

ODONTÓLOGOS de hoy

Publicación bimestral

Volumen 11

Nº 54 septiembre-octubre 2022



Marcel Martín

Plena dedicación a la formación



Berta Cortés

Las autónomas y la realidad de la baja maternal



SECIB celebra con éxito su congreso en Pamplona

B:DS
Barcelona
Dental Show

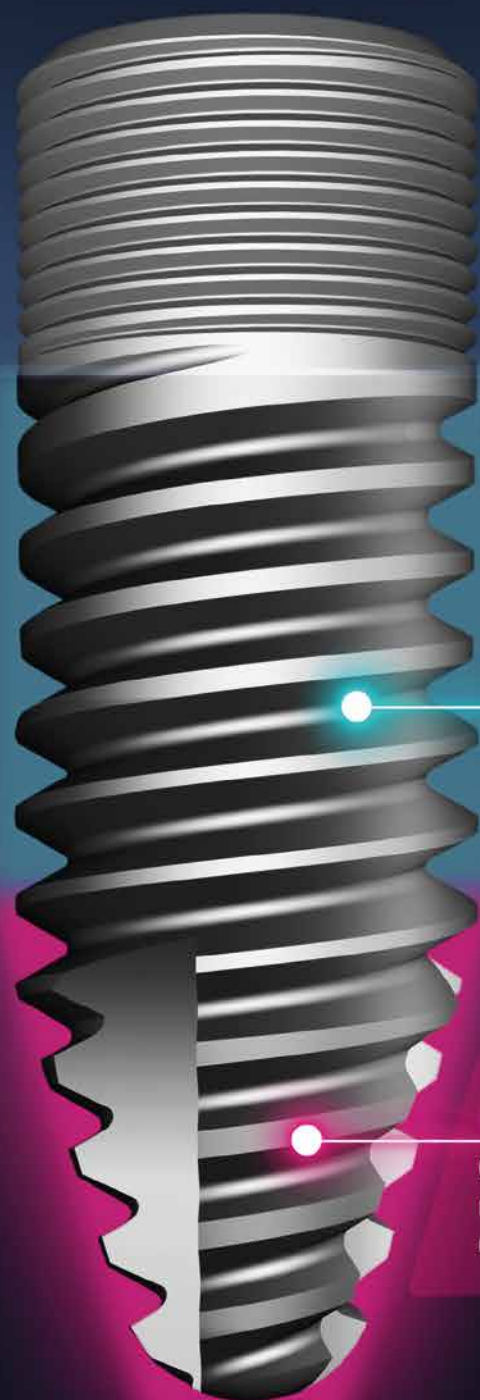
26 – 28 enero 2023

Próximamente



ticare^{v2}

Anticipa la **sensación** de estabilidad primaria



ESPIRA DE DOBLE ROSCA

Doble hilo que reduce a la mitad el tiempo de inserción, reduciendo así el calentamiento óseo.

ÁPICE MÁS EFICAZ

Gracias a un cono más apuntado que aporta estabilidad primaria adicional.

Aún mejor estabilidad primaria.

Menor tiempo de inserción.

Reduce aún más el traumatismo.

La esencia de **Ticare**, un diseño mejorado.
gapZero verificado siempre que se utilicen aditamentos Ticare

ODONTÓLOGOS de hoy

Sumario

Editorial 05

Opinion 07

- 🕒 Cambiar el paradigma: ¿vivir para solo tratar o vivir para diagnosticar y tratar?
- 🕒 La salud oral de los mayores en el sistema público

Tribuna de salud pública 10

- 🕒 Otro gigante que se aprovecha de la situación

Actualidad 12

- 🕒 SEPES refuerzan su peso en la European Prosthodontic Association
- 🕒 IV Congreso Europeo de Historia de la Odontología
- 🕒 IX Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral
- 🕒 XIX Congreso SECIB 2022, Pamplona
- 🕒 IFEMA MADRID, Brand Comunicación y Fenin presentan ORAL-TECH, II Fórum Internacional de Expodental
- 🕒 La Facultad de Odontología de La Universidad Complutense de Madrid entre las mejores del mundo
- 🕒 Aragón aprueba la creación del Colegio de Higienistas

Entrevista 26

- 🕒 Marcel Martín
- 🕒 Berta Cortés Acha

Formación 34

- 🕒 León, sede del próximo Congreso SEGER

Ciencia y salud 36

- 🕒 Hiperplasia fibrosa
- 🕒 Evaluación de un sistema de fresas helicoidales en la recolección de hueso autólogo mediante fresado biológico. Estudio de corte transversal
- 🕒 Estrategias quirúrgicas de prevención en peri-implantitis

Cultura 48

- 🕒 El arte abstracto: una evolución hacia el sentimiento

Gestiona tu consulta 52

- 🕒 Claves de la reforma sobre el sistema de cotización de personas autónomas

Empresas 53

- 🕒 ALIGN TECHNOLOGY CELEBRA SU 25 ANIVERSARIO
- 🕒 La boutique Gallantdale inaugura centro en Madrid
- 🕒 XXVI Congreso Europeo de Cirugía Cráneo Maxilofacial
- 🕒 Curso tratamientos avanzados en implanto-prótesis
- 🕒 Universidad de Sevilla y Ticare

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marcín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

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

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

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

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

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

Distribución exclusiva a odontólogos,
estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

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



Un eslabón débil hace irrelevante a toda una cadena de fuertes eslabones

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

El pasado día 16 de septiembre la Sociedad Española de Cirugía Bucal en su congreso en la ciudad de Pamplona, dentro de su programa rendía un merecido homenaje al Profesor Cosme Gay Escoda, gran precursor de esta sociedad, que tuvo como primer presidente al Profesor Manuel Donado. Recibidas las correspondientes menciones que estos actos acostumbran y de la que destacamos la del Dr. Manuel María Romero en forma de chirigota que como buen gaditano supo regalar al Prof. Gay y por su simpatía recibió una larga ovación del público, llegó el discurso del Prof. Gay Escoda, discurso que con su permiso o su disculpa si no le gusta definiremos como un discurso “Cosme Gay en estado puro”. Agradeció las colaboraciones recibidas en su travesía, reconoció el trabajo de tantos prestigiosos compañeros sobre todo de la universidad, criticó con dureza y sin faltar a la verdad a quienes tuvieron un indigno comportamiento y se lamentó de que después de tantos años, en España sigamos sin tener reconocidas las especialidades en odontología como en el resto de los países afines, y como es su estilo arremetió contra quienes por su incompetencia no han sabido llevar esta legítima aspiración de la profesión a buen puerto.

La SECIB fundada en 1994, ha sido en opinión de muchos, uno de los proyectos más ilusionantes y mejor gestionados en la odontología española de los últimos treinta años. La confluencia de relevantes miembros de la profesión en su actividad la pone en los más altos estándares de calidad científica, a modo de ejemplo mencionar que en este último congreso en Pamplona el comité científico lo integraban como presidente y vicepresidente respectivamente los profesores José Vicente Bagán y José Manuel Aguirre.

Es difícil imaginar, si no se conoce como funcionan las estructuras de esta profesión, que algo tan solicitado y justificado no se haya conseguido. El profesor Gay lo apuntó en su discurso y señaló

como parte de esta situación la falta de eficacia y la incompetencia del Consejo General de dentistas, con permiso del profesor Gay y si no con su disculpa le tomamos la palabra.

Leo en la propia web del Consejo una manifestación del actual presidente que dice:

“El Consejo General de Dentistas recuerda que es el único interlocutor válido del sector odontológico ante la Administración Pública”.

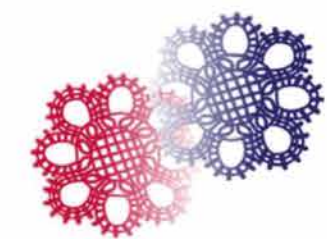
Señor presidente del consejo, lleva usted en cargos colegiales desde 1991, tres años antes de constituirse la SECIB, y está en su tercer mandato como presidente del consejo, rodeado de los de siempre, algunos ahora ya supernumerarios porque no debe saber ya como colocarlos para que sigan sentándose en su mesa, la de mantel y copas.

Si usted es lo que dice, parece claro quién es el que no lo ha conseguido.

Ahora bien, lo de “sector odontológico” míreselo mejor, porque los estatutos de la entidad que preside mencionan “profesión” y no “sector”. No es lo mismo, comprese un diccionario.

*“El Consejo General de Dentistas recuerda
que es el único interlocutor válido del
sector odontológico ante la Administración
Pública”*

Quien no sabe ni lo que representa, mal puede llevar a término las aspiraciones de sus representados.



XVII

Reunión de la Academia Iberoamericana
de Patología y Medicina BucalI Congreso de la Sociedad Paraguaya
de Patología y Medicina Bucal

ASUNCIÓN, PARAGUAY



TALLERES

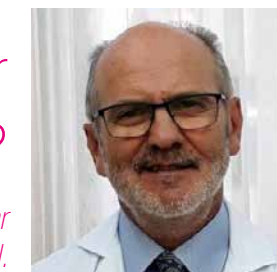
PÓSTERS &
COMUNICACIONES

CONFERENCIAS

2&3 DICIEMBRE
2022MODALIDAD
VIRTUALMÁS INFORMACIÓN EN: patologiaymedbucal22@gmail.co

Cambiar el paradigma: ¿vivir para solo tratar o vivir para diagnosticar y tratar?

J. M. Aguirre Urizar

Catedrático de Medicina Bucal, Patología Oral y Maxilofacial.
Departamento de Estomatología II. Universidad del País Vasco EHU

En los últimos tiempos la Odontología en nuestro país y los profesionales que la ejercen, asistimos a la progresiva banalización y desprecio del "Diagnostico" y a la entronización del "Tratamiento" como actividad profesional sanitaria fundamental.

Conocemos desde Hipócrates (460-370 aC), que cualquier actividad sanitaria sobre el ser humano, sea médica u odontológica, debe realizarse en base a 3 elementos fundamentales: el interrogatorio clínico completo, la exploración física minuciosa y los exámenes complementarios necesarios. De este modo, la información que obtenemos nos permite alcanzar la cima del "Diagnostico", elemento indispensable para que podamos tratar a nuestro paciente del mejor modo posible y lograr la curación. En nuestro país, la actividad profesional odontológica ha sido y es mayoritariamente privada y los profesionales odontólogos/estomatólogos, hemos vivido y vivimos de realizar esta actividad sanitaria en clínicas y consultas, de la mejor manera posible.

"Las últimas encuestas epidemiológicas nos anuncian una mejoría en la salud bucodental en España, con una marcada reducción de la patología dental en la población infantil y juvenil"

El paradigma imperante en parte de la Odontología actual de: "solo gano dinero si trato", es muy peligroso, no solo socialmente, ya que nos devuelve a la falsa y nefasta imagen del "dentista que se forra", sino sanitariamente, ya que potencia la mala praxis y el sobretratamiento, que conducen a actuaciones delictivas con implicaciones legales que tanto daño producen.

Las últimas encuestas epidemiológicas nos anuncian una mejoría en la salud bucodental en España, con una marcada reducción de la patología dental en la población infantil y juvenil. Esta buena noticia ya está repercutiendo en algunas comunidades, en las que se aprecia una gran reducción de las necesidades de tratamiento y rehabilitación de la población, que van a ser mayores en el futuro, lo que para los profesionales dedicados "solo a tratar", va a ser difícil de comprender y asimilar.

Los profesionales de este país, debemos reflexionar sobre nuestra actividad sanitaria como odontólogos/estomatólogos, que nos lleve a diagnosticar correctamente las múltiples enfermedades orales y maxilofaciales, y a tratarlas cuando sea preciso, del mejor modo posible. Los profesionales de la Odontología debemos hacer más prevención, implementándola como actividad odontológica fundamental en las clínicas, junto al control periódico de nuestros pacientes. Creo que es muy importante, que todo esto sea considerado en los planes de estudio de Odontología que se van a impartir en las Universidades españolas para no crear falsas o erróneas expectativas profesionales en sus egresados.

Como señala el empresario y escritor Farshad Asi: *"La reflexión es un proceso de pensamiento serio, profundo y que se requiere en un cambio de paradigma"*.

Creo que la profesión odontológica en España debe reflexionar y cambiar el paradigma y pasar a: *"vivir para prevenir, diagnosticar y tratar"*

Lamentablemente, los profesionales odontólogos/estomatólogos asistimos, cada vez con mayor frecuencia, a que se oferte nuestra actividad anunciando: "El Diagnostico y una limpieza gratis" o "El primer Diagnostico gratis", u otros por el estilo. Estos anuncios dañan profundamente nuestra imagen social de "profesionales sanitarios", que es lo que somos y debemos ser, y nos convierte en "vendedores de tratamientos", que cuanto más grandes sean, mejor, ya que serán más caros y más beneficios reportaran.

La salud oral de los mayores en el sistema público

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



Hubiera dicho yo que con el espectacular impacto que ha tenido la COVID en la tasa de mortalidad de los mayores, con la constatación de que forman un grupo de riesgo en el más amplio sentido de la palabra, con la evidencia de que la atención en residencias de ancianos y en el propio sistema público de salud es notoriamente precaria, con la certeza de la escasez de programas de salud reales para la atención a los ancianos y con las clarísimas limitaciones económicas, en movilidad, dependencia y un sinfín de aspectos más que sufren, el sistema diseñaría actuaciones no quizá para corregir, pero sí al menos para paliar todos esos aspectos que derivan finalmente en una peor calidad de vida, justo en los años en los que más vulnerables somos.

En la salud bucodental, vinculada directa o indirectamente a través de su relación con las enfermedades con la salud global, hubiera deseado un compromiso mayor de la sociedad y especialmente de la Sanidad Pública con el desarrollo de actividades o programas de atención y prevención de las enfermedades orales para los ancianos.

Las encuestas de salud oral... ..la estadística obvia a los mayores de 75 y mucho más a los mayores de 80

Las encuestas de salud oral, de manera reiterada, presentan un panorama desolador para los que tienen entre 65 y 74 años. Unas necesidades de tratamiento restaurador, una presencia de cálculo y de bolsas periodontales, sobretodo entre 3 y 4 mm, una percepción de salud oral negativa y en definitiva múltiples problemas para comer. Eso teniendo en cuenta que la estadística obvia a los mayores de 75 y mucho más a los mayores de 80. Este grupo etario que viene aumentando exponencialmente su peso demográfico y que lo seguirá haciendo en los próximos años no puede ser objeto de una atención menor que el grupo de embarazadas o de niños que, pese a sus problemas, son objeto de una atención especial como grupos de riesgo. Pese a tener unos datos objetivos de salud oral mucho mejores que los ancianos e infinitamente mejores que los

ancianos de mucha edad la atención comparativa entre niños, embarazadas y mayores es absolutamente desequilibrada en perjuicio de los últimos.

Pensar que los ancianos simplemente necesitan, para mejorar su salud bucodental, el que les provean de prótesis es una aberración conceptual

Soy consciente de que los recursos son limitados, pero también de que el sistema exige equidad. Pensar en que los ancianos simplemente necesitan, para mejorar su salud bucodental, el que les provean de prótesis es una aberración conceptual. Las auto-



ridades sanitarias instan a que los pacientes lleguen a la edad mayor con al menos 20 dientes. El edentulismo en los mayores ha disminuido enormemente y el objetivo de salud actual casa más con mantener las piezas que se tienen que con reponer las que faltan. Un decidido programa de restauración utilizando materiales de mínima invasión como ionómeros, fluoruro diamino de plata o papaina, introduciendo la presencia de odontólogos en las residencias de ancianos y en pacientes institucionalizados, realizando programas de formación al personal cuidador y tratamientos de higienes y raspados a todos los mayores y especialmente a los mayores de 80 años, en colaboración con las higienistas, sería un objetivo de salud perfectamente asumible dentro de las prioridades de cualquier sistema de salud. Sería perfectamente cuantificable y la relación costo beneficio sería francamente atractiva. Al menos es algo que no se puede desechar de antemano con los prejuicios de que el anciano necesita un tratamiento prostodóncico cuando lo evidente es que los mayores, lo que más necesitan es un tratamiento preventivo y conservador simple que

... a los viejos la muerte no les llega con la vejez sino con el olvido

mantenga en boca los dientes estratégicos suficientes para que la masticación y la calidad de vida sean óptimas.

Los mayores, lo que más necesitan es un tratamiento preventivo y conservador

Corren tiempos de homogeneización de las prestaciones públicas odontológicas. Me temo que los mayores han vuelto a ser olvidados. Me queda la esperanza de que las comunidades autónomas suplan la falta de sensibilidad y criterio de la administración central en sus prestaciones complementarias poniendo la salud de los mayores en el lugar que se merecen.

García Marquez decía que a los viejos la muerte no les llega con la vejez sino con el olvido. Ya han muerto bastantes, fruto de olvidos previos. Ojalá alguien con capacidad de decisión en el sistema de salud se acuerde de ellos, promueva acciones preventivas y deje de pensar que lo único que se puede hacer es ponerles una prótesis.

Otro gigante que se aprovecha de la situación

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



La odontología marquista, esa que es un negocio mercantil antes que un Servicio de Salud, se reorganiza y prepara su estrategia para conquistar plenamente el terreno de la salud bucal (ese terreno abandonado por la salud pública) como un mercado más. Desde España apuntan a conquistar el resto de Europa. En los países europeos no se da la implantación que estas compañías tienen en España. Vitaldent se transforma en holding empresarial. Nace Donte Group de la mano de la firma de capital riesgo Advent International, una de las importantes a nivel mundial. Sobre su capacidad, baste saber que Advent International ha invertido en los últimos 20 años 7.000 millones de dólares en el sector de la salud y la belleza. Si la cosa sale bien, aspiran a salir a Bolsa. El nuevo grupo integra, junto a Vitaldent como buque insignia, la red de clínicas de ortodoncia Moonz, la marca Smysecret dedicada a la estética dental y MAEX, una firma que se presenta como marca Premium dedicada a la cirugía bucal y maxilo-facial. Es decir, todos los servicios del área de la salud bucal en un grupo económicamente potente. Con el que el profesional no puede competir.

