2.
- Ataran R, Bahramian A, Jamali Z, Pishahang V, Sadeghi Barzegani H, Sarbakhsh P, Yazdani J. The Role of Botulinum Toxin A in Treatment of Temporomandibular Joint Disorders: A Review. *J Dent (Shiraz)* 18:157-164, 2017.
- Chaurand J, Pacheco-Ruiz L, Orozco-Saldivar H, Lopez-Valdes J. Efficacy of botulinum toxin therapy in treatment of myofascial pain. *Journal of oral science* 59:351-356, 2017. DOI: 10.2334/josnusd.16-0614.
- De la Torre Canales G, Câmara-Souza MB, do Amaral CF, Garcia RCMR, Manfredini D. Is there enough evidence to use botulinum toxin injections for bruxism management? A systematic literature review. *Clin Oral Investig* 21:727-734, 2017. DOI: 10.1007/s00784-017-2092-4.
- Zimmermann, M.; Koller, C.; Rumetsch, M.; Ender, A.; Mehl, A. Precision of guided scanning procedures for full-arch digital impressions in vivo. *J. Orofac. Orthop.* 2017, 78, 466–471.
- Lutz, A.-M.; Hampe, R.; Roos, M.; Lümckemann, N.; Eichberger, M.; Stawarczyk, B. Fracture resistance and 2-body wear of 3-dimensional-printed occlusal devices. *J.Prosthet. Dent.* 2019, 121, 166–172.
- Wesemann, C.; Spies, B.C.; Sterzenbach, G.; Beuer, F.; Kohal, R.; Wemken, G.; Krügel, M.; Pieralli, S. Polymers for conventional, subtractive, and additive manufacturing of occlusal devices differ in hardness and flexural properties but not in wear resistance. *Dent. Mater.* 2020, 23, 432–442.
- Kernen, F.; Schlager, S.; Seidel Alvarez, V.; Mehrhof, J.; Vach, K.; Kohal, R.; Nelson, K.; Flügge, T. Accuracy of intraoral scans: An in vivo study of different scanning devices. *J. Prosthet. Dent.* 2021. in press.
- Wesemann, C.; Spies, B.C.; Schaefer, D.; Adali, U.; Beuer, F.; Pieralli, S. Accuracy and its impact on fit of injection molded, milled and additively manufactured occlusal splints. *J. Mech. Behav. Biomed. Mater.* 2021, 114, 104179.
- Egorova, D.O.; Arsenina, O.I.; Nadochiy, A.G.; Ryakhovskiy, A.N.; Popova, N.V. X-ray assessment of the position of the lower jaw heads in different types of face. *Stomatologiya* 2020, 99, 55–60.
- Leberfinger AN, Jones CM, Mackay DR, Samson TD, Henry CR, Ravnich DJ. Computer-aided design and manufacture of intraoral splints: a potential role in cleft care. *J Surg Res* 2021; 261:173–178
- Ye N, Wu T, Dong T, Yuan L, Fang B, Xia L. Precision of 3D-printed splints with different dental model offsets. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2019;155(05):733–738
- Aly P, Mohsen C. Comparison of the accuracy of three-dimensional printed casts, digital, and conventional casts: an in vitro study. *Eur J Dent* 2020;14(02):189–193
- Venezia P, Muzio LL, De Furia C, Torsello F. Digital manufacturing of occlusal splint: from intraoral scanning to 3D printing. *Journal of Osseointegration* 2019;11(04):535–539
- Taneva I, Grozdanova-Uzunova R, Uzunov T. Occlusal splints—changes in the muscular activity. *J Phys Conf Ser* 2021;1859(01):012046
- Dawson PE. Functional occlusion. From temporomandibular joint to smile planning. Moscow, Russia: Practical medicine, 2016; 592 p. Russian.
- Karu T. Laser biostimulation: a photobiological phenomenon. *J Photochem Photobiol B.* 1989 Aug;3 (4):638–640.
- Ahrari F, Madani AS, Ghafouri ZS, et al. The efficacy of low-level laser therapy for the treatment of myogenous temporomandibular joint disorder. *Lasers Med Sci.* 2014 Mar;29(2):551–557.
- Venezian GC, Da Silva MA, Mazzetto RG, et al. Low level laser effects on pain to palpation and electromyographic activity in DTM patients: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *CRANIO.* 2010 Apr;28(2):84–91.
- Machado BC, Mazzetto MO, Da Silva MA, et al. Effects of oral motor exercises and laser therapy on chronic temporomandibular disorders: a randomized study with follow-up. *Lasers Med Sci.* 2016 Jul;31(5):945–954.
- Sayed N, Murugavel C, Gnanam A. Management of temporomandibular disorders with low level laser therapy. *J Maxillofac Oral Surg.* 2014 Dec;13 (4):444–450.

Los vendajes maxilo-faciales de Francisco Canivell



AUTOR:

Javier Sanz
Académico de Número.
Real Academia Nacional
de Medicina de España

La historiografía odontológica suele asomarse escasamente a otras vecindades, limitándose por lo general a lo ejercido por “dentistas”, sea cual fuera la titulación del momento, así como a los libros del ramo que estos escribieron, amén de otras áreas como la social, la profesional o la económica, intentando elaborar una historia contextualizada. Pero lo propiamente científico y técnico se extiende más allá de aquellos libros pues otras profesiones, especialmente los cirujanos, también se ocuparon del tratamiento “mayor”, de abordaje desde el ámbito quirúrgico y a veces desde la exposición de conocimientos anatómicos. Como en otros tiempos, anteriores y posteriores, durante la segunda mitad del XVIII el ejercicio quirúrgico de las afecciones orales y maxilofaciales estuvo protagonizado principalmente por cirujanos, mayores y menores y alguno de ellos incluyó en sus textos de carácter general indicaciones precisas de aplicación en nuestro territorio, tal fue el caso de Francisco Canivell en su “Tratado de Vendages y Apositos”.

Francisco Canivell¹.

Francisco Canivell y Vila nació el 5 de abril de 1721 en Barcelona. Estudió la Medicina en la Universidad de Cervera y decidió ingresar en el cuerpo de cirujanos de la Armada, acompañando al ejército en algunas misiones, principalmente en Italia. Su relación con el gran cirujano Pedro Virgili le encaminó hacia la cirugía de prestigio de su tiempo, la que se desarrollaba en los Reales Colegios de Cirugía españoles. En el de Cádiz se desempeñó como bibliotecario de 1749 a 55 y este año ascendió a Ayudante de Cirujano Mayor de la Armada, participando en las campañas de Veracruz y La Habana, acompañando también, en 1767, a Jorge Juan en su comisión a Marruecos, en 1767. Dos años después fue ascendido a cirujano mayor y vicedirector del Colegio de Cirugía gaditano, cargo del que sería cesado a la muerte de Virgili, en 1777, embarcando en la Escuadra de Luis de Córdoba para participar en la organización de los hospitales de Brest, siendo repuesto en su cargo en Cádiz dos años después. Su prestigio le hizo merecedor de la nobleza del Principado de Cataluña, en 1790, así como del empleo de Cirujano de cámara un lustro después. Falleció en Cádiz el 4 de marzo de 1797.