Si estuviéramos hablando de un mercado de servicios que no tuviera la salud como "campo de juego", sería una noticia más del mundo empresarial y económico. Pero es de la SALUD de lo que estamos hablando. El cliente de un servicio dental es, ante todo, un paciente: una persona que acude por una enfermedad, un trastorno bucal, la necesidad de mejorar su funcionalidad (incluida la estética que también es una funcionalidad psicológica y social), o, simplemente, a revisar su estado de salud. ¿Ustedes se imaginan a este entramado de empresas preocupándose por el mantenimiento de la salud? Un grupo empresarial así solo se sostiene vendiendo tratamientos al precio que sea y, sobre todo, financiándolos.

Sería engañarse pensar que estas estructuras económicas son un verdadero servicio de salud. Un servicio de salud es aquel donde el cliente es, primero, paciente; que se dedica a fomentar los cuidados para evitar la enfermedad; donde la enfermedad, o el trastorno, o la necesidad funcional están en el eje de su actuación; donde las necesidades de los pacientes son el elemento de juicio para prescribir un tratamiento; donde el tratamiento es un efecto del estado de salud, no un presupuesto a financiar.

Los que nos dedicamos a esta profesión, sabemos que nuestra palabra es relevante para el paciente y que hará, casi con toda probabilidad, lo que el odontólogo (con plena libertad de prescribir y no mediatizado por objetivos económicos) le recomiende. Si además a éste le apoya un potente marketing, ya está todo dicho. El paciente ignora, más allá de sus necesidades sentidas básicas, lo que realmente necesita para el buen mantenimiento de su boca. Así, la venta de tratamientos caros y financiados se convierte en campo abonado. Si el control del servicio, por más que éste sea privado, no está en manos de odontólogos o estomatólogos -médicos de la boca- con conciencia de tratar pacientes y lo está en manos de una dirección mercantil, que nadie espere que sus servicios sean de cuidados de la salud. Además, Donte Group declara abiertamente que ven como oportunidad de negocio la ampliación de las prestaciones de la cartera de servicios del SNS por la posible cooperación público-privada. En otras palabras, que pretenden colonizar el PADI si la cosa se pone a tiro.

"El cliente de un servicio dental es, ante todo, un paciente: una persona que acude por una enfermedad, un trastorno bucal o la necesidad de mejorar su funcionalidad"

Después del rescate de Vivanta por parte del gobierno, un disparate y un agravio en opinión generalizada, es hora de que los colegios profesionales levanten su voz y luchen con más fuerza, energía y decisión contra estos modelos. Creo que no les faltará el apoyo de la colegiación. Alguien dirá que dan trabajo a más de 2.000 odontólogos. Cierto. Pero esto es así porque se ha permitido que las cosas lleguen a este extremo y seguro que esos odontólogos bien podrían estar trabajando en mejores condiciones. Y también es así porque la Administración Pública no ha defendido, ni defiende, la salud bucal por más que, de vez en cuando, le conceda un espacio informativo.

NSK
Create it

Ofertas Especiales

HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022

Surgic Pro2 MICROMOTOR QUIRÚRGICO PARA IMPLANTOLOGÍA



OPERABILIDAD - SEGURIDAD - CONECTIVIDAD

MODELO **Surgic Pro2 LED**
REF. **Y1004195**



Contenido:

- Unidad de control
- Micromotor con luz LED **SGL80M**
- Contra-ángulo óptico **X-SG20L** (Reducción 20:1)
- Pedal de control inalámbrico
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

3.999€*
6.301€*

MODELO **Surgic Pro2**
REF. **Y1004196**

Contenido:

- Unidad de control
- Micromotor sin luz **SG80M**
- Contra-ángulo **SG20** (Reducción 20:1)
- Pedal de control inalámbrico
- Tubo de irrigación (pack de 3) y otros accesorios

2.999€*
4.773€*



POTENCIA
Hasta 80 Ncm



NSK Dental Spain S.A. www.nsk-spain.es

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

SEPES refuerzan su peso en la *European Prosthodontic Association*



Los Profesores Guillermo Pradiés y Rafael Martínez de Fuentes, presidente y vicepresidente de SEPES respectivamente, han sido reelegidos en sus cargos de la Junta directiva de la European Prosthodontic Association EPA, en la Asamblea anual celebrada en septiembre en Siena. La prótesis española afianza así su peso dentro de esta prestigiosa asociación a la que están adheridas las sociedades de Prótesis de más de 50 países.

SEPES y EPA firmaron en mayo un acuerdo institucional según el cual todos los miembros de SEPES pasaban a formar parte de la EPA como miembros de pleno derecho con las ventajas que esta pertenencia suponían, destacando entre ellas el acceso al prestigioso Título de Especialista en Prótesis otorgado por la EPA.

Esta pertenencia en bloque a la EPA de todos los miembros de SEPES conlleva además otros beneficios para los socios como son el acceso gratuito a los webinars, al material académico y publicaciones especializadas en prótesis editado por la EPA como es el caso de la *"European Journal of Prosthodontics and*



Restorative Dentistry" y la asistencia con precio reducido al congreso que la EPA celebra anualmente en una ciudad europea. El próximo año el congreso tendrá lugar del 14 al 16 de septiembre en la ciudad lituana de Vilnius. La adhesión de SEPES a la EPA es un importante acuerdo alcanzado por la actual Junta Directiva de SEPES y que se impuso como objetivo al acceder hace un año a la gestión de la sociedad.

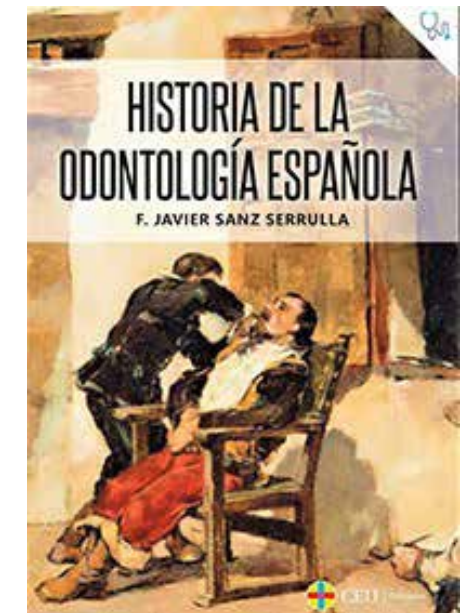


IV Congreso Europeo de Historia de la Odontología

Durante los días 9 y 10 de mayo de 2022 se celebró en París el "IV Congreso Europeo de Historia de la Odontología", organizado, como los precedentes, por la Société Française d'Histoire de l'Art Dentaire (SFHAD), la Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia (SISOS) y la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO).

Las sesiones del primer día se celebraron en el Anfiteatro Baudens de la iglesia de Val de Grâce, procediéndose por la tarde a visitar ésta y el magnífico museo de la medicina que alberga. Al día siguiente tuvieron lugar las sesiones en la Faculté de Chirurgie Dentaire, frente a les Jardins de Luxembourg, y asimismo se hizo una visita

comentada al joven museo que esta Facultad acoge, con piezas de muy alto valor histórico y museístico. Por parte de SEHO asistieron la presidenta, M^a. Jesús Pardo, y los socios de la misma Javier Sanz, M^a. José Solera, Tomás Solarana y Marià Mayans. Presentaron sus comunicaciones los tres primeros, sobre los siguientes temas: "Epónimos dentales: la Enfermedad de Fauchard" (M.J. Pardo), "Propuesta de un plan de investigación común en Historia de la Odontología" (J. Sanz), "Éponimos dentales: la Técnica de Schilder" (M.J. Solera). Al finalizar la edición de este congreso se acordó que el "V Congreso Europeo de Historia de la Odontología" tenga lugar en España, previsiblemente durante la primavera del año 2025.



Ediciones CEU presenta el libro HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA ESPAÑOLA, del que es autor el Prof. Javier Sanz, Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España. A lo largo de sus 450 páginas, con abundantes ilustraciones, se da cuenta del discurrir de la Odontología de nuestro país desde tiempos medievales hasta la pandemia de la COVID-19, abarcando los aspectos sociales, profesionales, docentes o científicos. Se incluyen al final varios apéndices de gran utilidad en aspectos concretos como las revistas, sociedades científicas y profesionales y congresos nacionales celebrados en España.

Disponible en www.ceuediciones.es

IX Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral

por Irene Lafuente Ibáñez de Mendoza



Los pasados días 1 y 2 de Julio de 2022, se celebró, en formato online, el IX Simposio Internacional sobre Avances en Cáncer Oral, dirigido por el Profesor José Manuel Aguirre Urizar y organizado por el Departamento de Estomatología II de la Universidad del País Vasco UPV/ EHU.

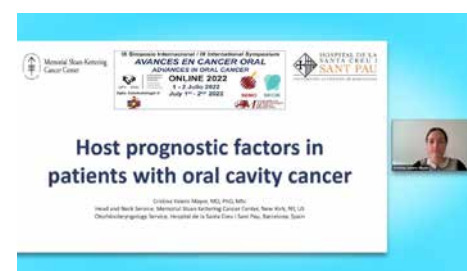
Esta Reunión Científica contó con la colaboración de la Sociedad Española de Medicina Oral, la Sociedad Española de Cirugía Bucal, la European Association of Oral Medicine y la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. Actuaron como patrocinadores las empresas Biocosmetics, ISDIN, Straumann, Odontólogos de Hoy y SDPOMF. La Secretaría Técnica corrió a cargo del Grupo Meraki – Eventos con Alma.



Durante el Simposio se dictaron 10 Conferencias de actualización divididas en 4 bloques y 1 Taller clínico, que cubrieron diferentes aspectos actuales y novedades sobre el Cáncer y el precáncer oral. También se presentaron diferentes trabajos científicos seleccionados por el Comité Científico y se celebró la clásica Sesión Clinicopatológica con 6 casos.

La jornada del viernes 1 de Julio comenzó con el Taller sobre “Diagnostico diferencial de las lesiones pigmentadas orales más importantes” impartido por el Dr. Marco Meleti de Italia (Presidente electo de la EAOM), que repaso las principales entidades clinicopatológicas que se deben considerar a la hora de realizar un correcto diagnóstico de las lesiones pigmentadas de la cavidad oral.

La tarde continuó con una charla de la Dra. Cristina Valero titulada “Factores pronósticos del huésped en pacientes con cáncer de la cavidad oral”. La Doctora Valero, que trabaja en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de Nueva York, analizó minuciosamente el importante papel del estado inmunológico del huésped en la respuesta frente a la carcinogénesis oral y su importancia a la hora de implementar nuevas terapias y establecer el pronóstico de estos pacientes



Más tarde, el Dr. Ricardo Gómez de Brasil dio una conferencia sobre el todavía controvertido tema, de si “¿El trauma es un factor de riesgo para el carcinoma oral de células escamosas?”. El Dr. Gómez aportó nuevos datos sobre el rol del trauma crónico en el proceso carcinogénico, generando un nuevo debate sobre si se trata de un factor de riesgo o es un factor causal. El primer bloque acabó con una charla del Doctor Juan Antonio Guerra (España) sobre “Nuevos fármacos en el cáncer oral: ¿realidad o promesa?”, exponiendo los avances sobre este tema y señalando el largo camino que aún queda para que alcancemos un tratamiento farmacológico eficaz frente al cáncer oral.

Posteriormente, la Dra. Manoela Martins de Brasil dictó una brillante charla sobre “Claves clinicopatológicas en el carcinoma de células escamosas labial”, analizando esta patología y sus diferencias con el carcinoma de células escamosas convencional de otras regiones de la cavidad oral. El segundo bloque continuó con el Dr. Mario Pérez Sayans de España que realizó una actualización sobre la “Eritroplasia como trastorno oral potencialmente maligno”, exponiendo sus resultados sobre este trastorno oral y su consideración futura como una forma clínica del carcinoma de células escamosas o como un trastorno potencialmente maligno.

La primera jornada del Simposio terminó con el Dr. Felipe Fonseca de Brasil que actualizó el tema sobre si “¿Es diferente el carcinoma oral de células escamosas en gente joven?”. Las cifras del cáncer oral en gente joven están incrementándose poco a poco en todo el mundo; no obstante, todavía no parece existir

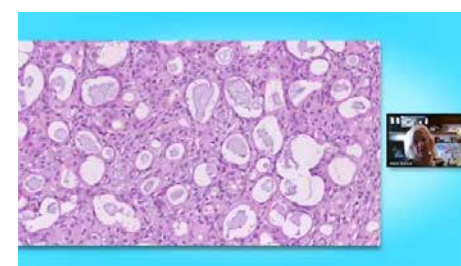


una clara asociación entre esta patología y un factor de riesgo específico reconocido.

El segundo día del Simposio comenzó por la mañana con la presentación de un grupo de trabajos científicos que previamente habían sido seleccionados por el Comité Científico del Simposio, y que recibieron Premios en las modalidades de Investigación Básica y Clínica.



El tercer Bloque de Conferencias lo encabezó la Doctora Alena Skalova de Chequia, que nos brindó una magnífica lección sobre “Las múltiples caras del adenoma pleomórfico”, una entidad neoplásica frecuente cuya naturaleza biológica es muy particular, con diferentes aspectos que pueden dificultar mucho su diagnóstico. La Dra. Skalova expuso las distintas características histopatológicas y patrones que puede presentar esta patología y las claves para alcanzar un buen diagnóstico final.



Esta sección continuó con la Conferencia del Dr. Omar Kujan de Australia, realizando una magnífica exposición de lo que significa, de sus variantes, así como de la nueva clasificación de displasia epitelial oral propuesta en 2006 e introducida y ratificada por la OMS en 2022.

La siguiente actividad fue la Clásica Sesión Clinicopatológica, que fue moderada por los Doctores Adalberto Mosqueda Taylor

de México y Ciro Dantas de Brasil. En esta ocasión se presentaron 6 casos clinicopatológicos por los Doctores Bruno Augusto Andrade (Brasil), Favio Ramoa Pires (Brasil), Wilson Degado (Perú), Ana Verónica Ortega (Chile), Elena Román (Guatemala) y Gabriela Anaya (México).

Finalmente el cuarto Bloque estuvo constituido por las conferencias de los Doctores Alexander Ross Kerr (USA) sobre “Claves terapéuticas en los principales trastornos orales potencialmente malignos” y Saman Warnakulasuriya (UK) sobre “Claves diagnósticas en los principales trastornos orales potencialmente malignos”. Ambos conferenciantes participaron en la última Reunión del Grupo Colaborativo de la OMS para los TOPMs y dieron dos magníficas conferencias tanto sobre el diagnóstico como sobre el manejo clínico de los pacientes con patología oral potencialmente maligna, dando pie a un interesante debate para finalizar la tarde.



El Simposio culminó con el anuncio de las futuras reuniones de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (Septiembre 2022 Pamplona, España), de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la AIPMB (Mayo 2023 Santiago de Compostela, España), y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal (2022 Paraguay, Online)



Desde el Comité Organizador del IX Simposio Internacional Avances en Cáncer Oral queremos agradecer su participación en este evento tanto a los magníficos conferenciantes como a los 207 colegas inscritos; junto a las Sociedades e Instituciones amigas y a las Empresas que nos ayudaron en su realización.

Como señaló el Dr. Aguirre “vuestra asistencia y apoyo son nuestra motivación para seguir realizando este Simposio”.

Muchas gracias. Tenemos la esperanza de que la X edición podamos hacerla de manera presencial en Bilbao 2024.

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

Actualidad

ODONTÓLOGOS de hoy

XIX Congreso SECIB 2022, Pamplona

... Te lo perdiste ... Te lo contamos ...

Dr. A. de Juan Galíndez



- La Sociedad Española de Cirugía Bucal por fin consigue celebrar su XIX Congreso Nacional tras las restricciones pandémicas. Todo un éxito que augura un gran futuro.
- “Lo bueno se hace esperar” es el lema para la cita de este año, retomando los congresos presenciales.

A pesar de las dificultades y tras varios años posponiéndolo por las circunstancias que todos conocemos, por fin gracias al empuje del grupo de Navarra con el admirable empeño y voluntad del Dr. Francisco Cardona Tortajada y su equipo se ha podido celebrar el primer congreso presencial de SECIB de “la era postpandemia” este año 2022, no sin dificultades.

Haciendo el número de XIX congresos SECIB.

En otoño de 2019, la junta SECIB bajo la presidencia del Dr. Miguel Peñarrocha en el congreso en Sevilla, aceptó la solicitud de Navarra como sede del próximo congreso. El entusiasmo que desplegó el equipo solicitante por ser anfitriones les hizo merecedores de dicho encargo, pero nadie esperaba “lo que era de venir”.

El comité Organizador presidido por **Dr Francisco Cardona Tortajada**, y el comité científico presidido por la Dr. Jose Vicente Bagan han tenido el reto de poner a funcionar de nuevo “la maquinaria” de congresos presenciales, contando con la gestión e secretaría técnica de Marta Ventura del Grupo Meraki.

Destacando la presencia en el mismo de la Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, D^a. Santos Induráin, el alcalde de Pamplona D. Enrique Maya y el presidente del Colegio de Dentistas de Navarra, Dr. Oscar Pezonaga junto con el presidente de SECIB, Dr. Daniel Torres y el Presidente del propio Congreso, Dr. Francisco Cardona

Todo ello no hubiera sido posible sin el apoyo de la industria del sector, los **patrocinadores SECIB**, que como siempre han estado a la altura de las complicadas circunstancias, contribuyendo al éxito del evento.

Consiguiendo de esta cita científica, una cita de inexcusable asistencia si se quiere estar informado de lo que “se cuece” en la cirugía bucal actual tanto Nacional como Internacional. Este año, con una vocación muy clara de colocar a la Odontología en la primera línea en la importancia como ciencia de la salud en sus dos vertientes Médicas y Quirúrgicas. Destacando el potente plantel de ponentes tanto nacionales como internacionales.

La importancia del evento vino demostrado por el apoyo en el acto inaugural de este XIX congreso SECIB de las autoridades de la comunidad.. Destacando todos en sus alocuciones la importancia del desarrollo de este tipo de eventos tanto para la sociedad como para la comunidad científica y profesional. Animando a SECIB a seguir en esta línea.

El Congreso, en sí mismo.

Ha sido una amalgama de experiencias. Mezclando clases magistrales con mesas redondas divulgativas, demostraciones en vivo



Francisco Cardona José Vicente Bagan Marta Ventura



Mesa inaugural.

de distintas técnicas quirúrgicas apoyándose en las tecnologías y los flujos digitales, aportaciones de evidencias clínicas de ponentes de primer orden, interesantes debates sobre temas de actualidad en salud bucal y emotivos homenajes con reconocimientos a personalidades que tanto han hecho y hacen por la salud oral en general y la cirugía bucal en particular.

Una vez más SECIB no ha defraudado, el nivel científico que este año se ha desplegado ha superado con creces las expectativas, con la conjunción de los distintos ponentes de distintas especialidades englobadas con un mismo eje conductor como es la salud oral a través de la cirugía bucal. Dando un enfoque divulgativo y didáctico muy claro. Un gran acierto del comité organizador y el comité científico, conseguido un evento muy compacto y bien equilibrado.



La jornada del **jueves 15**, comenzó muy potente. Se presentó una espectacular cirugía en directo donde el Dr. Ruben Davó mostró lo fácil que es hacer "cosas" complejas: "*Zigoma Quad: función inmediata en el maxilar extremadamente atrófico*" ... y lo importante que es estar bien preparado para poder hacer que los retos complejos parezcan sencillos de ejecutar. Quiero destacar el montaje técnico para poder llevar a cabo la retransmisión, los comentarios y preguntas en tiempo real, la capacidad del Dr. Davó para transmitir mientras interviene sobre el paciente. Espectacular.

Seguido otra "joya", con la presencia del **Dr. Adalberto Mosqueda**, subiendo muchos quilates el nivel científico, su presentación sobre las "*Claves diagnósticas en los tumores de los maxilares*" toda una experiencia. Es impresionante la capacidad didáctica del Profesor Mosqueda. Con esto nos hubiéramos dado por satisfecho

pero la jornada mantuvo el pulso con lo programado. Llegando a la última presentación con "cambio de tercio" con la presentación de **Ramon Ramos**, *project manager in IKEA Spain*, cambiando "el punto de vista", mostrándonos la "*Experiencia de cliente. Una actitud elemental e inegociable*" donde palabras como resiliencia, empatía, motivación y sobre todo ACTITUD cobran relevancia absoluta si queremos dar un plus a nuestros pacientes/clientes para conseguir ganar su confianza. Que no nos equivoquemos la **confianza** que depositan los pacientes en nosotros es lo "más" si lo conseguimos. Es lo que inicia el camino a la consecución de la salud o al éxito del tratamiento. Y mantener esta confianza, es el mayor éxito de nuestra actividad y el camino al éxito en nuestra profesión.



El **viernes 16**, empezó también muy potente con primeros espadas "en acción" con un diseño de salas paralelas, donde fueron sucediendo y desgranándose los distintos temas programados para el día. A mí me tocó moderar junto con la Dra. Isabel Leco la sala "Ciudadela", debo reconocer la calidad de las exposiciones y de los ponentes, destacando las intervenciones sobre cirugía guiada y flujo digital de la **Dra. Berta García** y sobre cirugía periapical del **Dr. David Peñarrocha**.

En la sala "Cámara" la importancia del auditorio estuvo al nivel de las conferencias, pero por lo que me han contado si alguien hay destacar ese es el **Dr. Pablo Galindo** con su conferencia "*estrategia de futuro en ROG*" por su rigor y por su capacidad de transmitir.

La sesión del día se continuó con **casos clínicos** donde se pone a prueba y se demuestran las capacidades diagnósticas y terapéuticas de los protagonistas generando interesantes debates.

Para este día y en sesión de tarde se programó la entrega pendiente desde 2019 del **Premio Internacional SECIB** que ese año fue para el **Dr. Matteo Chiapasco** por su aportación científica, presentando la ponencia "*Present trends and new horizons for reconstruction of edentulous atrophic ridges*". Además, en la zona comercial firmó ejemplares de su libro "*Manual ilustrado de cirugía Oral*" a todo aquellos que lo desearon. Por cierto, libro en el cual han participado en su edición en Castellano compañeros de SECIB como el Dr. Rafa Flores como coordinador, la Dra. Berta García Mira, la Dra. Agurme Uribarri y el Dr. Daniel Torres entre otros.

Mención especial hay que hacer al **HOMENAJE** que SECIB brindó al **Dr COSME GAY ESCODA** por su amplia trayectoria, fundador de esta Sociedad y valedor e impulsor de la cirugía bucal en el ámbito de la odontología en España.



Con la lectura del fallo de los premios terminó la jornada del viernes

El **sábado 17** empezó con la "potencia" del primer día, con cirugía en directo en este caso a cargo de la **Dra. Carmen Pomares**. Presentando "cirugía fusión" con lo que denomina "*Técnica de doble factor. Fusión guiada navegada para edentulismo total*" cuyo objetivo es hacer cirugía con máxima precisión y predictibilidad para inserción de fijaciones esqueléticas endo-oseas, es

decir implantes, para estructuras protésicas en carga inmediata en pacientes donde su característica básica, entre otras cosas, es la falta de referencias y apoyos estables. Mostró como su técnica fusión facilita y simplifica, reduciendo el tiempo de actuación sobre el paciente. A la vez que certifica, en tiempo real, que se está ejecutando lo planificado de forma correcta. Es impresionante la capacidad de innovación de la Dra. Pomares y augura un futuro muy prometedor con el desarrollo y perfeccionamiento de los softwares y hardwares que requieren estas técnicas digitales.

Dejaron para el final, como si de "fuegos artificiales" se tratase, una espectacular "tracafinal". La **mesa multidisciplinar sobre cancer**. Haciendo referencia, se entiende, a todo lo que acontece en el "flujo" de manejo de un paciente con CANCER de la BOCA. Desde el Diagnóstico hasta el tratamiento de dicho paciente con cáncer, dependiendo del estadio en que se presente. Así como en lo referente a la recuperación de la calidad de vida de dichos pacientes una vez superadas las distintas fases del tratamiento y dependiendo de factores como el pronóstico en cuanto a la esperanza de vida o de las secuelas de dicho tratamiento. Para hacerse una idea de la importancia de este evento la responsabilidad en la moderación de la mesa estuvo al cargo del propio presidente del congreso Dr. Francisco Cardona y de dos "autoridades" en la medicina y patología oral como son el **Dr. Jose Vicente Bagan** y el **Dr. Jose Manuel Aguirre**. El plantel de ponentes fue completo y acertado, dando al asistente una idea de los acontecimientos que se suceden en el paciente con este padecimiento. Pudiendo entender de una forma global y actualizada todo lo que acontece en un paciente ante un diagnóstico de cáncer oral desde el punto de vista de cada una de las especialidades intervinientes. Especialidades que se integran en el comité de tumores responsable del manejo de estos pacientes. Entre todos quiero destacar al **Dr. Miguel A. Gonzalez Moles** por su vehemencia a la hora de pedir a la profesión odontológica responsabilidad a la hora de conseguir que esta patología se diagnosticada en su fase más precoz posible. Explicando cómo, solo con el gesto de introducir en las rutinas exploratorias y en los controles rutinarios una inspección sistematizada de la mucosa oral. Mostró las diferencias de supervivencia de los pacientes con relación al momento del diagnóstico, entre diagnósticos tempranos y los diagnósticos tardíos. Y constató que todavía estamos en unos parámetros muy alejados de lo que podría considerarse como óptimos. Quiero destacar también al **Dr. Daniel Torres** porque además indicar la necesidad de que, entre los integrantes del comité de tumores de cabeza y cuello, exista un representante de la odontología. Mostró la necesidad de que entre los médicos de las distintas especialidades que integran este comité sería muy aconsejable que tuviesen una "familiarización" con la odontología, a fin de conseguir la sensibilidad necesaria que con sus actuaciones favorezca la recuperación de la calidad de vida de estos, a través de poder acometer las rehabilitaciones funcionales en mejores condiciones.



Simpósio Universidades, Comunicaciones Libres, Talleres Empresa ...

Pero si este congreso ha sido un **éxito**, **NO** se ha debido **SOLO** al nivel de las conferencias y el de los ponentes programados. Solo con eso, quedaría poco “vestido” e incluso insulto. Aquí reside el gran valor de los congresos presenciales, en la maraña de actividades que le dan el **ALMA**. En lo que permite interactuar, enseñar y aprender de otros, conocer otras realidades, conocerse ... Permite introducirse en este “mundo”, en este caso el de la Cirugía Bucal en todas sus dimensiones: la Universitaria, la Empresa, la Práctica Privada ...

Y me refiero al **SIMPOSIUM UNIVERSIDADES** donde los distintos equipos universitarios interactúan y generan sinergias.

Me refiero a las sesiones de **COMUNICACIONES LIBRES** en formato presentación **ORAL** o formato **POSTER** donde los equipos universitarios o equipos profesionales clínicos muestran sus trabajos tanto de experiencia clínica o como de investigación, compitiendo en las distintas modalidades por un premio que mejore su CV entre otras cosas. Cada vez me sorprende y enorgullece más el nivel de las presentaciones y la preparación de las nuevas generaciones. Todo un valor para seguir motivando.

También los **TALLERES EMPRESA** (este año a cargo de TICARE y KUBIDENT) y lo que en su día llamamos **“EXPO SECIB”**, donde la industria despliega sus medios para que los congresistas puedan familiarizarse *in situ* con sus últimas novedades.

Me refiero a los cursos para **HIGIENISTAS y AUXILIARES** generando y motivando el tan necesario **EQUIPO** de trabajo. Como ha quedado mostrado en las cirugías en directo. La importancia de la preparación de todos los eslabones del equipo para conseguir que todo funcione como debe funcionar, dando el soporte y la tranquilidad necesarias para poder tomar adecuadas decisiones y hacer que las cosas parezcan fáciles.

Y como no, lo **SOCIAL y LUDICO**, es decir lo que ahora llaman el “After” ... a aquí no voy a hacer comentarios ... bueno sí ... un acierto lo de la **ruta de pinchos** y el **punto de encuentro**. En este ambiente, muchos bajan de su “pedestal”, es donde se hacen las verdaderas “sinergias” y relaciones más sólidas, las de **AMISTAD**. Este año ha sido todo un descubrimiento, quizás por que veníamos con ganas.

El próximo congreso SECIB es en **septiembre de 2023**, será **PRESENCIAL** y es en **CORDOBA**.



Advierto va a ser especial. El equipo del **Dr JOSE JAVEIR PINILLA** tienen muchas ganas. Ha habido un antes y después tras la pandemia, es un tiempo de repensar, pero lo que esta claro es que necesitamos esta actividad. Me consta que el nuevo comité organizador esta trabajando para hacer algo especial y todo SECIB va a empujar para ello. Se promete muy atractivo y como no puede ser de otra forma ... **¡¡¡Allí estaremos!!!**



NewTom
Cone Beam 3D Imaging
what's next

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18

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



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

IFEMA MADRID, Brand Comunicación y Fenin presentan ORAL-TECH, II Fórum Internacional de Expodental

El acto ha contado con la participación de Ana Larrañaga, directora de Negocio Ferial de IFEMA MADRID; Eva Beloso, consejera Técnica de Fenin; Luis M. Garralda, presidente del Sector Dental de FENIN; Sonia Gómara, presidenta del Comité Organizador de EXPODENTAL; Ana Rodríguez, directora de ORAL-TECH y de EXPODENTAL, y Jordi Martínez, director de BRAND COMUNICACIÓN.



El nuevo evento contará con toda la infraestructura necesaria para dar cabida a una Zona de Exposición y a un Foro de Conocimiento con una amplia agenda de presentaciones, talleres prácticos, networking, etc. impartidos por los más destacados líderes de opinión. Además, se celebrará en años impares, buscando la alternancia con la celebración de EXPODENTAL, con objeto de dar respuesta a la necesidad de adquirir conocimientos sobre las innovaciones de vanguardia, y al mismo tiempo servir de plataforma comercial para las empresas, en el perfecto equilibrio con el impulso que en este contexto ofrece también EXPODENTAL.

Cerró el acto, el **CEO de Key-Stone, Roberto Rosso**, ofreció una presentación sobre la "Evolución del sector dental en un contexto de mayor incertidumbre y nuevas oportunidades". Entre algunos de los datos destacados del informe promovido por Fenin, señaló que, en 2021, el sector dental ha recuperó casi un 30% de su negocio superando los valores anteriores a la pandemia, y alcanzando al cierre del ejercicio los 1.000 millones de euros de facturación, considerando también el crecimiento del

segmento de los alineadores ortodónticos. Según Rosso, a pesar de este importante crecimiento post pandemia, el sector en 2021 no había todavía recuperado totalmente el negocio perdido en 2020, si bien la tendencia del primer semestre 2022, con un crecimiento de un 11%, ofrece una visión muy positiva acerca de la recuperación del sector.

Por otra parte, el mercado de los productos consumibles está pasando por un periodo sensible debido a una fuerte reducción de los precios de los productos desechables que, durante el primer año de la pandemia, habían llegado a tener un peso del 30% en el consumo de las clínicas dentales.

El desarrollo del sector concluyó Rosso, resulta notablemente condicionado por el crecimiento del sector tecnológico, con tendencias muy positivas en el ámbito digital, y crecimiento a doble dígito. También las unidades de tratamiento presentan crecimientos muy importantes, lo que revela una alta confianza de los profesionales que invierten en la modernización de sus centros odontológicos y laboratorios protésicos.

La Facultad de Odontología de La Universidad Complutense de Madrid entre las mejores del mundo

La Universidad Complutense de Madrid se ha reafirmado como uno de los mejores centros para estudiar Odontología de todo el mundo. El Ránking Académico de Shanghai la ha situado en la horquilla de centros entre los puestos 76-100.

La buena posición de la que goza esta universidad, entrando en el top 100 del mundo, está refrendada por su capacidad para la investigación que se ha anotado 56,5 de los puntos. Además, la influencia de los estudios, el papel de las colaboraciones internacionales (75,8) o la calidad de los artículos presentados por los miembros del centro (21,1) han sido otras de las grandes claves de su éxito.



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

En este prestigioso ránking también se incluyen siete universidades españolas más en las que poder realizar dichos estudios. A la Complutense, le siguen la Universidad de Santiago de Compostela, que se sitúa en la horquilla de los puestos 101-150 y la Universidad Internacional de Cataluña y la Universidad de Granada entre la 151 y 200.

La Universidad Católica de Murcia, la Universidad de Barcelona, la Universidad de Murcia y la de Valencia se sitúan en la horquilla entre los puestos 201-300.

Michigan, la mejor universidad del mundo para estudiar Odontología

Las tres mejores universidades del mundo para estudiar Odontología este año han sido la Universidad de Michigan, situada en el primer puesto, la Universidad Norte de California y la Universidad de Harvard. Esta última le ha desplazado del tercer puesto al King's College London.

España también se sitúa en el top 50 de Medicina

La Universidad de Barcelona también ha sido una de las grandes victoriosas del famoso ránking. El centro se ha afianzado como uno de los 50 mejores centros para estudiar Medicina de todo el mundo. La clasificación le ha otorgado una valoración de 178,9 puntos, lo que representa una décima por encima de su nota del año anterior. La puntuación le ha permitido mantenerse en el puesto 45 de la clasificación global y repetir de nuevo como el mejor destino para los estudiantes dentro de España.



Aragón aprueba la creación del Colegio de Higienistas

El Pleno de las Cortes de Aragón ha aprobado la **creación del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Aragón**.

El texto normativo recoge entre los motivos de la creación de este colegio profesional aspectos como que "responde al modelo de adscripción voluntaria y contribuirá a una mejor defensa de la observancia de las reglas y código deontológico de la profesión, que redundará en un mejor servicio a la ciudadanía en general y en un mayor nivel de exigencia de competencia y de calidad en el desempeño del trabajo por parte de los profesionales".

El proyecto de ley de creación del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Aragón se ha aprobado por unanimidad de todos los grupos parlamentarios representados en las Cortes.

Con la creación del Colegio de Higienistas de Aragón, ya son cada vez más las comunidades autónomas que cuentan con colegio profesional, Colegio de Madrid, Colegio de Extremadura, Colegio de Galicia, Colegio de Castilla La Mancha y Colegio de Comunidad Valenciana.

Algunas comunidades autónomas no contemplan esta posibilidad en su Ley de Colegios Profesionales, como es el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco que excluye de esta posibilidad a las profesiones no universitarias.

En las comunidades donde no hay colegio profesional, el interés de estas profesionales por constituirse en colegio es una aspiración reclamada por las asociaciones de higienistas, que vienen desarrollando una intensa labor a pesar de su falta de medios.



Hablamos con Marcel Martín

*Personalidad referente de la fotografía dental.
Formador en activo de profesionales de la odontología.*



El pasado día 17 de septiembre en la clausura del Congreso de SECIB, por sorpresa, esta sociedad tributó un merecido homenaje a Marcel Martín, fotógrafo profesional que durante los últimos 20 años se ha dedicado a formar y atender las necesidades de las clínicas en cuanto a la fotografía y ha dirigido los reportajes gráficos de multitud de congresos de la profesión en España. Marcel había anunciado con discreción, como es habitual en su proceder, que esta sería la última ocasión en que ejercería la dirección fotográfica de un evento. No significaba que abandonase la profesión como algunos pudieron creer, sino que a partir de ahora su dedicación a la fotografía dental será en el campo exclusivo de la formación.

La entrega durante el Congreso SECIB de una placa en reconocimiento a tu labor. ¿Cómo la has vivido?

Con gran sorpresa, no creo que sea merecedor de este reconocimiento, lo único que he hecho ha sido cumplir con mi obligación ya que si la gente confía en ti, tu debes corresponder a esa confianza.

¿Cómo surgió tu pasión por la fotografía?

No fue un flechazo, desde muy joven tuve que empezar a trabajar (como muchos otros niños en esa época) y tuve que combinar los estudios de electrónica con el trabajo de aprendiz.

Reparaba flashes y cámaras y ahí empezó mi contacto con fotógrafos, era el momento del cambio de la iluminación continua a la de flash y tenía que enseñarles a iluminar con este nuevo tipo de iluminación hasta que vi que mi camino era el de la fotografía.

¿Cómo crees que ha cambiado el mundo de la fotografía la llegada de la digital y de los programas informáticos como Photoshop, que permiten retoques de todo tipo? ¿Cómo afecta al trabajo del fotógrafo?