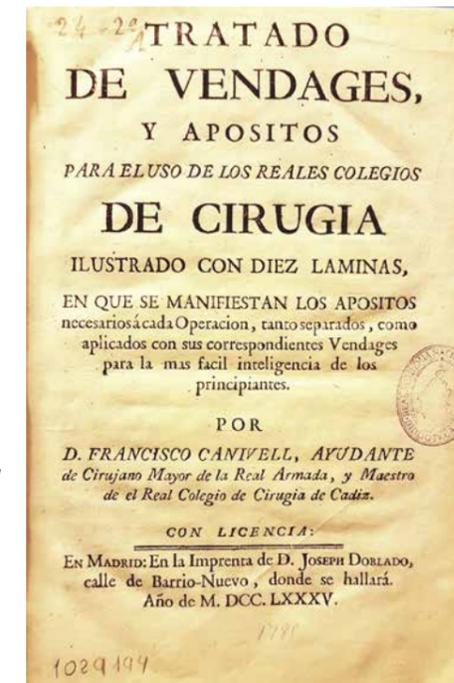
Canivell, brillante cirujano práctico, destacó en algunas especialidades minuciosas como la oftalmología y la obstetricia, brillando también en resoluciones frecuentes mediante la litotomía. Fruto de su experiencia, no menos que de su formación teórica, además de redactar y exponer algunos escritos que quedaron manuscritos, dio a la luz algunos títulos de provecho para alumnos de los colegios de Cirugía, como *Tratado de Vendages y Apositos* -vide infra- y *Tratado de las heridas de arma de fuego, dispuesto para uso de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz* (Cádiz, M. Ximenez Larrero, 1789).

El “Tratado de Vendages y Apositos”.

Con título completo de *Tratado de Vendages y Apositos para el uso de los Reales Colegios de Cirugía. Ilustrado con diez láminas en que se manifiestan los apósitos necesarios á cada Operacion, tanto separados como aplicados con sus correspondientes Vendages para la mas facil inteligencia de los principiantes* fue editado en Barcelona (Imprenta de Teresa Piferrer, 1763) y posteriormente en Madrid, (Imprenta de Benito Cano, 1776; Imprenta de Joseph Doblado, 1785, 1796, 1809; Imprenta de Francisco Martínez Dávila, 1821).

Consultada la edición de 1785, el libro consta de ciento cuarenta y cuatro páginas y se abrocha con diez detalladas láminas desplegables de autor desconocido que explican los diferentes tipos de vendajes, identificándose lo que reza el texto mediante letras². Va precedido de una dedicatoria, firmada el 16 de octubre de 1762, a su maestro Virgili, quien le encargó su confección, advirtiendo el autor que la obra “sale á la luz solo para el uso de nuestros Colegiales, y que no se ha hecho para Maestros de nuestra Profesion”. De otro lado, el sustento de la obra reside en haber “extraído de los mejores Autores”, que no son otros que Hipócrates y Galeno, lo necesario para su redacción, de ahí que se moteje a sí mismo de “plagiario” como también, en un exceso de autocrítica, por haber tomado otros vendajes de sus maestros. La revisión ortográfica, en definitiva, la puso en manos de Joseph Carbonel, “dignísimo Maestro en lenguas, y Bibliotecario de los Caballeros Guardias Marinas”.

La ordenación del libro sigue el modelo tradicional “*A capite ad calcem*” (de la cabeza a los pies), tras unas generalidades que describen los muchos tipos de vendajes y apósitos, así como otras variedades, a las cuales remitiremos en el texto seleccionado, perteneciente a nuestra especialidad, para su mejor com-



prensión. Todo ello lo escribe el autor desde la convicción de que *Si se miran con atencion las indicaciones, que presentan la mayor parte de las enfermedades, que invaden el cuerpo humano, se verá que es moralmente imposible proceder con acierto en su curacion sin el auxilio de los Apositos, y Vendages*³. Ítem más, tan necesario es este dominio técnico que le lleva a firmar que *La destreza del Cirujano en el buen orden, y aplicacion de estos medios hace tan buen efecto en la idea del enfermo, y de los que le asisten, que parece se están congratulando de haber hallado un segundo Esculapio*⁴. No se trataba de un tema oportunista este de los apósitos y vendajes, antes al contrario llegó a formar parte de los planes de estudio incluso un siglo después, como se puede comprobar en el “Programa

de la asignatura de Anatomía quirúrgica, Operaciones, Apósitos y Vendajes” publicado por el catedrático en la Facultad de la Universidad Central, Melchor Sánchez de Toca, en 1866.

Relativo a nuestra especialidad, seleccionamos aquellos fragmentos que le corresponden topográficamente: “pico de liebre”, vendaje de los carrillos y “fractura simple, y complicada de la barba”.

VENDAGE, Y APOSITO PARA LA Operación del Pico de Liebre⁵.

Para executar este Vendage⁶, hecha la sutura con los alfileres, y el cordonete⁷ se situará baxo de sus extremidades, entre el labio, y estas unas compresas⁸ pequeñas, à fin de que no molesten los extremos de los alfileres, y aplicando despues la planchuela⁹, y compresas sobre el labio se contendrà todo con la fronda.

Fronda para el labio superior.

Para practicar este Vendage se tomarà una venda¹⁰ de vara y media de largo, y pulgada y media de ancho, cortada de quatro cabos iguales, dexando sin cortar en su centro como tres pulgadas, lo que se aplicará sobre el labio superior por su medio, conduciendo los dos cabos superiores por baxo de las orejas hasta el occipucio à cruzarlos, y bolviendo con ellos à la frente donde se sujeratàn con nudos, y los inferiores iràn por encima de las orejas al occipucio, y bolveràn como los antecedentes à sujetarse en la frente un poco mas arriba. Fig. 6. Lam.4.

(Dice al final: *Explicacion de la Fig. 6. De la lLam. 4. Que manifiesta la fronda para despues de la operacion del Pico de Liebre.*



Figura 6.

Los alfileres H. el cordonete K. las compresas pequeñas L. la planchuela, parches, y compresas F. la venda E. el vendage A.B.B.C.C.D. la porcion de la venda entera aplicada sobre el labio superior A. los cabos superiores de ésta, que ván á cruzarse en el occipucio, y luego á sujetarse en la frente C.C. los cabos inferiores, que cruzandose con los superiores ván á pasar por encima de las orejas hasta cruzarse en el occipucio, y finalmente á sujetarse en la Frente B.B.D.¹¹⁾

Fronda para los dos labios.

Este Vendage es quasi como el antecedente; solo se advierte que la vela ha de ser algo mas ancha, y tener en su centro un agujero proporcionado a la boca. Su aplicacion se hace de modo que los extremos inferiores vayan por baxo de las orejas á cruzarse en el occipucio, y buelvan á sujetarse en la frente, y los superiores subiendole por encima de las orejas, se cruzarán del mismo modo en el occipucio, y se atarán como los otros en la frente. Fig. 7. Lam. 4.

(Dice al final: Explicacion de la Fig. 7. Lam. 4. Que manifiesta la fronda para los dos labios.

Planchuela, y compresas D. la venda. C. el vendage A.B.C. el cabo superior, que vá por encima de las orejas á cruzarse en el occipucio A. los cabos inferiores, que pasando por baxo de las orejas ván como los superiores á cruzarse en el occipucio C. dichos cabos superiores, é inferiores sujetos en la frente B.¹²⁾

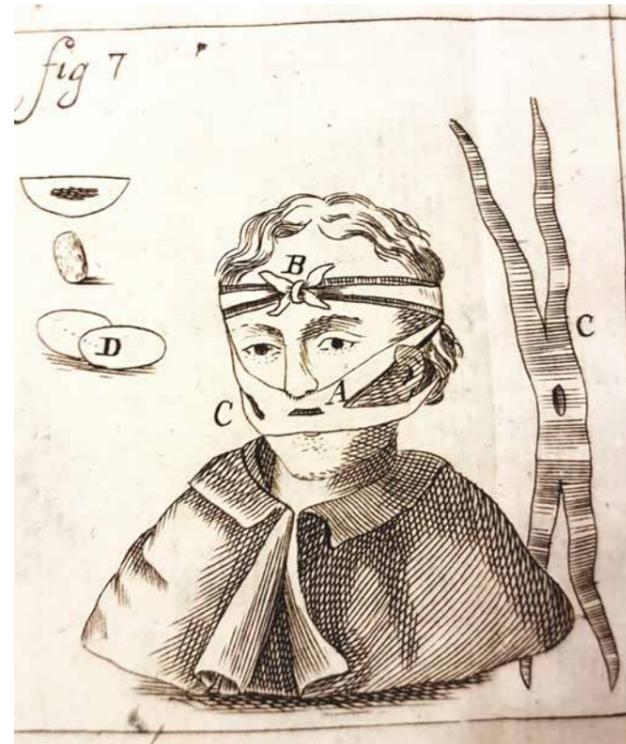


Figura 7.

VENDAGE PARA LOS CARRILLOS¹³⁾

Este Vendage se executa con una venda de cinco varas de largo, y pulgada y media de ancho, arrollada en un globo, y empezando á aplicarla en la parte anterior, y lateral de la cara por qualquier lado, dexando sobre el pecho un cabo pendiente como de tres palmos, se subirá obliquamente por encima de la comisura, ó angulo de los labios del mismo lado, la raíz de la nariz, y el parietal opuesto, hasta el occipucio, desde donde se dará una vuelta al rededor del cuello, cogiendo de passo el extremo, que quedó pendiente sobre el pecho, y ramversandole subirá por encima del Parietal del lado enfermo, hasta el occipucio, donde se sujetará con el mismo circular. Hecho esto se subirá con el globo de la venda obliquamente sobre el angulo de la mandibula inferior, la raíz de la nariz, el parietal opuesto á la enfermedad hasta el occipucio, desde donde se proseguirá con quatro espirales ascendentes, dando con el resto de la venda circulos iguales al rededor de la cabeza. Fig. 8. Lam. 4.

(Dice al final: Explicacion de la Fig. 8. Lam. 4. Que manifiesta el Vendage contentivo para los carrillos.

Las compresas G. la venda F. el vendage A.B.C.D.D.E. la primera circunvolucion de vendas que vá por el angulo del ojo, parietal opuesto á la enfermedad, cuyo extremo quedó pendiente sobre el pecho A. el circular al rededor del cuello, que sujeta el cabo pendiente sobre el pecho B. dicho cabo ranversado sobre la cara, y parietal enfermo hasta el occipucio C. las circunvoluciones de

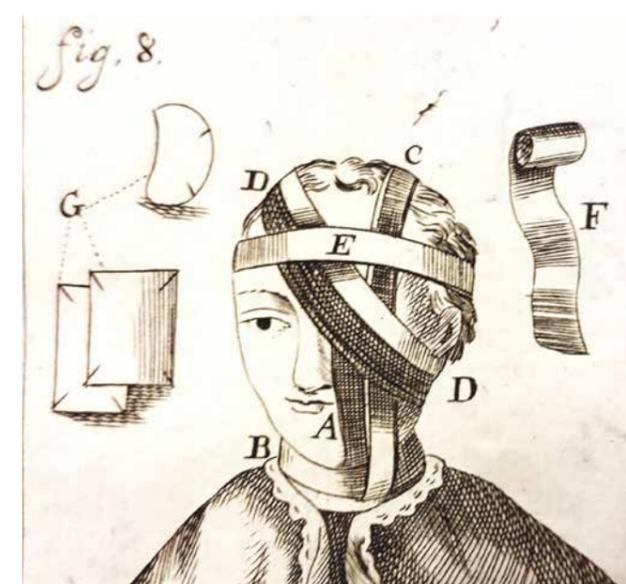


Figura 8.

venda formando espirales subiendole D.D. los circulares al rededor de la cabeza E.¹⁴⁾

VENDAGES, Y APOSITOS PARA LAS fracturas simple, y complicada de la barba¹⁵⁾

Siendo complicada la fractura de la mandibula inferior de herida, se guarnercerá de lechinos¹⁶⁾, y planchuelas¹⁷⁾, y sobre esto de parche¹⁸⁾, y compresas correspondientes, pero siendo simple la fractura, bastarán las compresas, sosteniendo este Aposito¹⁹⁾, y parte con la fronda.