El cambio fue muy brusco y más para personas como yo que ya teníamos una edad avanzada, no por el hecho de la toma fotográfica que el concepto era el mismo sino por lo que llevaba im-

plicito que era la postproducción. A mí personalmente me daba miedo el hecho de coger un ratón para manejar el ordenador y la dificultad que entrañaba manejar los programas. Muchos compañeros no creyeron en la nueva tecnología o no se quisieron o atrevieron a adaptarse a lo nuevo y tuvieron que cerrar y abandonar la profesión.



El importante cambio a lo digital está en la postproducción

¿Cómo fue tu paso de la fotografía convencional (¿Publicidad, estudio, bodas, etc.?) a la fotografía dental?

De una forma totalmente fortuita, en el año 2002 el Dr. Francisco Pina me contrató para realizar el reportaje fotográfico del congreso de SEI en Barcelona. Por mi lado pasó el Dr. Josep María Clemente y se extrañó que en esa época un fotógrafo profesional utilizara una cámara digital, fui a su clínica a explicarle las ventajas que le iba a ofrecer una cámara digital a lo que el estaba utilizando en ese momento que era la inmediatez, ver la foto al momento y no tener que depender de esperar a tener una diapositiva revelada al cabo de unos días ya que si la diapositiva no había quedado bien ya no se podía repetir debido a que el paciente ya no estaba.

Le pareció tan bien que me propuso ir al Colegio de Odontólogos a dar un curso y posteriormente al Forum Dental del Mediterráneo. A partir de ahí todo seguido, la Dra. Conchita Curull me pidió que fuera a SEPA Tarragona y hasta hoy, dando las gracias a todo el sector porque han sido los mejores años de mi vida profesional.

Te estoy escuchando y te veo totalmente integrado en el mundo de la odontología.

Yo soy una persona que me implico mucho en mi trabajo, cuando empecé en la odontología lo que más me interesó fue saber qué necesidades fotográficas tenía una clínica dental y me di cuenta que era imprescindible hacer fotografías de todos los paciente desde el primer momento hasta acabar su tratamiento, que les iba a ir muy bien como herramienta de diagnóstico, como herramienta de marketing, como herramienta legal y para muchísimas más cosas, que si la fotografía dependía de los doctores/as faltarían muchas fotografías, quien debe hacer las fotografías es el personal auxiliar y ponérselo de una forma muy sencilla ya que no han de ser fotógrafos/os. Con un equipo básico con unos parámetros muy sencillos y que aprendan a encuadrar.

¿Entiendo que has dejado atrás toda la parte que hacías comercial para dedicarte exclusivamente a la formación?

Efectivamente, ya hace cinco años dejé toda la parte comercial y lo hice saber a través de un comunicado que este tema lo iban

a llevar desde Casanova Foto y estuve un tiempo como asesor externo hasta que hubo un momento en que me hice a un lado para dedicarme única y exclusivamente a la formación. Por si alguien tiene alguna duda, no tengo nada que ver con dicha empresa.

Te dedicarás los próximos años en exclusiva a la formación. ¿Qué proyectos tienes ya abiertos en este campo y que otros implementarás?

De momento continuar con lo que estoy haciendo que es ir a las universidades que necesitan formación tanto para el grado como a masters e ir a clínicas a formar al personal auxiliar.

Estoy acabando un nuevo proyecto con la Dra. Caridad Hernández de la Universidad de Murcia donde yo voy a hablar de la parte técnica, del manejo de las cámaras y parámetros a utilizar en cada tipo de fotografía y la Dra. Hernández de la parte científica, del porque la toma hay que realizarla en una posición concreta. Realizada la teoría vamos a realizar prácticas para que todos los asistentes al curso tomen las suficientes fotografías hasta que veamos que lo han entendido perfectamente.

Mi paso por Casanova Foto fue una transición como asesor, ya no tengo nada que ver con esta empresa

¿Escribiste un libro sobre fotografía Dental, que aceptación tuvo?

Cuando la editorial me propuso escribir un libro sobre la fotografía dental fui muy reacio a hacerlo ya que escribir creo que no es lo mío, pero después de insistir y decirme que era un encargo para los Laboratorios Lacer y que mis hijos me insistieron de que sí, que lo tenía que escribir, me decidí a hacerlo.

Estoy francamente satisfecho del resultado obtenido y de la aceptación que ha tenido, los comentarios que recibo son muy halagadores, el problema es que ahora me preguntan donde se puede adquirir y creo que Lacer los ha agotado y no hay forma de conseguirlo.

¿No has pensado en escribir otro más actualizado?

Estamos pensando con la Dra. Caridad Hernández en escribir un manual práctico sobre Fotografía Dental pero de momento está



gestándose y es posible que lo podamos tener a mediados del próximo año.

Del carrete en el que cada disparo suponía un coste a lo digital donde parece que pulsar el botón no tiene coste ya. ¿Realmente es así o nos pasamos dando al botón?

La ventaja que tiene es la economía, la inmediatez, pero el digital tiene otros problemas y es que el concepto digital la gente no lo ha acabado de entender.

En primer lugar, habría que explicar que dependiendo del tamaño del sensor de captura la fotografía tendrá más o menos calidad, que en función de la resolución que le pongamos a la toma también variará la calidad.

Pero para mí lo peor de la fotografía digital es que no revelamos ninguna fotografía y se va a perder la historia de nuestras vidas, mientras de un carrete de 36 fotografías unas pocas eran buenas y las teníamos en un álbum, (el resto iban a una caja de zapatos) y guardábamos nuestros momentos importantes, ahora se guardan en soportes digitales que antes o después se van a averiar, o los archivos no se podrán abrir. Qué lástima que desde

Con el carrete revelábamos y las buenas las guardábamos en un álbum, con lo digital perdemos los mejores momentos

que tenemos fotografía digital estamos dejando de tener los mejores recuerdos de nuestras vidas.

¿Qué es lo primero que debemos tener presente al hacer una fotografía?

Para obtener una buena fotografía mi primer consejo es hacerlas con una cámara fotográfica y no con un teléfono, a partir de ahí, el elemento principal es tener una luz adecuada. Con las cámaras que hay hoy en el mercado es muy fácil que nos queden bien las fotografías, nos dan suficiente información para poner los parámetros de diafragma y velocidad de obturación, trabajar con una sensibilidad (ISO) bajo y sobre todo encuadrar bien.

Las fotografías hay que hacerlas con una cámara, no con un teléfono

¿Qué consejo le darías a alguien que quiere empezar en el mundo de la fotografía?

Hoy por hoy el poder vivir de la fotografía profesional es bastante complicado, con la fotografía digital todo el mundo se cree que ya es fotógrafo profesional y no es así. Es una profesión muy vocacional y se debe tener una sensibilidad especial para captar una imagen y además formarse y especializarse para poder destacar haciendo cosas distintas a los demás profesionales.

El paso a lo digital te convirtió en profesor de fotografía, más concretamente de fotografía dental. ¿Ocurrió por casualidad o ya tenías inquietud por la docencia antes?

Antes de empezar en el mundo dental daba clases de fotografía y Photoshop. En la odontología por casualidad, en principio mi idea era vender equipos de fotografía a las clínicas, al entregar los equipos nos pedían que pusiéramos los equipos en marcha y al final me di cuenta de que la formación me gustaba mucho más que la parte comercial y es una cosa mucho más agradecida que la venta o el hecho de estar haciendo un reportaje. Cuando ves que una clínica te ha hecho caso, ves que el resultado que obtiene por tus consejos es bueno y te agradece lo que les has enseñado, es muy gratificante.

Eres especialista en fotografía dental y el formador más conocido y acreditado en este campo en España. ¿Qué tal resultan los dentistas como alumnos?

Mi idea de la fotografía dental es que debe ser una herramienta de trabajo, no he pretendido que se hagan las mejores fotografías del mundo, siempre he pretendido que haciendo las fotografías de la forma más sencilla tuvieran la mayor calidad posible y que fueran útiles para estudiar los casos y utilizarlas como ya he dicho para hacer un mejor diagnóstico, hacer un buen marketing y tener defensa legal. En este aspecto creo que son muy buenos y sobre todo las auxiliares e higienistas son extraordinarias.

En tu tienda estudio de Barcelona, hoy cerrada, nos cuenta que pasaron los jugadores del Fútbol Club Barcelona. ¿Qué anécdota tienes de aquella época?

Efectivamente, esto es debido a que la tienda estaba muy cerca del estadio y tanto los delegados del fútbol y el baloncesto nos los traían para hacerles las fotos de carnet para las fichas y al conocer la tienda volvían a revelar los carretes o las fotografías digitales, pero es un tema que no tiene más importancia ya que cualquier cliente tiene la misma importancia sea más o menos popular. Además, la mayoría de ellos quieren pasar desapercibidos, son gente muy llana y si he de destacar a alguien que es la persona más sencilla de las que he conocido es Leo Messi.

¿Te gusta el fútbol? ¿Eres de algún equipo?

Soy un auténtico seguidor de todos los deportes, soy socio del Barça desde hace 48 años y mis hijos y nietos socios desde el día que nacieron, pero no soy forofo y si hay una cosa que no me pierdo nunca es el motociclismo, si las carreras son a las cuatro de la mañana madrugo para verlas.

¿Qué otras aficiones tienes?

Solo una, disfrutar de mi familia y mis amigos, eso es lo más importante de la vida, bueno, y comer bien.



Marcel Martín frente al presidente de SECIB Profesor Daniel Torres agradece la distinción que le hizo SECIB.

Hablamos con Berta Cortés Acha

Secretaria del Comité Organizador del Congreso SECIB 2022



Berta Cortés Acha (Pamplona 1987). Licenciada en Odontología por la Universidad Europea de Madrid y Doctora en Medicina e Investigación por la Universidad de Barcelona, Máster de Cirugía e Implantología Bucofacial en la Universidad de Barcelona. Hija, nieta, hermana y sobrina de dentistas. Hablamos con Berta durante el desarrollo del Congreso SECIB 2022 en Pamplona.

Has sido la secretaria del comité organizador del congreso SECIB 2022, inicialmente previsto para 2020. ¿Cómo se han vivido desde la organización las incidencias provocadas por la pandemia? ¿Cuál es tu valoración del desarrollo final de congreso?

La verdad es que tanto la incertidumbre de un año tras otro, como los múltiples cambios fueron cuanto menos desafiantes y a veces hasta desilusionantes. Además, también trabajamos en el congreso Secib online que tuvo lugar en marzo de 2021. Sin embargo, hemos sido un comité fuerte y con muchas ganas de que saliera adelante, y junto con otros compañeros que se unieron para ayudarnos este último año, lo hemos sacado adelante. Ha sido el primer congreso presencial tras la pandemia, en unas fechas poco habituales y a pesar de todo creo que hemos cumplido con las expectativas. Hemos tenido un programa muy diverso, actual e interesante y creo que tanto la industria como los congresistas han podido disfrutar de él. Estamos satisfechos.

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

Al acto inaugural vinieron la consejera de Salud de Navarra Santos Induráin y el alcalde de Pamplona Enrique Maya. La consejera además estuvo presente en el congreso online del 2021. Agradecemos mucho su tiempo con nosotros. Sí que es verdad que no hubo un apoyo económico o facilidades de algún otro tipo.

Participas activamente en una sociedad científica. ¿Cuál piensas que debe ser el papel de las sociedades científicas en este momento?

Las sociedades científicas deben fomentar e impulsar la actualización del conocimiento y la formación continuada. Así como dar a conocer la investigación que se realiza en nuestras universidades y laboratorios, que es mucha y de gran calidad, y hacernos visibles en el exterior. Por último, debe luchar por sus socios, los cirujanos/as bucales y su especialidad, para que ésta sea, por fin, reconocida. Esto es algo difícil y sabemos que la sociedad llega hasta un punto, a partir de ahí debe ser el Consejo General de Odontólogos y después el gobierno el que debería ponerse a trabajar en ello y concretar de una vez. La Secib creo que cumple con todo ello.

Perteneces a una “saga familiar” de dentistas. ¿Cómo ha influido en tu decisión de optar por esta profesión? ¿Desde cuando se remontan tus antecesores familiares en la profesión?

Según nos contaba mi abuelo Nemesio Cortés, parece que el primer familiar del que tenemos noticia es del padre de mi tatarabuelo que en el siglo XIX ejercía lo que entonces se llamaba “ministrante”, practicante, sacamuelas y cirugías menores. Después de él fueron su hijo, Estanislao Cortés y su nieto, Luis Cortés Guerrero (mi bisabuelo), que ejerció la odontología en el medio rural, en Ochagavía (Navarra).

La clínica en Pamplona la funda el hijo de Luis, Nemesio Cortés Izal (mi abuelo), en 1941. De mi abuelo salen 3 hijos dentistas;

mis tías Teresa Cortés (ortodoncista jubilada en Murcia) y Menchu Cortés (odontopediatra jubilada en Pamplona) y mi padre Javier Cortés. Y, de entre mis hermanos, dos somos dentistas, mi hermano Telmo y yo.

Cuando llegó el momento de decidir qué estudiar, la odontología no fue, sinceramente, lo primero que me vino a la cabeza. De hecho mi padre no me lo había mencionado nunca, supongo que para darme la posibilidad de poder decidir por mí misma, sin condicionarme. Pensaba en medicina, algo quirúrgico, porque siempre me ha gustado esto del bisturí y el trato con el paciente. Al final descarté la medicina ¡y eso que las dudas continuaron en primero de carrera!

Más del 70% de los jóvenes dentistas sois mujeres. ¿Crees que las nuevas profesionales están dispuestas a luchar por los primeros puestos?

Eso espero pero es verdad que aun siendo mayoría en las aulas desde hace varios años, seguimos siendo poco visibles. Es difícil encontrar un curso, un congreso, un webinar... algo en el que el programa haya por lo menos un 50% de ponentes mujeres. Las casas comerciales aúpan más fácilmente a compañeros y sin ellas un profesional no se puede dar a conocer. Pero este problema va más allá, aún recuerdo una llamada telefónica que hice para cubrir un puesto de cirujano que demandaba una clínica dental de Barcelona. La respuesta de la mujer de recursos humanos fue que buscaban un cirujano hombre pero que también tenían libre el puesto de estética dental, a ver si eso me interesaba. Nunca se me olvidará. O incluso pacientes que aun hoy en día tienen mayor aceptación si el que les va a operar es un cirujano bucal y no una cirujana. Esto por suerte cada vez es menos.

Tu embarazo es evidente, por cierto, enhorabuena por tu estado, tal vez para cuando se publique la entrevista ya hayas sido madre. ¿Cómo crees que afectará a tu actividad profesional? ¿Te sientes en desventaja con tus compañeros varones?

Muchas gracias, ¡probablemente sí! Como a toda autónoma, va a ser difícil de compaginar. Vivimos tiempos de carrera por no que-

Es difícil encontrar un curso, un congreso, un webinar... algo en el que el programa haya por lo menos un 50% de ponentes mujeres. Las casas comerciales aúpan más fácilmente a compañeros

darse atrás, de mucha competencia por la cantidad de clínicas que hay y eso evidentemente es un hándicap. Así que supongo que volveré al trabajo pronto, las autónomas no nos podemos permitir el lujo de las 16 semanas de baja, pero también tengo claro que en la vida cada cosa tiene su momento y hay que saber priorizar.

Frente a mis compañeros, ¿la maternidad puede ser una desventaja?, no estoy segura, sí que es verdad que antes era la mujer la única que se encargaba del cuidado de los niños pero esto poco a poco creo que va cambiando, lo veo en amigos de mi entorno o en mi marido. Los primeros meses puedes estar un poco más ausente pero después creo que se puede llegar a compaginar todo.

Las autónomas no nos podemos permitir el lujo de las 16 semanas de baja

Ejerces en una comunidad autónoma con el PADI (Plan de atención dental infantil) más completo junto al del País Vasco, instaurado antes de que empezases a ejercer. ¿Te imaginas como sería la salud dental de tu entorno sin PADI?

No quiero ni imaginarlo, de hecho, no me entra en la cabeza que haya comunidades que no lo tengan instaurado. Es impensable que aun hoy en día, el sistema nacional de salud no contemple la boca como parte del cuerpo para su prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. No podemos pretender que el ciudadano de a pie, dé importancia a su salud bucal si, indirectamente, le estamos enviando el mensaje de que no es tan importante porque el sistema de salud no lo cubre.

¿Qué le pedirías a la administración pública para mejorar la salud bucodental de la población?

Cobertura dental más amplia, campañas de concienciación, PADI obligatorio en todas las comunidades autónomas y, lo más importante, una mejor formación de los médicos en atención primaria. Cuando una persona tiene un dolor y va al médico de cabecera, en general, estamos viendo que éstos no tienen apenas conocimiento de la patología bucal y se limitan a prescribir antibióticos, la mayoría de las veces innecesarios. Una mejor formación de estos sanitarios es importante.

¿Qué le pedirías a esta misma administración para mejorar la situación de los profesionales?



olvidando todo tipo de preocupaciones (aunque no todos los profesionales son así). Pero también es verdad que el llevar tu propia clínica tiene un punto de satisfacción que no lo tienen los demás. Es tu casa, tratas a tus pacientes en tu casa y procuras que estos se sientan a gusto y bien tratados en ella. Tienes mayor control de todo y las cosas se hacen de la manera que tú crees que es mejor, desde todos los puntos de vista, no solo el mero acto quirúrgico por ejemplo. Y en mi caso, seguir el negocio familiar es una presión muy grande pero sobretodo es un orgullo.

El llevar tu propia clínica tiene un punto de satisfacción que no lo tienen los demás

Al terminar tus estudios de grado cursaste un máster en la Universidad de Barcelona. Cuéntanos como fue tu experiencia.

Fue un máster de 3 años que por aquel entonces era de dedicación exclusiva, muy exigente pero muy satisfactorio. Aprendí mucho de todos mis profesores/as e hice muy buenas amistades. Al salir, vi que tanto esfuerzo y dedicación daban su fruto, éramos mucho más capaces y útiles que compañeros/as de otros másteres de la misma rama. También fue lo que me dio pie a seguir con el doctorado, que conseguí en junio del 2019.

El debate sobre las especialidades se remonta a cuando tu generación aún estaba en la escuela primaria y sigue sin solución. ¿cómo ves la necesidad de su implantación?

Indispensable, ir siempre por detrás del resto de países es exasperante. Creo que es importante además para que así se regule la formación post graduada. Hay demasiados cursos y estancias que permiten conseguir a simple vista el mismo "título" que una persona formada en un Máster oficial con su carga lectiva y práctica como debe.

¿Qué proyecto profesional te gustaría poner en marcha?

Después del máster estuve un tiempo de profesora colaboradora en las prácticas en la Universidad de Barcelona, algo que

Puesto que es una profesión de ejercicio mayoritariamente privado poco puede hacer, excepto regular la instalación de las clínicas dentales. No se exige ser dentista para abrir una clínica dental. Y sinceramente a mí eso me parece de poco sentido común. Hablamos de salud, de un servicio a la sociedad y en mi opinión debería estar regulado por el bien de los pacientes y de la profesión.

Recientemente te has hecho cargo de la dirección de la clínica donde trabajas. ¿Cómo vives esta situación? ¿Qué opinas de la decisión cada vez más frecuentes de nuevos profesionales que desechan tener su propia clínica y trabajar para un tercero, en ocasiones no profesional?

Es un paso importante y he de reconocer que difícil, muy difícil. Durante una temporada ocupas más tiempo en la gestión de la clínica, el personal, los colaboradores etc.. que en tus propios tratamientos a pacientes, pero espero y confío en que una vez cogido el truco todo sea más fácil. Entiendo perfectamente que se deseche la idea, es mucho más fácil y cómodo ir a un sitio, hacer tus tratamientos y salir por la puerta



Berta Cortés junto a su padre, Javier Cortés y su hermano Telmo Cortés durante el congreso SECIB 2022.

me gustaba mucho y echo de menos. En Pamplona no hay facultad de odontología pero me gustaría en algún momento volver a esa parte de docencia en prácticas. También pienso muchas veces en lo mucho que me gusta explicar al personal de mi clínica cómo hacer las cosas, cómo auxiliar, el porqué de un procedimiento u otro etc. Quizás un día me meta a hacer algún tipo de formación para higienistas y/o auxiliares, una buena ayuda es imprescindible para una buena cirugía y el buen trato al paciente.

Para finalizar algo personal. ¿A parte de la profesión cuáles son tus aficiones?

Me gusta pasar el tiempo con mi familia y mis amigos. Todos los fines de semana hay algún plan con los amigos de Barcelona, los de Pamplona, la familia de aquí o la de Bilbao, no paramos la verdad. Y lo que sí espero poder retomar en cuanto dé a luz es el buceo en verano y el esquí en invierno, no lo hago tantas veces como me gustaría, pero son dos deportes que me apasionan y me relajan.



León, sede del próximo Congreso SEGER

La ciudad de León fue originalmente fundada en el año 29 a.C. En la actualidad es una ciudad próspera, llena de cultura, historia y arquitectura, que combina los edificios más antiguos con modernos barrios residenciales en la que se pueden ver monumentos como la **Catedral**, la **Basílica de San Isidoro**, el **Antiguo Monasterio de San Marcos**, el **Palacio de Botines** y su **Plaza Mayor** o edificios modernos como el **Auditorio**, el edificio de la **Junta de Castilla y León**, el **Edificio de Europa** o el conocidísimo **MUSAC**.

La Sociedad Española de Gerodontología celebrará del 4 al 6 de mayo de 2023 su XXI Congreso Nacional y X internacional. Una ocasión para además de formarte en la odontología del futuro visitar esta gran ciudad repleta de historia, arte y excelente gastronomía.

Te animamos a entrar a conocer esta ciudad a través de los libros, o quizá hoy día en nuestra pantalla por internet y prepararte para compaginar arte, ciencia y ocio.



Hiperplasia fibrosa

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

El fibroma, o más propiamente el fibroma irritativo o hiperplasia fibrosa es la tumoración benigna más frecuente de la cavidad oral.

Se produce por la irritación mantenida sobre la mucosa por mordisqueo, roce de prótesis mal ajustadas, efecto de succión por ausencia de dientes.

Se caracteriza por estar recubierta de una mucosa de aspecto normal, tener un tacto de consistencia firme, ser más o menos pediculado (**figuras 1, 2, 3, 4 y 5**). A veces tiene un aspecto característico como hojas de libro, en zonas vestibulares edéntulas por roce de prótesis removibles, es el **épulis fisurado** (**figuras 6 y 7**). En ocasiones pueden estar ulcerados en superficie por el roce persistente.

Hoy día, el tratamiento, su extirpación, es muy sencillo gracias al láser, como el de diodos (**figuras 8, 9, 10 y 11**).



Figura 3.



Figura 8.



Figura 4.



Figura 9.



Figura 5.



Figura 10.



Figura 1.



Figura 6.



Figura 11.



Figura 2.



Figura 7.

Evaluación de un sistema de fresas helicoidales en la recolección de hueso autólogo mediante fresado biológico. Estudio de corte transversal

Cristina Barona Dorado*, Elena Ibáñez Prieto*, Natalia Martínez Rodríguez*, Fernando Fernández Cáliz*, José M^a Martínez González
Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas (DECO).
Facultad de Odontología Universidad Complutense de Madrid (España).

No se obtuvo ningún tipo de financiación para la realización del presente estudio.

Los autores declaran que no existe ningún posible conflicto de interés que haya podido influir en el estudio, en los resultados obtenidos o de cualquier otra manera.

Palabras clave: Fresado a bajas revoluciones; fresado biológico; implantes dentales; preparación del lecho

RESUMEN

Los implantes dentales cuentan con gran demanda en la clínica odontológica actual. Tradicionalmente, se colocan a alta velocidad con irrigación abundante para evitar lesiones óseas por sobrecalentamiento. En las últimas décadas se ha desarrollado la técnica de fresado biológico o fresado a bajas revoluciones. **Objetivos:** **1.** Determinar la cantidad de hueso recogido en microgramos durante la preparación del lecho; **2.** Valorar radiográficamente el tipo de hueso según la clasificación de Lekholm y Zarb; **3.** Determinar si existe interrelación entre el patrón de hueso y la cantidad recolectada. **Metodología:** Estudio clínico no controlado transversal con una muestra de 26 pacientes voluntarios con ausencia de premolares en maxilar. La preparación de los lechos se hizo a baja velocidad utilizando fresas de Phibo® con máximo 5 usos. Se registró la cantidad de hueso recogida de cada paciente durante la preparación, el sexo, la edad, el tipo de hueso, el hueso radiográfico hallado, tabaquismo y utilización de farmacología, así como las medidas de los implantes colocados, que fue estandarizada. Se realizó estadística descriptiva de las variables. Para el análisis estadístico inferencial se empleó el SPSS para MAC en su versión 28.0.0.0. Se comprobó la normalidad de la muestra con Kolmogorov-Smirnov y se buscó una posible relación entre las variables cualitativas “tipo de hueso” y “cantidad de hueso obtenida” con Chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** El fresado biológico permitió recoger en esta muestra, una cantidad media de 0.1185 microgramos de hueso. **Conclusiones:** Las fresas quirúrgicas empleadas, facilitan la recolección de virutas de hueso autólogo en esta muestra.

Introducción

En los tratamientos llevados a cabo en la odontología actual, los implantes dentales osteointegrados juegan un papel protagonista en la reposición de dientes ausentes y en el mantenimiento del hueso alveolar¹. Presentan una alta demanda entre los pacientes que, por diferentes causas como infecciones o traumatismos entre otros, acuden a la consulta con edentulismo parcial o total.

Su aplicación clínica se encuentra avalada por los buenos resultados obtenidos en términos funcionales, prostodónticos, estéticos y de preservación del reborde óseo que se observa como tendencia desde hace décadas, resultando un tratamiento seguro con excelentes tasas de supervivencia a largo plazo¹⁻³.

De manera tradicional, la preparación del lecho en el hueso receptor del paciente para la posterior colocación del implante, se realiza con una secuencia de fresas a una velocidad de rotación aproximada de 1.500 revoluciones por minuto (rpm), descrita por Bränemark, con irrigación abundante de solución salina⁴.

De esta manera se realiza una osteotomía controlada y segura con la que se evitará una posible lesión térmica causada por el sobrecalentamiento del hueso que presenta un origen multifactorial (técnica de fresado, velocidad empleada, diseño de la fresa, grosos de la cortical y profundidad de trabajo entre otros)^{1,2,5,6,7}.

Existen evidencias en la literatura científica acerca del importante papel que adquiere la irrigación salina durante el fresado

óseo a alta velocidad (y no tanto del material del que se componen las fresas de preparación como en ocasiones se ha considerado), que fueron descritas desde mediados del siglo XX^{8,9}.

En estos estudios se describe como factor crítico, que una elevada temperatura sobre el hueso puede causar daños en la adecuada osteointegración del implante, así como la recuperación y curación ósea después de la intervención¹⁰.

Este daño térmico causado por una temperatura superior a 47°C durante 1 minuto, resulta irreparable causando necrosis en la porción de hueso intervenida, así como en el tejido conectivo alrededor del implante dental, que abocarían al fracaso del mismo. Este acontecimiento hará inviable la formación de hueso vivo entre dicho implante y el hueso sobre el que aconteció la preparación del lecho impidiendo una correcta osteointegración entre ellos^{2,6,7,10-13}.

Además de la utilización de suero salino durante el proceso quirúrgico de interés y como alternativa al mismo, con el fin de evitar el sobrecalentamiento óseo y por tanto su disfunción, se describe y se pone en práctica una técnica denominada fresado biológico², descrita por Anitua en 2004.

Consiste en la preparación del lecho óseo para la posterior colocación de implantes realizada con fresas sucesivas aumentando el diámetro de la preparación y haciéndolo similar al del implante que se colocará con posterioridad, a bajas revoluciones. Esto permite realizar dicho procedimiento sin irrigación ya que, con esta condición, no se produciría un incremento térmico que pudiera dañar el hueso, permitiendo así que proteínas señalizadoras, osteoinductores y factores de crecimiento además de otros compuestos solubles, puedan ejercer su papel crucial en el proceso¹³⁻¹⁶.

El fresado biológico o fresado a bajas revoluciones (entre 50 y 150 rpm) permite la preparación de un neoalveolo conservador, a temperatura controlada¹². Sin dañar las células óseas y adaptado morfológicamente al implante mientras las fresas helicoidales

retentivas utilizadas para este procedimiento, recolectan virutas de hueso autólogo del lecho implantológico. Con posterioridad, estas virutas, podrán ser utilizadas como injerto mezclado con otros sustitutos óseos o con PRGF (precipitado sanguíneo del paciente rico en factores de crecimiento, desarrollado por el mismo investigador que permite hacer la mezcla homogénea y acelerar la regeneración además de reducir la inflamación postoperatoria y el dolor)^{15,17,18}. Por otro lado, permite controlar la dirección del fresado y evitar que esta cambie, lo cual puede resultar algo complejo en los fresados a alta velocidad¹².

El hueso autólogo recogido durante el proceso quirúrgico, se deberá almacenar en bateas estériles durante el tiempo de la intervención y puede ser utilizado como injerto particulado para pequeñas fenestraciones, dehiscencias o defectos periimplantarios sin aumentar el tiempo y las complicaciones intraquirúrgicas, además de ser este perfectamente viable por la cuidadosa técnica de obtención que garantiza la viabilidad celular^{15-17,19}. Resulta importante destacar que la cantidad de hueso autólogo que se puede obtener mediante esta técnica de fresado es algo limitada, sin embargo, resulta mínimamente invasiva a diferencia de otras técnicas empleadas como los injertos en bloque, reduciendo notablemente el riesgo de morbilidad en el paciente, así como el coste de la intervención y el tiempo empleado para la intervención sobre el paciente¹⁸.

Un grupo de investigadores españoles, afirma que las partículas de hueso recolectadas en las proximidades del neoalveolo, son altamente susceptibles a colonización bacteriana, lo que aumentaría el riesgo de contaminación y consiguiente fracaso del injerto pese a que la técnica de fresado biológico presentó bajas tasas de contaminación frente a otras técnicas empleadas para la obtención de hueso autólogo¹⁶. Estos autores recomiendan en los casos en los que el hueso obtenido vaya a emplearse como injerto, un protocolo de desinfección que comenzaría con enjuagues de clorhexidina al 0,12% previos a la cirugía y una vez que



Figura 1: Virutas de hueso recogidas mediante fresado biológico con fresa helicoidal.



Figura 2: Obtención del peso de las virutas de hueso recolectadas en báscula de alta precisión.

las virutas hayan sido obtenidas, estas deberán ser desinfectadas y purificadas en soluciones que contengan antibióticos y antisépticos previa su colocación en el hueso receptor²⁰.

En definitiva y teniendo en cuenta lo anterior, el fresado biológico es una técnica de preparación del neoalveolo, que alojará con posterioridad el implante dental osteointegrado, de forma segura y efectiva. La intervención a bajas revoluciones aporta numerosas ventajas entre las que cabe destacar no precisar irrigación con suero salino ya que la temperatura no aumentará hasta límites que puedan suponer un riesgo para el hueso en tratamiento, favorece la visibilidad durante la intervención, preserva los factores solubles y respeta las células óseas fundamentales en el proceso de osteointegración entre el implante y el hueso. Además, permite la recolección de virutas de hueso autólogo que podrán posteriormente hacer las veces de injerto en pequeños defectos óseos sin precisar tratamiento quirúrgico más extenso o tiempo adicional, ya que se obtiene durante la preparación del lecho que es, en definitiva, el objetivo principal de la cirugía; y favorece la estabilidad primaria de los implantes.

La justificación de este estudio, se basa principalmente en que la colocación de implantes osteointegrados es un tratamiento odontológico predecible y altamente demandado en Odontología y gran parte de su éxito está determinado por una correcta integración entre el implante y el hueso.

Por ello, es importante valorar qué pueden ofrecer para este proceso las fresas de preparación helicoidales con usos limitados en pacientes que precisen cirugía básica de implantes y no amplias regeneraciones pudiendo determinar la cantidad de hueso en microgramos que puede ser recogido durante la preparación del lecho con este procedimiento; el tipo de hueso radiográfico según la clasificación de Lekholm y Zarb; y determinar si existe interrelación entre el patrón de hueso del paciente y la cantidad recolectada de hueso autólogo.

Materiales y metodología

Diseño del estudio:

Estudio clínico no controlado transversal siguiendo las recomendaciones de la Declaración STROBE²¹.

Contexto:

El estudio se realizó en el Servicio de Cirugía e Implantología del Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad Complutense de Madrid y en el Servicio de Cirugía Bucal e Implantología del Hospital Virgen de la Paloma de Madrid.

Participantes:

Se estableció el periodo de reclutamiento desde la aprobación del estudio por parte del Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos (Acta 6.2/21) hasta julio de 2021, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki de 2013. Se seleccionaron pacientes

adultos que acudieron a los centros anteriormente citados, que precisaron cirugía básica de implantes dentales osteointegrados para reponer premolares, siempre que no fuese necesaria la regeneración. No se realizó seguimiento de los mismos ya que la recogida de los datos se efectuó el mismo día de la intervención en un formulario de datos preestablecido. **(Tabla 1)**

La selección de los mencionados pacientes se estableció siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad de ambos sexos, que aceptaron participar en el estudio voluntariamente.
- Pacientes que precisaban la colocación de implantes dentales osteointegrados en posición de premolares superiores: 14, 15, 24 o 25.
- Pacientes con buen estado de salud general (ASA I o II).

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no aceptaron las condiciones del estudio, no aportaron historial previo y/o no aceptaron realizarse pruebas diagnósticas que les fueron solicitadas previas a la intervención.
- Pacientes con necesidad de regeneración ósea en la zona de la intervención.
- Colocación de implantes post extracción.
- Pacientes con contraindicaciones para la colocación de implantes dentales, bien por enfermedades sistémicas no controladas, bien por precisar para una adecuada salud general de fármacos que hagan de la colocación de implantes una contraindicación.

Intervención:

Se utilizaron cajas quirúrgicas TSA de PHIBO® con un máximo de 5 usos a 50 rpm sin irrigación. Dado que las intervenciones se realizaron en la zona de los premolares, se emplearon del tipo Serie 4 (S4) de conexión interna y diseño cónico, con un hombro de 4,7 mm de diámetro, 1,5 mm de cuello mecanizado y 4,2 mm de diámetro del cuerpo. La secuencia de fresado, recomendada por el fabricante y seguida en este estudio, comenzó con las fresas redondas de marcar. La primera de ellas para la cresta ósea con un diámetro (Ø) de 1,8 mm, requiere una velocidad de 850 rpm. Seguidamente y a la misma velocidad, la fresa de Ø 2,3 mm permitió aumentar el diámetro marcado en la cresta y centralizar el eje de las sucesivas ostectomías; posteriormente la fresa lanceolada. Una vez se haya traspasado la cortical, el fabricante recomienda profundizar con la fresa helicoidal de Ø 2,3 mm hasta la longitud planificada y seguidamente con la fresa helicoidal de Ø 2,8 mm. Una vez se realizó la secuencia quirúrgica inicial se procedió al fresado de Ø 3,0 mm y finalmente Ø 3,6 mm. Durante el proceso se comprobó tanto la longitud del fresado (con el medidor de profundidad) como que el mismo se estaba realizando de manera correcta y centrada.

En el presente estudio, los 26 implantes unitarios que fueron colocados, tenían una longitud de 13 mm y un diámetro de 4,7 mm.

Variables:

La variable principal del presente estudio fue la cantidad en peso (microgramos, µg) de hueso autólogo (valor obtenido en báscula de alta precisión) que se obtuvo de cada paciente durante el proceso de colocación de implantes en la zona de premolares. (Variable continua)

Las variables secundarias fueron:

- Tipo de hueso del paciente según la clasificación de Lekholm y Zarb de 1985²². (Variable discreta) Determinada en el proceso intraoperatorio, así como con pruebas radiológicas.
- Interrelación entre el tipo de hueso y la cantidad de hueso recolectada en cada paciente.

Fuente de datos:

Todos los datos relevantes de la intervención y el paciente tratado, se recogieron las fichas tipo **(Tabla 1)**. Los datos fueron anonimizados y nunca revelados a terceros y se han utilizado únicamente para el presente estudio con fines de investigación.