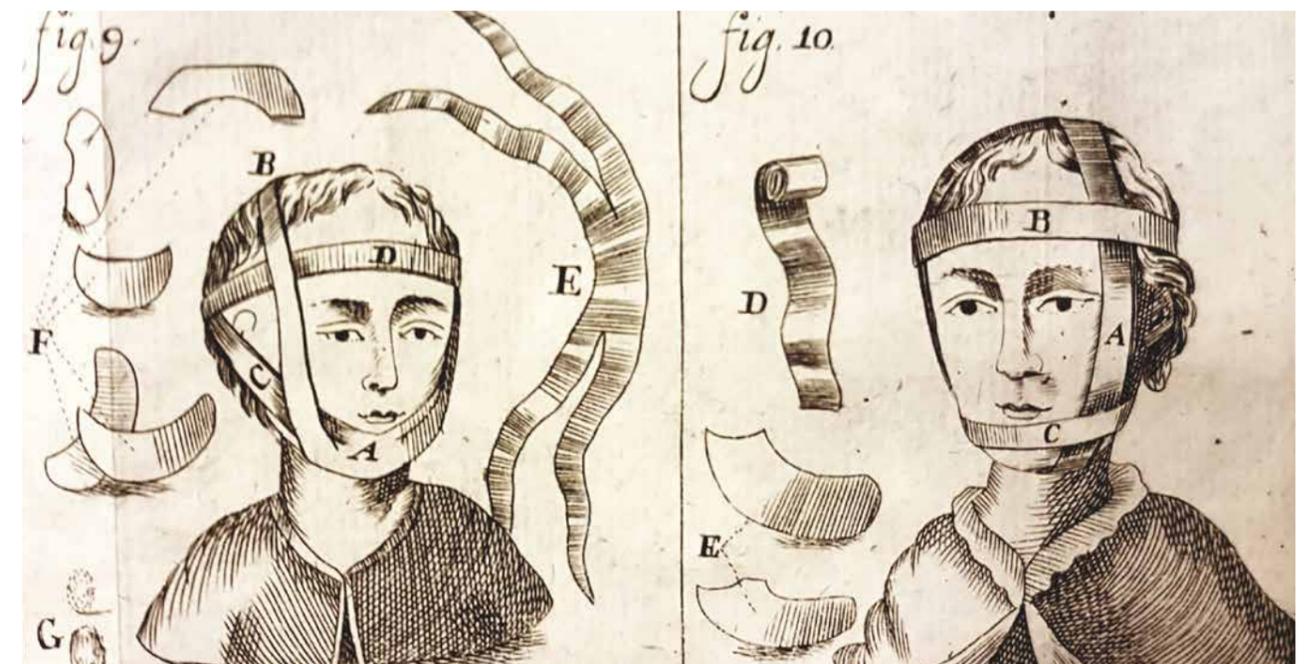
Tomase una venda de siete quartas de largo, y tres pulgadas de ancho, cortada de quatro cabos iguales, dexando como quatro, ó cinco pulgadas sin cortar en su centro, donde se hará una abertura segun la longitud de la venda de tres pulgadas de largo. Esta parte se adaptará sobre el symphysis de la barba, teniendo cuidado, de que quede dentro de la abertura de dicha venda. Luego irán los cabos superiores obliquamente por baxo de las orejas al occipucio, donde se cruzarán, y formarán un circular al rededor de la cabeza, y quedando sujetos estos cabos, se subirán los inferiores cruzandose con los superiores por las sienas á la parte superior de la cabeza, donde se sujetarán con nudos, ó alfileres; Fig.9.Lam.4. ó bien siendo simple la fractura se practicará uno de los Vendages llamados Cabestros, como se sigue.

(Dice al final: Explicacion de la Fig. 9. Lam. 4. Que manifiesta la fronda para la barba.

Planchuela, y lechinos G. compresas, y parche F. Venda E. el vendage A.B.C.D. los cabos superiores, que pasan por baxo las orejas, y se cruzan en el occipucio C. un circular formado por dichos cabos al rededor de la cabeza D. el centro del vendage A. los cabos inferiores, que ván por lo largo d ela cara hasta el vertice, donde se sujetan B.²⁰⁾

Cabestro simple

Para este Vendage se necesita una venda de seis varas de largo, y pulgada, y mediade ancho, arrollada a un globo, se empieza aplicando su extremo en la parte posterior, è inferior de la cabeza, haciendo dos circulares iguales al rededor de ella, y llegando



Figuras 9 y 10.

à la sien del lado enfermo, se hace un inverso, que se sujeta con alfileres, ò puntos, baxando despues con el globo por el carrillo baxo de la barba, y bolviendo à subir por el lado opuesto hasta el vertice, se buelve à baxar como el antecedente, de cuyo modo se dàn tres vueltas, formando espirales de la primera especie, y llegando baxo de la barba del lado sano, se và por baxo de la oreja al occipucio del lado enfermo, desde donde se buelve por baxo de la oreja del lado sano à passar sobre la parte anterior de la barba hasta el occipucio, formando de esta manera dos circulos iguales, y habiendo llegado con lo restante de la venda à la parte posterior, è inferior de la cabeza, y se forman circulos iguales al rededor de ella. Fig. 10. Lam. 4.

(Dice al final: *Explicacion de la Fig. 10. Lam. 4. Que manifiesta el cabestro hecho con venda de un globo.*

Se practica para la fractura de la mandibula inferior, y suponiendo que la fractura es de un solo lado, se aplicarán las compresas E. la venda D. el vendage A.B.C. las circunvoluciones que vãn desde baxo la barba al vertice A. las que vienen desde el occipital anteriormente à la barba C. las que abrazan la cabeza B.²¹⁾



Figura 11.

Cabestro doble con una venda dos globos

Tomase una venda de ocho varas de largo, y pulgada y media de ancho, arrollada en dos globos, cuyo centro se aplica por baxo de la barba, subiendo por las sienes hasta el vertice, donde cruzandose vuelven à baxar por el mismo sitio à cruzarse baxo de la barba, y de este modo se hacen tres circunvoluciones, formando espirales, y habiendo llegado à la sien, se hace un inverso para ir con los globos al occipucio, y conducirlos à la frente, haciendo de este modo dos circulos al rededor de la cabeza, y estando en su parte posterior, se cruzan, y buelven por baxo de las orejas à cruzarse en la parte anterior de la barba, y habiendo formado dos circulos, y buuelto al occipucio con lo restante de la venda, se forman circulos iguales alrededor de la cabeza. Fig. 11. Lam. 4.

(Dice al final: *Explicacion de la Fig. 11. Lam. 4. Que manifiesta el cabestro hecho con venda de dos globos.*

Suponiendo fracturada la mandibula por ambos lados, se aplicarán las compresas, que manifiesta la let. D. luego se tomará la venda, que manifiesta la E. ys e formará el vendage, como representa la A.B.C. La A. manifiesta las circunvoluciones que vienen desde baxo de la barba hasta el vertice. La C. las que vienen del occipucio à la parte interior de la barba, y la B. las que se practican al rededor de la cabeza.²²⁾

Conclusión.