Utilización de fresas helicoidales para la obtención de hueso autólogo mediante fresado biológico en ausencia de premolares.

Paciente número:

Edad:

Sexo: Masculino/ Femenino

Fármacos o datos de interés en el historial del paciente si los hubiera:

Paciente fumador: Sí/ No
Cantidad:

Tipo de hueso radiográfico: I II III IV

Localización: 14 15 24 25

Velocidad de fresado:

Diámetro y longitud de la última fresa empleada:

Cantidad de hueso obtenida: _____ µg

Incidencias y notas:

La cantidad de hueso autólogo obtenido durante el fresado biológico se recogió de cada fresa helicoidal empleada en el proceso de preparación del neoalveolo correspondiente y se almacenó en bateas estériles, para posteriormente ser pesado en una báscula de precisión.

Sesgos:

El sesgo principal del presente estudio se relaciona con el hecho de que no todas las fresas se emplearon en el mismo número de actos quirúrgicos.

Tamaño muestral:

Se realizó en base a un muestreo consecutivo por conveniencia entre los pacientes reclutados.

Pese a que la bibliografía disponible en lo relativo a este tema es algo escasa, pero teniendo en cuenta estudios similares previos en humanos como *Pellicer-Chover et al.*⁴ del año 2017, *Anitua et al.*¹⁵ en 2007 y *Anitua*¹⁷ en 2018 en los que se utilizó un tamaño muestral de 30 implantes dentales en 25 individuos, 10 individuos y de nuevo 10 individuos, respectivamente.

Para el presente estudio, se contó con la participación de 26 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron su participación. De cada uno de ellos se registraron los datos relacionados con la colocación de un solo implante en posición de premolar superior.

Métodos estadísticos:

Se realizó estadística descriptiva: media, mediana y moda de cada variable analizada (edad, sexo, tipo de hueso, tabaquismo, longitud de las fresas y cantidad de hueso recogido).

Se comprobó la normalidad de la muestra mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov y se realizó el test de Chi cuadrado para variables cualitativas buscando relación entre el "tipo de hueso" y la "cantidad de hueso obtenido". Para ello se utilizó el programa SPSS para MAC en su versión 28.0.0.0.

Resultados

Todos los datos que fueron obtenidos de la muestra n=26, siguiendo como esquema la Tabla 1 se registraron en una hoja de cálculo de Excel para facilitar el análisis de los mismos.

Los pacientes incluidos en el estudio tenían entre 18 y 67 años de edad. Hasta en 2 ocasiones, se reportaron las edades de 32, 33, 51 y 60 años en diferentes participantes. Las edades de los restantes participantes presentes en este estudio e incluidas en el mencionado rango, tan solo fueron reportadas 1 vez.

La velocidad a la que se realizó el fresado biológico para la preparación de los neoalveolos, así como para la recolección de hueso, se estandarizó en todos los participantes del presente estudio en 50 rpm. Siendo el diámetro y longitud de los implantes

Tabla 1: Formulario tipo para la recogida de datos.

posteriormente colocados de 4,7 mm y 13 mm respectivamente. Estas medidas se aplicaron en el total de participantes.

La muestra se constituyó de 13 pacientes de sexo masculino y 13 de sexo femenino.

Veintidós pacientes sobre el total, resultaron ser no fumadores, mientras que 4 (15,4%) indicaron sí serlo en el momento de la intervención. De entre los pacientes fumadores del presente estudio, tan solo el 25% eran mujeres.

Con respecto a los fármacos, el 23,1% de los pacientes del estudio, eran consumidores habituales de algún medicamento. Aquellos que no lo eran en el momento de la intervención, resultaron ser 20 individuos. De los 6 mencionados pacientes que tomaban fármacos de manera habitual durante la realización del estudio, n=4 eran consumidores habituales de antihipertensivos. 3 de estos pacientes (75%) eran mujeres de 66, 45 y 60 años de edad respectivamente. El cuarto paciente era un varón de 67 años. Los pacientes restantes sobre el total de la muestra que tomaban fármacos de manera habitual, eran n=2 mujeres de 18 y 31 años, usuarias habituales de anticonceptivos por vía oral. Por lo que de los 6 pacientes sobre el total de la muestra que estaban tratados con fármacos, el 83,33% eran pacientes de sexo femenino y el 33,33% eran fumadores en tratamiento con antihipertensivos. (Tabla 2)

Con respecto al tipo de hueso, se obtuvieron los mismos valores para las variables “tipo de hueso” y “hueso radiográfico”, ya que los valores coincidían en los 26 casos tratados.

Atendiendo a la clasificación de Lekholm y Zarb de 198522, todos los individuos incluidos en esta muestra presentaban únicamente huesos tipo 2 y 3 de los 4 posibles descritos según la citada clasificación. Del total de la muestra, n=17 presentaban hueso tipo 2, mientras que n=9 del tipo 3.

Las intervenciones realizadas para este estudio tenían el objetivo de reponer premolares ausentes en maxilar, pudiendo ocupar por tanto las posiciones (según la nomenclatura de la FDI) 14, 15, 24 y 25. Se colocó un implante en cada uno de los pacientes incluidos en la muestra.

Del total de la muestra, en la posición 14 se colocaron un total de 9 implantes (34,6%) mientras que en la posición 15, n=4. Con respecto al segundo cuadrante, en la posición 24, se colocaron un total de n=6 implantes y finalmente en la 25, n=7.

	n	Medicamento	n	Sexo	Edad	Hábito tabáquico
En tratamiento con fármacos	6	Antihipertensivos	4	Femenino	66a	Sí
				Femenino	45a	No
				Femenino	60a	No
				Masculino	67a	Sí
	6	Anticonceptivos vía oral	2	Femenino	18a	No
					31a	No

Tabla 2: Distribución de los pacientes tratados con fármacos sobre la muestra total de n=26.

Cantidad obtenida (µg)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,043	1	3,8	3,8
	,053	1	3,8	7,7
	,070	1	3,8	11,5
	,077	1	3,8	15,4
	,086	1	3,8	19,2
	,090	1	3,8	23,1
	,094	1	3,8	26,9
	,095	2	7,7	34,6
	,100	1	3,8	38,5
	,101	1	3,8	42,3
	,102	1	3,8	46,2
	,103	1	3,8	50,0
	,104	1	3,8	53,8
	,106	1	3,8	57,7
	,109	1	3,8	61,5
	,127	2	7,7	69,2
	,147	1	3,8	73,1
	,165	2	7,7	80,8
	,166	1	3,8	84,6
	,180	1	3,8	88,5
	,188	2	7,7	96,2
	,199	1	3,8	100,0
Total	26	100,0	100,0	

Tabla 3: Frecuencias y porcentajes de hueso obtenidas en µg. Realizada en SPSS.

La variable principal y objeto de este estudio, son los microgramos (µg) o cantidad que fue obtenida en peso, de cada una de las 26 intervenciones llevadas a cabo en el estudio. En la Tabla 3 se observan las frecuencias y porcentajes de hueso obtenido

Con ayuda del programa SPSS para MAC en su versión 28.0.0.0, se calculó la moda, media y mediana, así como los máximos, mínimos y percentiles de cada una de las variables que fueron registradas para este estudio. (Tabla 4 y Tabla 4.1)

La media de edad obtenida en este estudio fue de 46,08 años, la mediana de 48 años y la moda de 32 años de edad en los 26 participantes incluidos de 18 a 67 años. La media de edad de las mujeres que participaron en el estudio fue de 46,4 años de edad, mientras que la de los hombres fue de 45,7 años.

Con respecto a las variables “sexo”, “fármacos” y “tabaquismo” al ser variables cualitativas nominales a las que se dio un valor numérico para su análisis, se tuvo en cuenta únicamente la moda de las mismas.

	N	Edad	Sexo NUM	Fármacos NUM	Fuma NUM	Tipo hueso RX	Tipo de hueso
N	Válido	26	26	26	26	26	26
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		13,50	46,08	,50	,23	,15	2,35
Mediana		13,50	48,00	,50	,00	,00	2,00
Moda		1*	32*	0*	0	0	2
Mínimo		1	18	0	0	0	2
Máximo		26	67	1	1	1	3
Percentiles	25	6,75	32,75	,00	,00	,00	2,00
	50	13,50	48,00	,50	,00	,00	2,00
	75	20,25	59,25	1,00	,25	,00	3,00

Tabla 4: Media, moda, mediana, máximo y mínimo Realizada en SPSS.

	Localización	Velocidad (rpm)	Diámetro (mm)	Longitud(mm)	Cantidad obt (µg)
N	Válido	26	26	26	26
	Perdidos	0	0	0	0
Media		19,42	50,00	4,700	13,00
Mediana		19,50	50,00	4,700	13,00
Moda		14	50	4,7	13
Mínimo		14	50	4,7	13
Máximo		25	50	4,7	13
Percentiles	25	14,00	50,00	4,700	13,00
	50	19,50	50,00	4,700	13,00
	75	25,00	50,00	4,700	13,00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 4.1: Media, moda, mediana, máximo y mínimo Realizada en SPSS.

Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk	
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl
Cantidad obt (µg)	,202	26	,008	,932	26

a. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 5: Pruebas de normalidad. Realizada en SPSS.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
	Cantidad obt (µg)	
N	26	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	,11846
	Desv. Desviación	,043228
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,202
	Positivo	,202
	Negativo	-,128
Estadístico de prueba	,202	
Sig. asin. (bilateral) ^c	,008	

a. La distribución de prueba es normal.
b. Se calcula a partir de datos.
c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 5.1: Pruebas de normalidad. Realizada en SPSS.

En lo relativo a los fármacos, lo más frecuente estaba entre aquellos participantes que no eran usuarios habituales de farmacología. En cuanto al tabaquismo, fueron más frecuentes aquellos pacientes que en el momento del estudio no eran fumadores.

Este mismo criterio se aplicó para la variable “localización”, en la que la moda fue la posición 14.

En las variables categóricas ordinales “tipo de hueso” y “tipo de hueso radiográfico” (las cuales presentaban los mismos resultados), se consideró al igual que en las anteriores, únicamente la moda de las mismas, que en ambos casos fue el hueso tipo 2 según la citada clasificación. El hueso tipo 3 fue predominante en los hombres (n=7), mientras que en las mujeres fue predominante el hueso tipo 2 (n=11).

Las variables estandarizadas “velocidad”, “diámetro del implante” y “longitud del implante” obtuvieron de media, moda, mediana, así como máximo y mínimo su valor, siendo estos 50 rpm, 4,7 mm y 13 mm respectivamente.

Con respecto a la cantidad de hueso obtenida en µg durante la preparación de cada alveolo, se obtuvo una media de 0,1185 µg, una mediana de 0,10350 µg y una moda de 0,095 µg. La cantidad mínima de hueso autólogo obtenido fue de 0,043 µg, mientras que el máximo fue de 0,199 µg.

Se comprobó la normalidad de la muestra mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov con ayuda del programa SPSS para MAC en su versión 28.0.0.0, que permitió determinar que la variable “cantidad de hueso obtenido” medida en µg, es una variable normal. (Tabla 5, Tabla 5.1)

Por último, se realizó el test de Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas buscando una posible asociación entre “tipo de hueso” y “cantidad de hueso obtenido” en µg con ayuda del mismo programa. En base a los resultados obtenidos, se desprende que no hay una relación significativa entre las variables “tipo de hueso” y “cantidad de hueso obtenido”. (Tabla 6)

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,582 ^a	21	,424
Razón de verosimilitud	27,997	21	,140
Asociación lineal por lineal	,194	1	,660
N de casos válidos	26		

a. 44 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,35.

Tabla 6: Prueba Chi-Cuadrado “tipo de hueso” y “cantidad de hueso obtenida”. Realizada en SPSS.

Discusión

El objetivo principal de este estudio, consistió en observar si las fresas helicoidales de preparación de implantes dentales osteointegrados de Phibo®, facilitan la recolección de hueso autólogo durante la preparación del lecho implantológico para la posterior colocación de implantes, mediante la técnica de fresado biológico o fresado a bajas revoluciones, permitiendo que, con posterioridad, éste hueso autólogo pueda ser utilizado en pequeñas deficiencias o defectos óseos en el paciente.

Hasta la fecha, se han encontrado referencias en la literatura acerca del mencionado procedimiento, así como de diferentes técnicas quirúrgicas o reportes de casos en los que ésta se haya empleado. Sin embargo, la cantidad en microgramos de peso de hueso autólogo obtenido con el mencionado procedimiento, no aparece reflejado en los mismos y el hueso autólogo obtenido suele mezclarse con sustitutivos óseos no autólogos para poder disponer de una mayor cantidad para la regeneración.

De los resultados obtenidos en el presente estudio, se desprende que la variable “cantidad obtenida” de hueso autólogo durante la preparación del lecho implantológico para la colocación de implantes osteointegrados, medida en µg y objeto principal de este estudio, es normal. La cantidad media de hueso autólogo obtenida en esta muestra (n=26), en la que todos los pacientes fueron considerados para la colocación de implantes unitarios en la posición de premolares en el maxilar mediante esta técnica, fue de 0,1185 µg.

El valor máximo que fue obtenido (0,199 µg), se recogió en el individuo 24, un varón de 33 años de edad, no fumador, no tratado con fármacos en el momento en el que se realizó el estudio, con un hueso tipo 2 según la clasificación empleada, cuyo implante fue colocado en la posición 25. Por otro lado, el valor mínimo de hueso autólogo obtenido de la muestra (0,043 µg), fue obtenido del individuo 4, un varón de 60 años de edad, no tratado con fármacos de manera habitual, no fumador, con un hueso tipo 3 al que se le colocó un implante osteointegrado en la posición 25.

No se han encontrado grandes diferencias en la media de µg de hueso autólogo obtenidos durante la preparación del lecho implantológico entre los pacientes de esta muestra en

base al sexo, tampoco entre aquellos pacientes fumadores y no fumadores o aquellos tratados de manera habitual con fármacos (teniendo en cuenta que en esta muestra se ha contado únicamente con la participación de pacientes tratados con antihipertensivos y anticonceptivos por vía oral).

De las pruebas de Chi- Cuadrado, se desprende que, en esta muestra, tampoco se encontró una asociación significativa entre el tipo de hueso de los pacientes sometidos a intervención y la cantidad de hueso autólogo que fue obtenida de los mismos. Además, la diferencia de obtención entre los tipos de hueso 2 y 3, encontrados entre los pacientes de este estudio, tampoco presentó grandes diferencias.

El presente estudio cuenta con ciertas limitaciones entre las que cabría destacar la ausencia de literatura en la que se especifique la cantidad de hueso obtenida por sus autores, así como la escasez de estudios similares previos en humanos con los que comparar los resultados, además del reducido tamaño muestral que ha sido empleado en este caso.

Por otro lado, emplear cajas quirúrgicas cuyas fresas hayan sido utilizadas en un máximo de 5 procedimientos, podría reducir la fiabilidad de los resultados. Sería ideal contar con fresas nuevas en cada procedimiento para poder evaluar los µg de manera más precisa, o llevar un conteo de los usos de las mismas para observar si su capacidad de corte se ve reducida y de qué manera repercute en la obtención de hueso.

Una mayor investigación sobre la técnica, en especial sobre los factores que afectan a la obtención de hueso autólogo, podría proporcionar interesantes resultados para mejorar la práctica clínica y atención al paciente, así como para la colocación de implantes, tan frecuente y demandada en la Odontología actual.

Se puede concluir que, con las fresas helicoidales para la preparación del lecho de los implantes dentales osteointegrados de Phibo® empleadas en el presente estudio, se obtienen virutas de hueso autólogo mediante la técnica de fresado biológico, siendo el valor medio obtenido de los 26 pacientes voluntarios que participaron en este estudio de 0,1185 µg. De la estadística realizada se desprende que, para esta muestra de individuos, no existe relación entre el tipo de hueso y la cantidad de hueso autólogo que fue recolectada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Misch C. Implantología Contemporánea. 3a ed. España: Elsevier; 2009.
2. Bernabeu-Mira Jc, Soto-Peñaloza D, Peñarrocha Diago M, Camacho-Alonso F, Rivas-Ballester R, Peñarrocha-Oltra D. Low-speed drilling without irrigation versus conventional drilling for dental implant osteotomy preparation: a systematic review. Clin Oral Investig. 2021; 25: 4251-4267.
3. Moraschini V, Poubel, L. A. da C, Ferreira VF, Barboza E. dos S. P. Evaluation of survival and success rates of dental implants reported in longitudinal studies with a follow-up period of at least 10 years: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2014; 44(3): 377-388.
4. Pellicer-Chover H, Peñarrocha-Oltra D, Aloy-Prosper A, Sanchis-Gonzalez J, Peñaroccha-Diago M, Peñarrocha-Diago M. Comparision of peri-implant bone loss between conventional drilling with irrigation versus low- speed drilling without irrigation. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017; 22(6): e730-736.
5. Tehemar SH. Factors affecting heat generation during implant site preparation: A review of biologic observations and future considerations. Int J Oral Maxillofac Implants. 1999; 14(1): 127-136.
6. Möhlhenrich SC, Modabber A, Steiner T, Mitchell DA, Hölzle F. Heat generation and drill wear during dental implant site preparation: systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2015; 53(8):679-689.
7. Delgado-Ruiz R, Velasco Ortega E, Romanos G, Gerhke S, Newen I, Calvo-Guirado J. Slow drilling speeds for single-drill implant bed preparation. Experimental in vitro study. Clin Oral Investig. 2018; 22(1):349-359.
8. Koo K, Kim M, Kim H, Ulf ME, Wikesjö J, et al. Effects of implant drill wear, irrigation, and drill materials on heat generation in osteotomy sites. J Oral Implantol. 2015; 41(2): e19- 23.
9. Strbac GD, Giannis K, Unger E, Mittlböck M, Watzek G, Zechner W. A novel standardized bone model for thermal evaluation of bone osteotomies with various irrigation methods. Clin Oral Implants Res. 2014; 25(5):622-631.
10. Kim HM, Cho J, Ryu J. Evaluation of implant stability using different implant drilling sequences. J Dent Sci. 2019; 14(2): 152-156.
11. Eriksson A, Albrektsson T. Temperature threshold levels for heat- induced bone tissue injury: A vital-microscopic study in the rabbit. J Prosthet Dent. 1983; 50(1): 101- 107.
12. Sun-Jong K, Jaeyoung Y, Young- Soo K, Sang-Wan S. Temperature change in pig rib bone during implant site preparation by low-speed drilling. J Appl Oral Sci. 2010; 18(5):522-527.
13. Calvo-Guirado JL, Delgado-Peña J, Maté-Sánchez JE, Mareque Bueno J, Delgado-Ruiz RA, Romanos GE. Novel hybrid drilling protocol: evaluation for the implant healing - thermal changes, crestal bone loss, and bone-to-implant contact. Clin Oral Implants Res. 2015; 26(7):753-760.
14. Oh J, Fang Y, Jeong S, Choi B. The effect of low-speed drilling without irrigation on heat generation: an experimental study. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2016; 42(1):9-12.
15. Anitua E, Carda C, Andia I. A novel drilling procedure and subsequent bone autograft preparation: a technical note. Int J Oral Maxillofac Implants. 2007; 22(1): 138-145.
16. Manzano-Moreno FJ, Herrera-Briones FJ, Linares-Recatala M, Ocaña-Peinado FM, Reyes-Botella C, Vallecillo-Capilla MF. Bacterial Contamination Levels of Autogenous Bone Particles Collected by 3 Different Techniques for Harvesting Intraoral Bone Grafts. J Oral Maxillofac Surg. 2015; 73(3):424-429.
17. Anitua E. Biological Drilling: Implant Site Preparation in a Conservative Manner and Obtaining Autogenous Bone Grafts. Balk J Dent Med. 2018; 22(2):98-101.
18. Anitua E, Murias- Freijo A, Alkhraisat M H, Orive G. Implant- Guided Vertical Bone Augmentation Around Extra- Short Implants for the Management of Severe Bone Atrophy. J Oral Implantol. 2015; 41(5): 563-569.
19. Gaspar J, Borrecho G, Oliveira P, Salvado F, Martins dos Santos J. Osteotomy at low speed drilling without irrigation versus high speed drilling with irrigation: an experimental study. Acta Med Port. 2013; 26(3): 231-236.
20. Olvera-Huertas AJ, Linares-Recatalá M, Herrera-Briones FJ, Vallecillo-Capilla MF, Manzano-Moreno FJ, Reyes-Botella C. Microbiological analysis of autologous bone particles obtained by low-speed drilling and treated with different decontamination agents. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021; 50(1):104-108.
21. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit. 2008; 22(2): 144-150.
22. Lekholm U, Zarb GA. Patient selection and preparation. En Branemark PI, Zarb GA, Albrektsson T, editores. Tissue integrated prostheses: osseointegration in clinical dentistry. Chicago, Illinois: Quintessence; 1985. p. 199-209

Estrategias quirúrgicas de prevención en peri-implantitis

Alberto Monje, Alfonso García-Torres
Clínica CICOM-MONJE, División de Periodoncia, Badajoz, España

Introducción

La peri-implantitis es un problema global que afecta aproximadamente a 2 de cada 10 pacientes portadores de implantes. Se trata de una patología inflamatoria provocada por una infección principalmente bacteriana que guía a la pérdida de hueso conjuntamente con inflamación de la mucosa peri-implantar. Es la principal causa que compromete la longevidad de implantes dentales. Un dato interesante de esta patología es que se trata de una enfermedad a sitio específico. Es decir, en un paciente portador de varios implantes, la enfermedad comúnmente se desarrolla en aquellos que comparten algunas características locales. Por ejemplo, se ha demostrado que aproximadamente el 80% de las peri-implantitis se asocian a prótesis con acceso inadecuado para la realización de higiene diaria en casa. Igualmente, durante la fase pre-operatoria, debe de realizarse una evaluación minuciosa de las características de los tejidos blandos (Monje, Pons, *et al.*, 2019).

Otro elemento interesante es que la mayoría de las peri-implantitis que se diagnostican el día a día en la clínica son defectos óseos que carecen de tabla vestibular (Monje, Pons, *et al.*, 2019). En efecto, la posición del implante en relación a la tabla vestibular alveolar (Grunder, Gracis, & Capelli, 2005), así como las características de ésta han demostrado influir en los resultados estéticos y funcionales a largo plazo. Así pues, implantes colocados ligeramente vestibular en relación con la tabla alveolar se han asociado a mayor número de complicaciones biológicas y estéticas.

Importancia de regeneración ósea guiada

A pesar de la mejora en tecnologías y herramientas que favorecen la mínima invasión y precisión en Implantología, la dimensión alveolar sigue cumpliendo un papel fundamental en los resultados estéticos. El grosor de la tabla alveolar, en particular en lo que refiere a la zona vestibular tras la colocación de implantes dentales tiene un impacto muy significativo en los resultados funcionales y en la prevención/aparición de patologías peri-implantares. Esto se entiende en el marco de la reabsorción provocada por la interrupción del aporte vascular provisto por el periostio sumado al trauma evidente generado durante el fresado y colocación de implantes. Este trauma será mayor cuando se opte por la obtención de una elevada estabilidad primaria a través de infra-fresado o de un implante con una geometría que favorezca la alta estabilidad mecánica. De hecho, en un estudio preclínico reciente se ha ilustrado con mayor

detalle el proceso de remodelación tras la colocación de implantes de acuerdo al grosor remanente de la tabla ósea vestibular (Monje, Chappuis, *et al.*, 2019). Se observó que cuando la tabla ósea era $<1.5\text{mm}$ ocurría una pérdida vertical promedio de 4mm en la zona vestibular durante el proceso de cicatrización. Por lo tanto, se trata de una pérdida ósea aséptica, denominado "necrosis isquémica". La exposición de la superficie rugosa de los implantes a la cavidad oral o al sulco peri-implantar predispondría de algún modo la colonización bacteriana y, por lo tanto, la aparición de complicaciones biológicas. Con esto, cabe decir que la colocación de implantes dentales siempre debe de ser guiada por la emergencia protésica y no por la configuración de la tabla alveolar. Por estos motivos, la regeneración ósea guiada debe constituir en la implantología contemporánea un pilar fundamental para la prevención de complicaciones biológicas y estéticas (figura 1).

Importancia del diseño de implante

La superficie y el macro-diseño de los implantes han demostrado también tener una relevancia en la ocurrencia y progresión de patologías peri-implantares (Albouy, Abrahamsson, Persson, & Berglundh, 2009). Las superficies moderadamente rugosas han demostrado tener una mayor prevalencia de patologías, mientras que las superficies mecanizadas son menos propensas a padecer peri-implantitis. Sin embargo, hay que contemplar que las superficies de mayor rugosidad guían al establecimiento de la estabilidad secundaria (osteointegración) de un modo más eficiente y predecible. En base a esto, una estrategia de prevención sería la de poder combinar los beneficios de la superficie rugosa y superficie maquinada en un implante híbrido. Un estudio preclínico demostró que el implante híbrido está sometido a menor expresión de citoquinas proinflamatorias en un modelo de inducción experimental de peri-implantitis en comparación con un implante completamente rugoso (Monje, Eick, Buser, & Salvi, 2021). Su validez y efectividad se han demostrado igualmente en un estudio clínico aleatorizado en pacientes con historia de periodontitis (Serrano, Sanz-Sanchez, Serrano, Montero, & Sanz, 2022).

Conclusiones

La reconstrucción ósea simultánea o diferida a la colocación de implantes, así como la selección de implantes híbridos se corresponden con dos elementos claves en la prevención de la peri-implantitis.

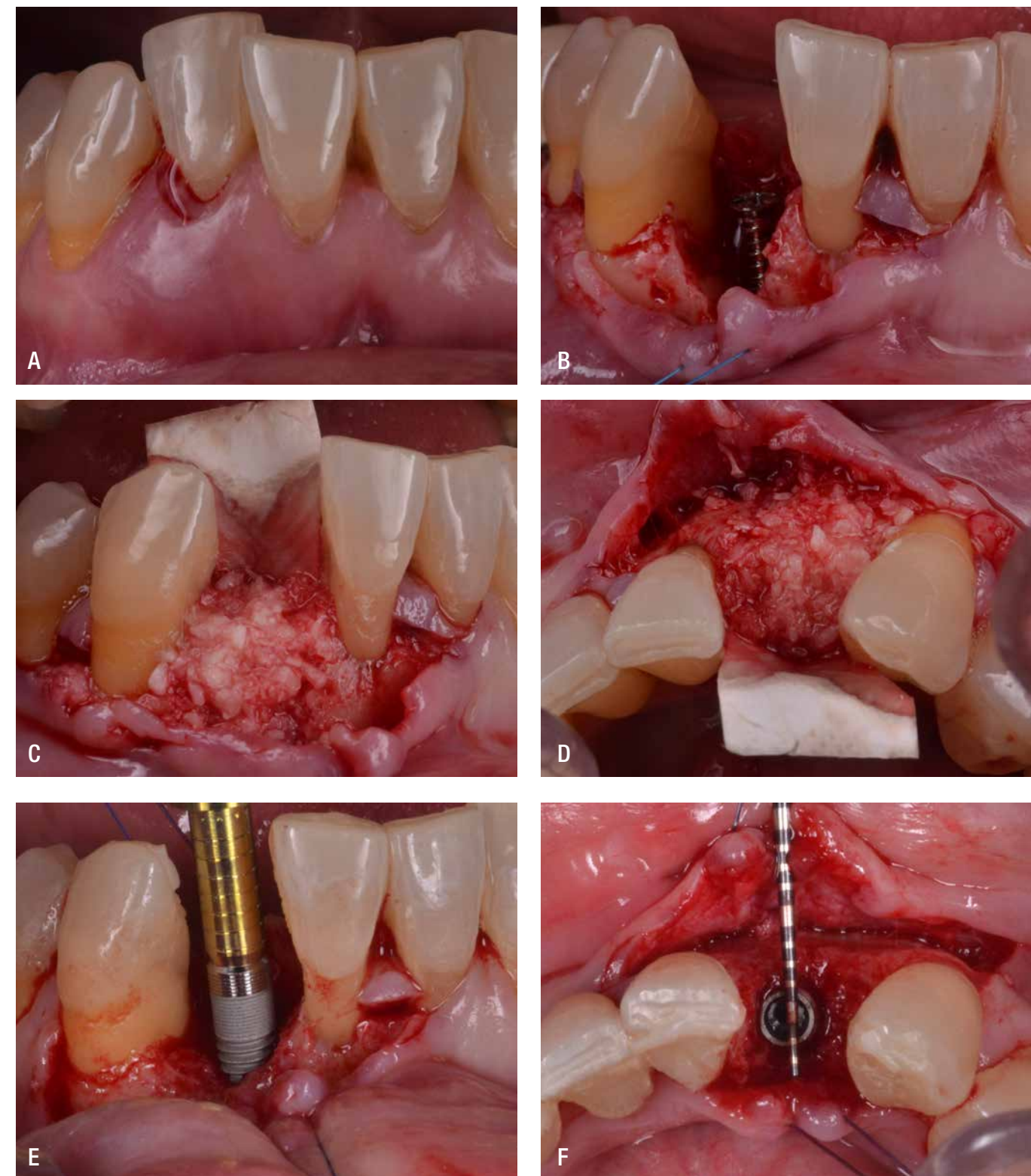


Figura 1. Importancia de regeneración en la prevención primaria de la peri-implantitis (a) diente con pronóstico desfavorable debido a lesión endo-perio con movilidad grado III. (b) Defecto vertical y horizontal que impide la colocación de implante simultáneamente tras la extracción. (c-d) Visión frontal y oclusal de regeneración ósea guiada con hueso autólogo + aloinjerto + membrana de lenta reabsorción, (e-f) Re-entrada a los 4 meses que permite la obtención de adecuada estabilidad primaria de implante TICARE Inhex Perio Hybrid (Mozo Grau, Valladolid, España) en la posición adecuada y manteniendo la distancia vestibular crítica $>1.5\text{mm}$.

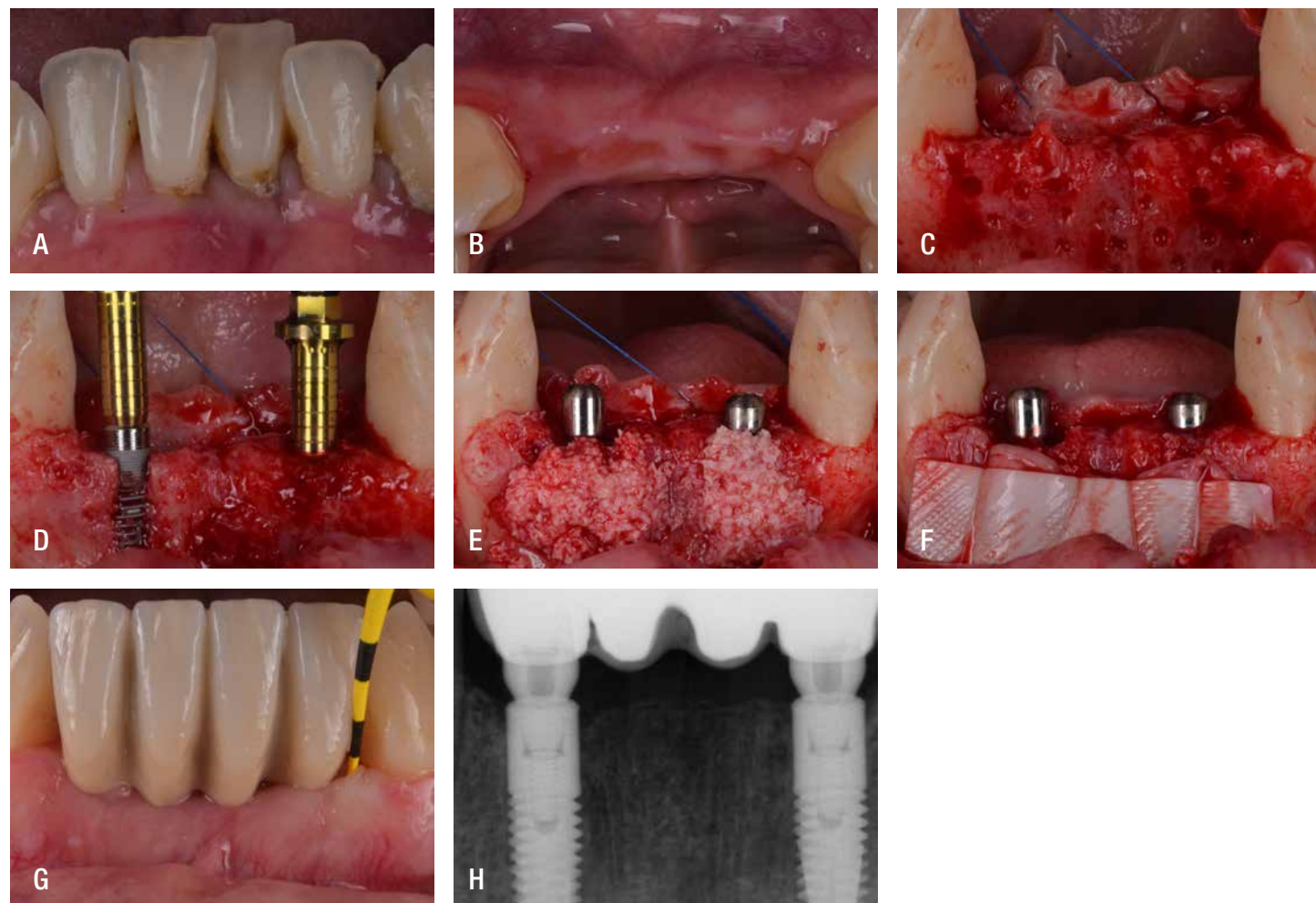


Figura 2. Importancia de la selección del implante en la prevención de peri-implantitis. (a-b) Paciente con periodontitis generalizada estadio IV grado C. Los incisivos antero-inferiores tienen un pronóstico desfavorable debido a la pérdida avanzada de soporte (c) tras una cicatrización de 8 semanas, se colocan los implantes siguiendo un protocolo de colocación temprana, (d) dos implantes TICARE Inhex Perio Hybrid de diámetro reducido (3.3mm) se colocan en la posición protéticamente ideal, (e) debido a la presencia de dehiscencia, regeneración ósea se realiza simultáneamente con hueso autógeno + xenoinjerto (técnica aumento del contorno vestibular), (f) se coloca membrana de reabsorción lenta y tornillos de cicatrización Ticare Inhex Mini. Tras 4 meses de espera, se realiza la rehabilitación mediante dos pilares cónicos Ticare Inhex Mini de 10° y puente atornillado metal cerámica fresado Ticare BioCam. Obsérvense los resultados clínicos y radiográficos que indican estabilidad y salud peri-implantar.

BIBLIOGRAFÍA

- Albouy, J. P., Abrahamsson, I., Persson, L. G., & Berglundh, T. (2009). Spontaneous progression of ligature induced peri-implantitis at implants with different surface characteristics. An experimental study in dogs II: histological observations. Clin Oral Implants Res, 20(4), 366-371. doi:10.1111/j.1600-0501.2008.01645.x
- Grunder, U., Gracis, S., & Capelli, M. (2005). Influence of the 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. Int J Periodontics Restorative Dent, 25(2), 113-119.
- Monje, A., Chappuis, V., Monje, F., Munoz, F., Wang, H. L., Urban, I. A., & Buser, D. (2019). The Critical Peri-implant Buccal Bone Wall Thickness Revisited: An Experimental Study in the Beagle Dog. Int J Oral Maxillofac Implants, 34(6), 1328-1336. doi:10.11607/jomi.7657
- Monje, A., Eick, S., Buser, D., & Salvi, G. E. (2021). Microbial and host-derived biomarker changes during ligature-induced and spontaneous peri-implantitis in the Beagle dog. J Periodontol Res, 56(1), 93-100. doi:10.1111/jre.12797
- Monje, A., Pons, R., Insua, A., Nart, J., Wang, H. L., & Schwarz, F. (2019). Morphology and severity of peri-implantitis bone defects. Clin Implant Dent Relat Res, 21(4), 635-643. doi:10.1111/cid.12791
- Serrano, B., Sanz-Sanchez, I., Serrano, K., Montero, E., & Sanz, M. (2022). One-year outcomes of dental implants with a hybrid surface macro-design placed in patients with history of periodontitis: A randomized clinical trial. J Clin Periodontol, 49(2), 90-100. doi:10.1111/jcpe.13575.