Las abundantes ediciones de esta obra dan cuenta de la buena acogida por parte de sus destinatarios, los alumnos de los Reales Colegios de Cirugía, pero no sólo pues también en ella encontraron los prácticos titulados un compendio bien dirigido hacia esta parte del hacer quirúrgico. En nuestro campo, el contenido de cirugía y traumatología maxilofacial quedaba reservado entonces a los cirujanos, quienes después de proceder a su resolución pasaron a la estabilización de lo operado mediante la inmovilización y protección que el autor propone. Todo ello se ayuda con las láminas, suficientes en su explicación si bien de pobre mérito artístico, que sirven de complemento para la elaboración de una sistemática de tratamiento. En definitiva, la cirugía de la época, presente en éste y otros tratados, vino a complementar el abordaje quirúrgico de tantos asuntos que todavía no eran competencia de los dentistas, por entonces ayunos de un mínimo plan de estudios que sistematizara sus competencias, lo cual tardaría al menos un siglo y medio para llegar a constituirse como tal cirugía de la región.

Notas

1. Sobre la vida y la obra de Canivell, consultar principalmente: Ameller, C. F. *Elogio póstumo de Don Francisco Canivell y de Vila...* (Cádiz, Manuel Ximenez Careño, 1798); Olagüe de Ros, G. La obra quirúrgica de Francisco Canivell y Vila (1721-1797). *Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandum*, 4, 1984, 151-173. Orozco Acuaviva, A. Francisco Canivell y la "Asamblea Amistosa Literaria de Jorge Juan". *Medicina E Historia*, 27, 1989; Ballester Añón, R. Francisco Canivell y Vila. *Francisco Canivell y Vila I Real Academia de la Historia (rah.es)*.
2. En un apartado final se explican asimismo, y dejaremos constancia de ello, cada una de estas láminas.
3. Canivell, F. *Tratado de Vendages y Apositos...* (Madrid, Imprenta de Joseph Doblado, 1785), pág. 1.
4. Ídem.
5. Ídem. págs. 33-34.
6. Llamase *Vendage* una, ó muchas circunvoluciones de venda hechas al rededor de alguna parte para mantenerla, ó conservarla en su estado natural, ó sostener algun aposito (pág. 12).
7. *Cordonete* es un conjunto de distintas hebras de hilos dispuestos en forma de cinta, y frotados con cera, y segun la intencion de el Cirujano, se hacen mas, ó menos anchos, poniendo mas, ó menos hilos uno al lado de el otro (pág. 5).
8. Las *Compresas*, ó *Cabezales* son unos pedazos de lienzo mas, ó menos grandes de diferente figura. Sirven para aplicar sobre alguna parte dañada, sea para mantener en ella los medicamentos, llenar los huecos, igualar las partes, ó servir de apoyo à las vendas, para comprimir algunas partes blandas, ó duras. Las Compresas se dividen en *simples*, y *compuestas*. Simples son las que se hacen sencillas de dos, ó mas cabos, y estas toman su nombre, ó extension, ó por la parte donde se aplican. Por razon de su figura se llaman cuadradas, triangulares, redondas, ó circulares, semilunares, Cruces de Malta, Aspa de San Andrés, de dos, quatro, ó seis cabos, &c. Por razon de la parte donde se aplican, ó adaptan, se llaman inguinales, tibiales, &c. Por razon de su uso tambien toman diferentes nombres. Todas pueden hacerse dobles, ó sencillas segun fuere la calidad del lienzo, ó la indicacion, que se ha de seguir. A estas se pueden añadir las *Longuetas* divididas en dos especies, unas de amputaciones, y otras de fracturas. Las *Compresas compuestas* se llaman *graduadas*, y son de dos especies, unas graduadas iguales, y otras desiguales. Las primeras se hacen de diferentes pedazos de lienzo puestos unos sobre otros por graduacion à todos lados; y estas son de diferentes figuras. Las *graduadas desiguales*, que son tambien de diferentes figuras se hacen como las otras, de diferentes pedazos de lienzo puestos por graduacion uno sobre otro, pero en un solo lado (págs. 6-7).
9. Las *Planchuelas* son unos planos de hilas iguales en toda su extension de figura ovalada, ó redonda. Sirven para curar las heridas, ó úlceras. Su magnitud debe ser proporcionada à la parte, ó à la extension de la ulcera, ó herida, suelen hacerse tambien de estopa (pág. 5).
10. La *Venda* es un pedazo de lienzo mas largo que ancho, que sirve para formar el vendage. Se divide en cuerpo, y extremidades, ó cabos, como asimismo en quatro bordes; dos longitudinales, que son el l argo de la Venda, y dos *transversales*, que son su ancho. Tambien se puede dividir en cara *interna*, y *externa*, y en *simple*, y *compuesta* (pág. 7).
11. Ídem. pág. 112.
12. Ídem.
13. Ídem., págs. 34-35.
14. Ídem., pág. 113.
15. Ídem., págs. 35-37.
16. Estos son unos rollos de hilas de mayor, ó menor tamaño, y de figura mas, ó menos prolongada, que sirven para llenar los huecos de las heridas, ó úlceras. Suelen atarse algunas veces con un hilo por medio (pág. 3).
17. Las *Planchuelas* son unos planos de hilas iguales en toda su extension de figura ovalada, ó redonda. Sirven para curar las heridas, ó úlceras. Su magnitud debe ser proporcionada à la parte, ó à la extension de la ulcera, ó herida, suelen hacerse tambien de estopa (pág. 5).
18. ... y *Cataplasmas*. Estos son unos pedazos de lienzo, tafetán, ó gamuza, cubiertos de algunas materias emplasticas mas, ó menos blandas. Sus usos se experimentan en la practica. Son de diferente tamaño, y figura, segun la parte à que se aplican, advirtiendo que en la extension de los emplastos ha de quedar sin cargar la distancia de un través de dedo en toda la circunferencia del lienzo, y en las cataplasmas aun mas (págs. 5-6).
19. *Aposito*, pues, es un conjunto de todo lo que se debe aplicar sobre las partes externas, à fin de curar, ó paliar las enfermedades, que afligen el cuerpo humano (pág. 2).
20. Ídem., pág. 113.
21. Ídem., págs. 113-114.
22. Ídem. pág. 114.



+6.000
PROFESIONALES
Y CONGRESISTAS



150
MARCAS
EXPOSITORAS



+180
SPEAKERS



+90 HORAS
DE INSPIRACIÓN

Leading the digital dental technology

CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGÍA AVANZADA 2023

SUMMITS MÉDICOS



TECH SERIES



ticare

Dr. Alberto Monje y Ticare: Formación en el Colegio de Dentistas de Ciudad Real

Ticare organiza el curso “**Regeneración ósea en la prevención, manejo y secuela de la periimplantitis**” que tiene lugar el **23 de septiembre** en el **Colegio de Dentistas de Ciudad Real**, y que impartirá el **Dr. Alberto Monje**.

Durante el curso se abordarán las siguientes temáticas: Etiopatogenia de la peri-implantitis, árbol de decisiones en el manejo

de la peri-implantitis, regeneración como elemento de prevención, terapia reconstructiva en el manejo de peri-implantitis y regeneración para el manejo de la secuela originada por la extracción de implantes.

INSCRIPCIÓN EN
www.ticareimplants.com/formacion

Dr. Alberto Monje, Dr. Jerián González y Ticare: Formación en el Colegio de Dentistas de Tenerife

Ticare organiza el curso “**Regeneración en implantología inmediata, temprana y diferida**” que tiene lugar el **30 de septiembre** en el **Colegio de Dentistas de Tenerife**, y que impartirán los doctores **Alberto Monje y Jerián González**.

Durante el curso se tratarán temas como la biología del alveolo postextracción, fundamentos en regeneración, y en qué casos y de qué manera utilizar implantes inmediatos, tempranos y tardíos.

INSCRIPCIÓN EN www.ticareimplants.com/formacion

PerioCentrum y Ticare: Curso de manejo de tejidos blandos

Ticare ha renovado recientemente el acuerdo de colaboración con PerioCentrum para el desarrollo común de formación e investigación clínica. En el marco de este acuerdo, se desarrollan programas de formación presencial altamente especializados.

El próximo 9 de julio tiene lugar en PerioCentrum Madrid el módulo de PerioCentrum patrocinado por Ticare, de la mano de la Dra. Estefanía Laguna, donde se asiste a cirugías en directo, sesiones de debate con casos clínicos y prácticas en modelos animales.

Una formación que permite a los alumnos conocer de cerca el sistema de implantes Ticare y sus ventajas.

EMPRESA

Ticare proveedor de implantes del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Ticare es adjudicataria en el concurso público de “Adquisición de implantes dentales y material asociado y de impresión con cesión de equipos para los centros del Servei de Salut de les Illes Balears”.

Con esta adjudicación Ticare pone en valor su amplia experiencia en implantes para **pacientes oncológicos** y aumenta su presencia en la **sanidad pública**. Al convertirse en proveedor del Servicio de Salud de las Islas Baleares para el suministro de implantes, prótesis y fresas, principalmente, Ticare suma el **Hospital Universitario Son Espases** a la presencia en destacados hospitales públicos.

Outlet de instrumental odontológico

Ticare abre en su **tienda online** un **outlet con instrumental quirúrgico** con un **70% de descuento**. Entre los productos en oferta se encuentran fresas, sierras y hojas de sierra, curetas y osteotomos. Ticare ha renovado su catálogo de instrumental por lo que ofrece producto nuevo de los modelos anteriores a precio de liquidación.

El *outlet* está disponible en:
genetic.ticareimplants.com

Conferencias Ticare en SEPA disponibles en diferido

Ticare ha tenido una participación destacada en Sepa Málaga ofreciendo tres conferencias del más alto nivel. Estas conferencias se emitirán de forma exclusiva a través de la plataforma de formación online Implant Training en las siguientes fechas: Dr. Hom-Lay Wang “*Management of peri-implant complications*” el 4 de julio, Dr. Ignacio Sanz “Factores quirúrgicos y prostodónticos para minimizar el remodelado óseo periimplantario” el 8 de julio; y la conferencia impartida por el Dr. Jerián González “Factores clave para evitar la aparición de periimplantitis” el 13 de julio.

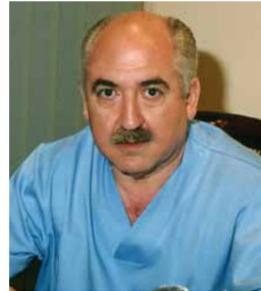


ticare

“LOS MANGUTAS”

El arte de aprobar por los servicios prestados

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.



Vamos a exponer un recuerdo de aquellas personas que ejercieron como tales en fechas lejanas, en el pasado siglo, y de los que aún pueden quedar reminiscencias en la actualidad, aunque de forma mucho menos habitual y frecuente, y de manera muy puntual.

Siempre me asombró quien en pocas páginas es capaz de dar vida a un personaje tan bien definido. La peculiaridad de la palabra “personaje”, resulta de tener una característica inusual que distingue su personalidad de los demás, es lo que ocurre con el ínclito Manguta, un estereotipo de individuo, que destaca o sobresale en una determinada actividad o ambiente, un sujeto peculiar, curioso y singular donde los haya.

Sirvan estas líneas nunca de menoscabo o desprecio y jamás de crítica, pues sería todo lo opuesto y contrario a lo que mis sentimientos quieren expresar y si valgan de recordatorio, reconocimiento y como pequeño homenaje a aquellos Mangutas, personajes entrañables, todos ellos compañeros que fueron algún momento, y que ejercieron como tales en los pretéritos tiempos durante los cuales un servidor fue estudiante en la Facultad de Medicina de Valladolid, la más antigua de España, y en la Escuela de Estomatología de Madrid, entonces única en nuestro estado español.

Realmente existe un gran número de médicos, debido a su perfil humanístico, que en sus momentos de reflexión o descanso sienten la necesidad de expresarse a través de la palabra escrita; esto suele suceder ante un estímulo externo o interno memorístico como pudiera ser un recuerdo, ante el cual se desencadena el acto reflejo de la escritura.

El diccionario de la lengua española actual señala la voz de Manguta, como sinónimo de hurtar, del que se apropia de lo ajeno. Procede de mangui y este de mangar, es de la misma familia que manguear o tirar la manga, es decir, pedir, mendigar.

Así de obvio es el caso que nos ocupa, tal cual es apropiarse de algo inmaterial, de algo que no le pertenece en base a su saber y a sus conocimientos de la asignatura, y que en verdadera justi-

cia no lo merece, como es la superación de la disciplina con una calificación de suficiencia.

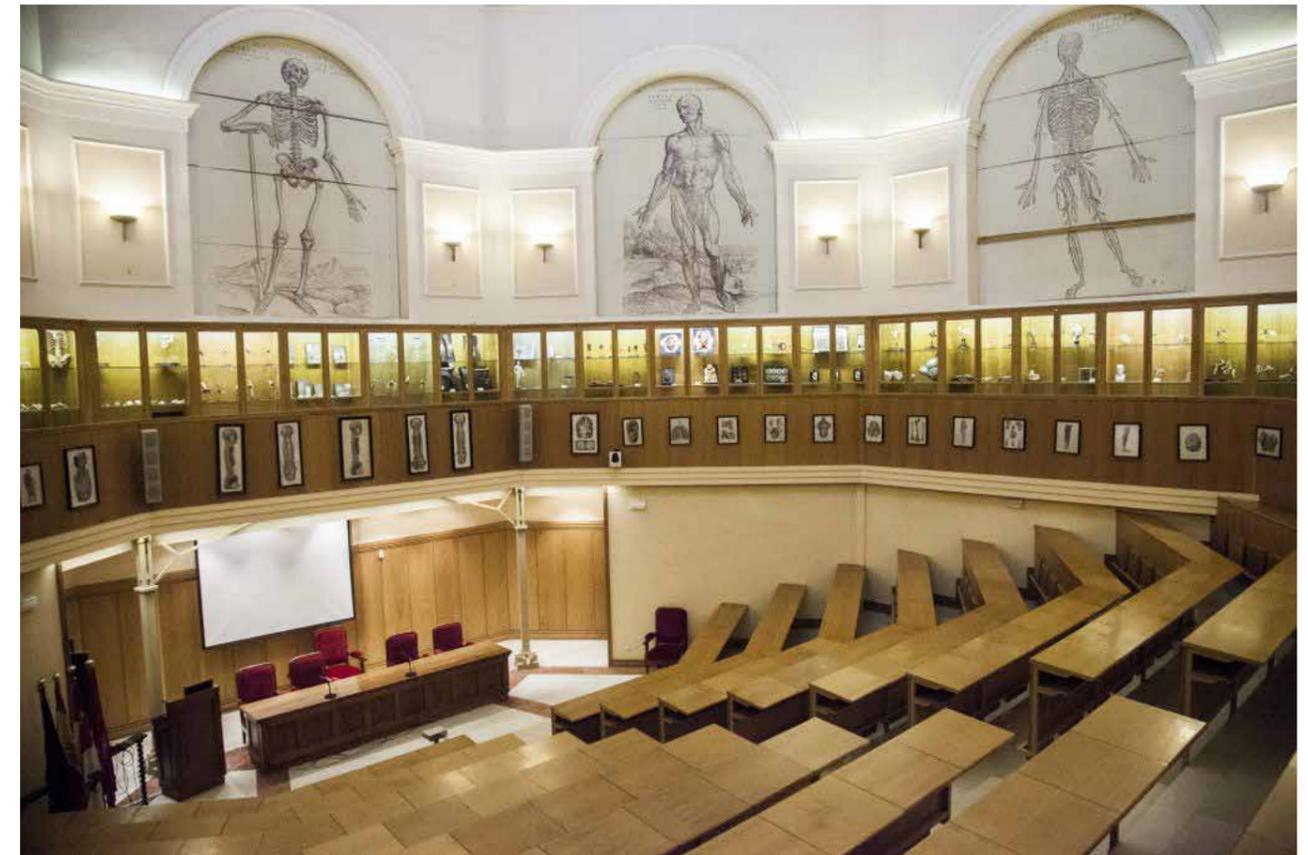
De acuerdo al BOE de 1965 en la Universidad, el personal de un Departamento en forma resumida se caracterizaba por estar integrado de esta manera: El Catedrático o Catedráticos, en este último caso con un Director, Profesores agregados, Profesores adjuntos, Profesores ayudantes de clases prácticas y el personal auxiliar y subalterno necesario para diversas actividades.



El Catedrático y su Manguta

Pues bien, jerárquicamente, el Manguta ocupaba el último escalafón en la estructura de una Cátedra, pero no por ello su colaboración dejaba de ser necesaria y tantas veces imprescindible. Entre las características comunes de su perfil y que les podrían definir diremos que eran disciplinados y bien mandados, acatando cualquier orden siempre que viniera de un superior, mostrándose sumisos e indulgentes ante aquellos, y mordaces, inflexibles o intransigentes en ocasiones, ante advenedizos compañeros recién llegados.

En el medio universitario eran muy conocidos y solicitados, generalmente amables y de saludo fácil, lo que no dejaba de alimen-



tar su ego. Solían ser estudiantes mediocres o repetidores salvo raras excepciones, que regularmente acumulaban gran número de faltas a clase, pero por el contrario se dejaban ver frecuentemente solícitos deambulando y pululando por pasillos, laboratorios o salas de prácticas; actuando siempre de meritorios a través de sus trabajos serviciales. Hoy en día bien les podría denominar o decir, que eran “aprovechateguis”.

Dentro de la personalidad conspicua del Manguta, existían varios tipos, partiendo de una base común en todos ellos, como es el de ser serviles o sirvientes cordiales, ya que principalmente tienen un interés o una necesidad por encima del trato con los demás. Como decía Isaac Newton, solían tener tacto, que es “el arte de dejar ver algo sin hacer un enemigo”.

Su carácter podía oscilar y contrastar entre el intrigante, manipulador y sabedor, creyéndose profesor, y el cercano, inocente y colaborador con el neófito alumno-compañero, pero sin lugar a dudas, dejando siempre la impronta personal de que él era el conocedor de todos los entresijos, circunstancias, virtudes o inconvenientes que podía entañar y caracterizar a dicha disciplina. De igual manera, poniéndote ejemplos de evidencias, intentaban demostrar su supremacía, justificando consecuentemente que acercándose a él hacía menos frío y de esta forma incluirte en su ámbito y círculo de confianza, aumentando así su vasallaje

como sinónimo de poder. Una vez captado para su causa, se situaban en un irrenunciable escalafón superior al que tú nunca podrías tener acceso.

Anecdóticamente contaré aquello del Manguta que no lo era. Estando ya en el último curso de la licenciatura y con algún problema en la entrega de fichas de una asignatura, varios compañeros abordamos a una persona desconocida, con aspecto quizás más bien desaliñado, bata blanca desabotonada, relativamente joven, haciéndonos imaginar que era el Manguta de turno, por lo cual, nos dirigimos a él de forma cercana, más bien de compadreo, tal vez pudiéramos decir desconsiderada, hartos de la dificultad que estábamos teniendo con la entrega de las dichas fichas; y cual sería nuestra sorpresa, cuando en el primer día de clase pudimos comprobar que no se trataba del Manguta de turno que pensábamos, sino del profesor Catedrático de la asignatura.

A todos aquellos que fueron y se sintieron Mangutas, vaya desde aquí mi agradecimiento, reconocimiento y consideración, pues nadie sabemos las circunstancias e imponderables que les impulsaron y condicionaron llevándoles a esta situación, y a ejercer como tan peculiares personajes.

F. Manuel Nieto Bayón



Kits para fotografía dental pensados para adaptarse a todas las necesidades. Fácil manejo, incluso sin conocimientos de fotografía.

Servicio Ready To Use de regalo

- Preconfiguración del equipo* con tres modos de disparo para fotografía dental en clínica: **INTRAORAL – EXTRAORAL – CIRUGÍA**
- Configuración personalizable según las necesidades concretas de cada usuario.

*Configuración limitada a las posibilidades técnicas de cada equipo.



Canon

OLYMPUS



SONY

Packs de servicio posventa a tu medida

★ Pack de servicio Fotolandia PREMIUM

- Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.*
- Aviso y asesoramiento para la actualización de firmware.
- 60 min. de formación online** anual para refrescar conceptos y protocolos, así como la posibilidad de solucionar dudas generales con la valoración de fotos realizadas.
- Gestión de reparaciones con el SAT: presupuesto sin cargo y retorno de material sin gastos de envío.
- Equipo de sustitución equivalente durante reparaciones.
- Revisión anual del equipo, funciones y programación. Limpieza de sensor incluida.

★ Pack de servicio Fotolandia TOP

- Atención telefónica/videollamada para asistencia técnica.
- 10% de descuento en productos y accesorios** para fotografía dental de las marcas Nichrominox, Fotodental y Smile Line Flexipalette.*
- Aviso y asesoramiento para la actualización de firmware.

*Descuento válido al contratar uno de los Packs de servicio Fotolandia y susceptible de ser modificado sin previo aviso.

Lactoflora[®]
salud bucodental

SABOR MENTA

**¿Problemas dentales y de encías?
¿Mal aliento?**

(1) Bosch M, Nar J, Seigü Audivert, Bonachera MA, Santos-Alemany A, Fuentes MC, et al. Isolation and characterization of probiotic strains for improving oral health. Arch Oral Biol 2012; 57: 539-549.
(2) Montero E, Iniesta M, Rodrigo M, et al. Clinical and microbiological effects of the prophylactic use of probiotics in the treatment of gingivitis: A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2017;44:708-716.



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



www.lactoflora.es



Consulta nuestra amplísima gama de espejos y todo tipo de accesorios para fotografía odontológica.

Qué pasos debo de seguir para constituir una sociedad



*Ignacio Gutiérrez Galende
Socio en Galende – Buzón Abogados
igg@galendebuzon.com*

En artículos anteriores hemos comentado las diferencias entre ejercer una actividad empresarial a título particular o a través de una sociedad. Aquí la duda podría ser si una SL o una SA, son prácticamente iguales, cambiando principalmente que las SL permite una mayor concreción en los estatutos mientras que las SA exigen menores mayorías para algunos acuerdos. Salvo cuando vayan a ser muchos socios aconsejamos una SL.

Si al final nos decidimos a ejercer una actividad empresarial a través de una sociedad limitada estos son los pasos a seguir:

Registro del nombre

Se debe realizar en el Registro Mercantil Central, que, aunque está en Madrid, todo el trámite se puede hacer por internet. En la petición se pueden incluir hasta cinco nombres y se indican por orden de preferencia, se nos asignará el primero de la lista que cumpla los requisitos legales y que esté disponible.

Aportación del capital social

La aportación mínima son 3.000 euros que pueden ser en dinero o con bienes que alcancen ese importe.

Anteriormente cuando era en dinero era imprescindible depositarlo en una entidad financiera y aportar a la firma el



certificado que nos dieran, actualmente se hace una manifestación y se entiende que es aportado a la caja de efectivo del negocio.

Redacción de los estatutos sociales

Estos regularán el funcionamiento de la sociedad, desde la denominación, domicilio, objeto social, reglas para la transmisión de las participaciones, mayorías necesarias para aprobar acuerdos...

Escritura pública de constitución

Hay que hacerlo ante notario y aquí los futuros socios acuerdan la constitución de la sociedad, aportando el certificado del nombre, los estatutos, declarando las aportaciones que hacen y el nombramiento del primer administrador.

Solicitud del NIF provisional

Este trámite también se puede hacer previo a la escritura pública únicamente con el certificado del nombre. Lo más aconsejable es pedir que lo solicite la notaría y así lo tendremos al ir a recoger las escrituras.

Liquidación impuesto operaciones societarias

Es un impuesto autonómico que, aunque está bonificado al 100% hay que presentarlo en cuota cero

Inscripción en el registro mercantil

Se presenta en el registro mercantil el NIF provisional, la escritura de constitución y la liquidación del impuesto de operaciones societarias.

Adquisición del NIF definitivo y alta en las actividades que se vayan a realizar mediante modelo 036

Una vez recogemos del registro mercantil las escrituras debemos comunicar a Hacienda que ya está inscrito para así pasar a definitivo el NIF que nos asignaron, así como las actividades que vamos a realizar.

Estas sociedades están disponibles desde que se firma la escritura pública hasta que están plenamente operativas en aproximadamente 3 semanas y tienen un coste entre notario y registro de unos 400 euros.

Hay una opción muy interesante y económica a la hora de constituir una sociedad que es acudir a un punto PAE (Punto de atención al emprendedor) y constituir una sociedad tipo CIRCE, que están disponibles aproximadamente 72 horas después de la firma ante notario. Y el coste entre notario y registro son 140 euros. La gran diferencia de una sociedad constituida por la forma clásica o a través de un punto PAE son los estatutos, dado que en estas son estatutos tipo muy básicos que apenas regula nada y remite todo a la ley. Nosotros aconsejamos este tipo de sociedades en fases iniciales donde todo ahorro es importante siempre que sean proyectos de una o dos personas donde realmente lo que funciona es la unanimidad.

¿Tengo que darme de alta en el régimen especial de trabajadores autónomos (RETA)?

Por el mero hecho de ser socio no hay obligación de alta en el RETA, pero los administradores tienen obligación de estar dados de alta desde el inicio de actividad por parte de la sociedad tenga ésta ingresos o no.

Si ya estamos dado de alta por ejercer otra actividad o por ser administrador de otra sociedad no hay que pagar doblemente la

cuota, con un solo alta es suficiente y nos cubre para todas las actividades y/o sociedades que hagamos.

Hay una excepción a la obligación de en el RETA y es cuando la sociedad tiene por objeto social actividades colegiadas y estas tienen una mutua que está autorizada para actuar como alternativa de la Seguridad social en el RETA, como puede ser Mutual Medica para los médicos o la Mutuality de la Abogacía para los abogados.

En caso de que estuviéramos dados de alta en el régimen alternativo con alguna mutua y la sociedad de la que somos administradores no tenga su objeto social que ver con el colectivo de nuestra mutua tendríamos que darnos de alta en el RETA

¿Quién responde de las deudas?

Estas sociedades como su nombre bien indica su responsabilidad queda limitada al capital aportado, pero esta limitación solo afecta a los socios que el único riesgo que asumen es el dinero que aportaron.

En cambio, los administradores tanto de hecho como de derecho, en caso de negligencia o incumplimiento de obligación de solicitud de concurso de acreedores por superar las pérdidas máximas pasará a responder de cualquier deuda de forma personal.

En caso de ser varios los administradores esta responsabilidad será solidaria de todos los administradores menos los que prueben que no habiendo intervenido en la adopción y ejecución del acuerdo lesivo, desconocían su existencia o, conociéndola hicieron todo lo conveniente para evitar daño o, al menos se opusieron expresamente a aquél.



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