B:DS
Barcelona
Dental Show

26-28 enero 2023
Barcelona CCIB

+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



El arte abstracto: una evolución hacia el sentimiento

Juan Alió Sanz
Profesor Titular Ortodoncia
Universidad Complutense de Madrid
Artista pintor



¿Por qué, en un momento dado la pintura se transforma en algo distinto? La respuesta tiene varias vertientes:

Desde el Renacimiento hasta mediados del siglo XIX los artistas plásticos buscaban tres objetivos fundamentales:

1. Reflejar el mundo exterior de la manera más exacta posible. Plasmar objetos, paisajes y, sobre todo, reproducir a las personas que, según su criterio o su recompensa pecuniaria, merecían ser reflejadas de alguna manera en un retrato.

En las obras de arte figurativas se reconoce por su apariencia externa el modelo representado. El artista puede tener el modelo delante, lo que le permite comprobar su aspecto a medida que va realizando su tarea, o bien lo tiene en su memoria. Puede realizar parte de su tarea frente al modelo (apunte “del natural”) y luego terminarla en su taller; o realizarla toda en el entorno donde se encuentra su modelo (especialmente en la pintura del paisaje) o donde va a permanecer la obra sobre la que se trabaja (pintura mural, por ejemplo).



La Venus del espejo. Velázquez, National Gallery de Londres.

No exige en el observador ningún esfuerzo mental para comprenderlo, pues todo está expuesto ante los ojos de quien lo contempla. Así cuando vemos un paisaje, un retrato, una naturaleza muerta, etcétera, comprendemos inmediatamente el mensaje externo, superficial, que el artista nos quiere transmitir. Fue la primera expresión del arte del hombre, maravillado ante lo na-

tural, y ya lo hallamos en las antiquísimas pinturas rupestres. El arte medieval plasmaba figuras religiosas y en el Renacimiento éstas fueron sustituyéndose por las figuras humanas en la nueva concepción antropocéntrica del mundo.

En “La Venus del espejo” observamos el reflejo de la diosa Venus frente a un espejo que sostiene Cupido. La imagen de la diosa está representada más como mujer que como propia diosa. Es posible que el artista pretenda enviar algún mensaje con este tipo de pintura, en este caso, se trataría de mensajes internos, más profundos que los anteriores externos y que no todo el mundo estaría dispuesto para entender. En este caso, Velázquez pinta a la diosa como una mujer mortal, resistiéndose al hecho de considerarla diosa.

2. Reproducir o reflejar la belleza. Este objetivo está íntimamente ligado al anterior. Reproducimos lo que vemos, pero también reproducimos lo que nos impresiona, lo que nos hace sentir, lo que nos emociona, lo que nos hace reír o llorar, pero siempre con una mirada al exterior, a lo que nos rodea y circunda. Es la reproducción de la belleza exterior.

En el idealismo artístico se pinta la realidad pero eligiendo lo bello y elegante y suprimiendo lo vulgar.



Alegoría de la Primavera. Botticelli. Galería Uffizi. Florencia.

En la “Alegoría a la Primavera” Botticelli la imagen de las tres ninfas es angelical, de una gran belleza estética, con rasgos suaves y hermosos y movimientos gráciles. Todo el cuadro expresa armonía, equilibrio y estética equilibrada.

3. Reflejar una idea. En este marco se encuentra la pintura simbólica, la cual va a relatar una serie de conocimientos que solo determinados espectadores sabrán encontrar. El resto, simplemente, apreciara la belleza de la obra. Es decir, verán la obra según el objetivo segundo. En este sentido no podemos centrarnos solo en los pintores denominados simbólicos del último tercio del siglo XIX. Artistas como el Bosco o Giorgione se pueden considerar pintores simbólicos.



Giorgione. “La tempestad”, Gallerie dell’Accademia, Venecia, Italia.

Podemos considerar a “la Tempestad” de Giorgione como el primer paisaje de la pintura occidental y está cargado de alegorías. El cuadro lleno de un simbolismo oculto y misterioso, refleja a una mujer amamantando a un niño mientras es observada por un caballero. Al fondo, una ciudad con un cielo tormentoso que amenaza a los propios protagonistas de la obra. Destaca la mirada directa y retadora de la mujer semidesnuda hacia el espectador.

En el siglo XIX comenzaron nuevas corrientes artísticas en los que este último objetivo de “Reflejar una idea” fue tomando cada vez mayor preponderancia. Por ejemplo y en relación con la simbología en el arte, resulta interesante destacar que la Orden de los Rosacruz, renacida en 1612 con un manifiesto titulado Fama Fraternitatis, y que se dividió posteriormente en varias ramas de las que algunas de ellas pusieron un especial énfasis en el cultivo y difusión del arte. Entre 1892 y 1897 la Orden organizó una serie de salones artísticos —conocidos como Salón de la

Rose+Croix— en los que se exponían obras de arte preferentemente de estilo simbolista. Los rosacruces defendían el misticismo, la belleza, el lirismo, la leyenda y la alegoría, y rechazaban el naturalismo, los temas humorísticos y géneros como la pintura de historia, el paisaje o el bodegón.

Sin embargo, toda esta explosión de belleza y simbolismo también fue muy criticada. Por ejemplo, en 1891 en los Mandamientos de los Rosacruces sobre estética, se recoge la prohibición de «toda representación de la vida contemporánea», así como «todo animal doméstico o utilizado para el deporte, las flores, los bodegones, los frutos, los accesorios y otros ejercicios que los pintores tienen la insolencia de exponer». En su lugar, «para favorecer el ideal católico y el misticismo, la Orden acogerá toda obra fundada en la leyenda, el mito, la alegoría, el sueño».

El primer salón tuvo lugar en París del 10 de marzo al 10 de abril de 1892. En el catálogo de la exposición estos artistas manifestaban querer «destruir el realismo y acercar más el arte a las ideas católicas, al misticismo, la leyenda, el mito, la alegoría y los sueños». Para ello, se inspiraron en la obra de Poe y Baudelaire, además de las óperas wagnerianas y las leyendas artúricas.

Sin embargo, a mediados del siglo XIX tiene lugar el nacimiento de una herramienta que va a cambiar todo el concepto de la reproducción de lo que vemos y percibimos. Esta herramienta es la FOTOGRAFIA. Nace en 1839 de la mano de Louis Daguerre, aunque sus principios se remontan a Aristóteles con la “cámara oscura”. Fue en 1824 cuando el científico francés Niepce obtuvo la primera impresión fotográfica.



El nacimiento de la fotografía hizo que el primero y segundo objetivos de la pintura quedara atropellado e invalidado con este medio, absolutamente exacto, reproducible y fácil de realizar. Ya no necesitábamos a grandes artistas que supieran pintar un árbol, o un cielo, o unas uvas. Tampoco a grandes artistas que supieran reproducir el rostro humano, o de un perro o, porque no, de una rata cualquiera.

Todo esto lo podía realizar la fotografía con un solo clic, más o menos elaborado, pero de manera fácil segura y sobre todo, barata.

¿Qué paso entonces? Los artistas más avezados empezaron a explorar otros campos a los cuales la fotografía nunca podría llegar. Así, algunos artistas empezaron a **impresionar** con sus obras. Así nació el movimiento impresionista, caracterizado, a grandes rasgos, por el intento de plasmar la luz y el instante, sin reparar en la identidad de aquello que la proyectaba. Es decir, si sus antecesores pintaban formas con identidad, los impresionistas pintaban el momento de luz, más allá de las formas que subyacen bajo este.



Claude Monet. *Impresión Sol naciente*. Museo Marmottan Monet, París.

Con la obra “Impresión del Sol naciente” de Monet (1840-1926) nació en movimiento impresionista.

Como toda evolución artística, rompió moldes y fue criticada, rechazada e incluso vilipendiada por muchos críticos y artistas más clásicos. El crítico de arte Louis Leroy escribió:

“Al contemplar la obra pensé que mis gafas estaban sucias. ¿Qué representa esta tela?... el cuadro no tenía derecho ni revés... ¡Impresión!, desde luego produce impresión..., el papel pintado en estado embrionario está más hecho que esta marina...”

Otros artistas evolucionaron buscando un momento específico que captara la atención del espectador y lo **expresaban** en su obra. Son los denominados expresionistas los cuales defendían un arte más personal e intuitivo, donde predominase la visión interior del artista -la «expresión»- frente a la plasmación de la realidad -la «impresión»-. El expresionismo suele ser entendido como la deformación de la realidad para expresar de forma más subjetiva la naturaleza y el ser humano, dando primacía a la expresión de los sentimientos más que a la descripción objetiva de la realidad.

Básicamente, los impresionistas utilizaban una técnica rápida que ofrecía una impresión de la realidad deformada por una luz que conseguía ser la protagonista de la obra. En cambio, el expresionismo reflejaba más una realidad interior del propio artista. Algunos otros exploraron con los colores o con la forma de realizar la obra: FAUVISMO, PUNTILLISMO...

Dentro de los pintores expresionistas, podemos citar a Balthus (1908-2001) como uno de los más singulares y controvertidos.

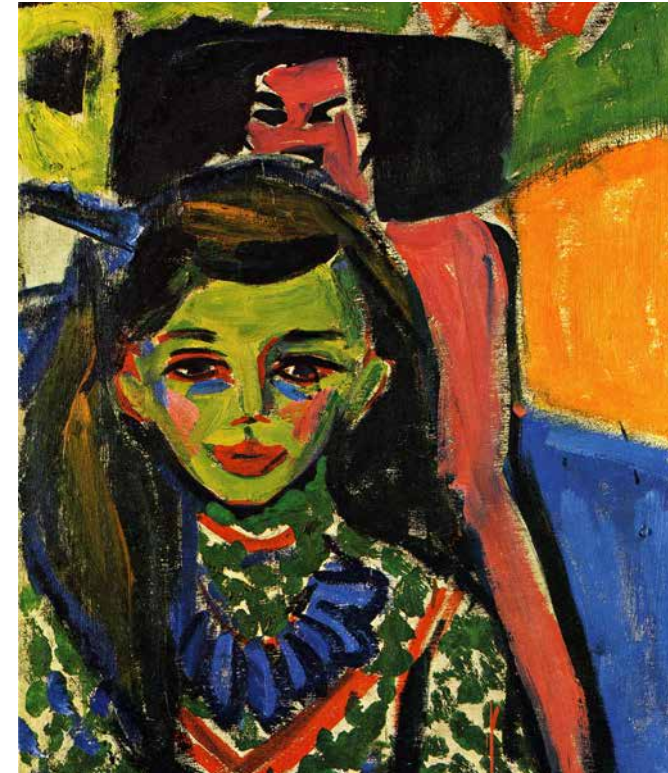


Balthus – *Thérèse soñando (Thérèse Dreaming)*, 1938. The Metropolitan Museum of Art, Nueva York.

En el cuadro “Teresa soñando” Balthus hace una expresión de la propia protagonista en momento de cansancio o descanso. La protagonista del cuadro es una niña de 11 años que sirvió de modelo en gran parte de sus obras.

La niña se encuentra en una postura sugerente, incomoda y con una gran carga sensual. Casi toda la obra de Balthus tiene una gran carga erótica amplificando lo incómodo y lo inquietante. Vemos, pues, que refleja de forma transparente la propia subjetividad del autor, es, por tanto, un evidente pintor expresionista.

Otro pintor claramente expresionista fue Ernst Ludwig Kirchner (1880-1938) perteneciente al grupo alemán Die Brücke. En su obra “Franziska ante una silla tallada” observamos la imagen de la protagonista sentada sobre una silla cuyo respaldo es el tallado de una mujer desnuda. La obra es la expresión de un sentimiento desafiante plasmado en la mirada de la modelo.



Ernst Ludwig Kirchner – *Franziska ante una silla tallada*

Todo esto se desarrolló al tiempo que el arte de la fotografía iba invadiendo el espacio que le correspondía. Vemos, por tanto, que los pintores necesitaban buscar su espacio y esto desarrolló potentes corrientes artísticas que de otro modo nunca hubieran nacido, o al menos, no de forma tan simultánea.

En este proceso, algunos artistas empezaron a ir más allá: A parte de expresar una idea como hacían los autores expresionistas, se planteó el ir más allá: ¿Por qué no expresar un sentimiento? En ese contexto, empezaron a elaborar obras sin que existiera un motivo externo, solo, simple y libremente, la idea, el sentimiento. En esta corriente, los artistas percibieron que el exterior no era lo reproducible, sino, que lo auténticamente reproducible era el interior del ser. Es la reproducción de lo más íntimo del ser mediante una configuración estrictamente plástica. **¡POR FIN HABIAMOS ACABADO CON LA DICTADURA DE LO EXTERNO!** Se sentían felices de no tener que cumplir con lo que lo externo obligaba a reproducir. Era, el zenit de la **LIBERTAD DE EXPRESIÓN PLÁSTICA**.

Cuando observamos un cuadro de Delaunay (1885-1941) (por ejemplo, su serie “Ventanas”) estamos apreciando eso mismo, unas formas geométricas donde el límite es difuso, pero claramente apreciable. Si miramos la obra de Mondrian o Malevich con sus estructuras verticales y horizontales, estamos ante una evolución más arriesgada aún que la realizada por Delaunay. Kazimir Malevich (1879-1935) fue el máximo representante del suprematismo.



Delaunay. *Serie Ventanas*. Museo de Arte de San Luis, Instituto de Arte de Chicago, Museo Solomon R. Guggenheim

En la obra “El afilador de cuchillos” Malevich hace una descomposición de las formas con una geometría abstracta muy ligada al cubismo.

Podemos observar como el arte va evolucionando hacia el rechazo, al principio parcial, con miedo, y después total, con agresividad, de lo externo, de la visión más real para encontrar en camino directo hacia la propia imagen interior, deformada y subjetiva.

En mi obra de la serie “Cielos” represento la realidad soñada del cielo en el marco de una ventana perfilada en negro. La realidad se corta abruptamente con las dos líneas, una horizontal y otra vertical que parten en propio cuadro pero nunca lo dividen.



Malevich. *El afilador de cuchillos* 1912-1913. Museo Univ. de Yale. New Haven

Claves de la reforma sobre el sistema de cotización de personas autónomas



Marta Domínguez Ben
Abogada laboralista
Socia en Galende y Buzón Abogados, SLP

Desde que se anunciara por parte del Ejecutivo la intención de reformar el sistema de cotizaciones de personas trabajadoras autónomas, ha existido un verdadero revuelo sobre si este sistema de cotización es justo, si penaliza a los autónomos o si, por el contrario, les beneficia.

Para llegar a una conclusión sobre estas cuestiones, es necesario poner sobre la mesa las notas básicas de la reforma:

1. Se aplica a todas las personas incluidas en el régimen especial de trabajadores autónomos, con independencia de que lo sean a título individual o que ejerzan su actividad como socios o integrantes de cualquier entidad.
2. Las personas incluidas en el régimen especial de trabajadores autónomos cotizarán en función de los rendimientos netos anuales obtenidos en el ejercicio de sus actividades económicas, empresariales o profesionales.
3. Se entenderá por rendimientos netos todos los rendimientos anuales obtenidos por los trabajadores autónomos en el ejercicio de sus actividades económicas, empresariales o profesionales, incluso de aquellas que no determinen su inclusión en el sistema de Seguridad Social y se calculará de acuerdo con lo previsto en las normas del IRPF. El cálculo de los rendimientos en el caso de los autónomos societarios se efectuará según su participación en los fondos propios de la sociedad, en la forma que se determine en el futuro desarrollo reglamentario. De esta forma, se entenderá, al menos, las ganancias que se imputen en el IRPF, con la posibilidad de revisar también los fondos de la sociedad.
4. Se establece un periodo transitorio desde el año 2023 hasta el año 2025, indicándose para cada año la correspondiente tabla con los diferentes tramos de cotización. La cuota se obtendrá aplicando el tipo de cotización que cada año se apruebe en la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Por ello, a día de hoy no es posible conocer con exactitud la cuota para cada uno de los tramos. No obstante, según los tipos de cotización existentes actualmente, las cuotas irán desde los 230 euros al mes a los 500 euros al mes en el 2023 y de los 200 euros al mes a los 590 euros al mes en el 2025.
5. Las personas autónomas que esté dadas de alta a la fecha de entrada de este Real Decreto, hasta que no ejerciten

la opción de base de cotización correspondiente, seguirán cotizando durante el año 2023 sobre la base que tuvieron, entendiendo que esta base es su rendimiento neto del ejercicio.

6. Las personas trabajadoras elegirán, en el momento de solicitar su alta, una base de cotización provisional que estará comprendida en el tramo correspondiente a su estimación de rendimientos netos.
7. La cotización de cada ejercicio anual será objeto de regularización al año siguiente en función de los rendimientos netos comunicados por la Agencia Tributaria.
8. Si la cotización provisional fuese superior a la cuota correspondiente a la base máxima del tramo de sus rendimientos reales, la Tesorería General de la Seguridad Social procederá a devolver de oficio la diferencia entre ambas cotizaciones, sin interés alguno, antes del 31 de mayo del ejercicio siguiente.
9. Si una vez determinados los rendimientos reales se comprobaran que éstos son superiores a la cotización realmente efectuada, se pondrá en conocimiento de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para que efectúe la oportuna regularización y determine los importes a ingresar.

La norma elimina, a priori, la posibilidad de no cotizar si los ingresos de la actividad profesional lo son por debajo del salario mínimo interprofesional, puesto que el primer tramo se establece para ingresos por debajo de 670 euros mensuales, a los que correspondería, previsiblemente, una cuota de 230 euros para el año 2023.

Sin embargo, y aunque esta cuota parezca exagerada en relación con los ingresos, esta proporción se invierte si hablamos de ingresos elevados: para ingresos de más de 6.000 euros mensuales, la base de cotización aplicable será de 1.634 euros y la cuota a ingresar, de 500 euros al mes en el 2023.

Por otra parte, lo cierto es que debemos esperar al año que viene para, más allá de importes de cuota a pagar, que están bastante detallados en la norma, ver cómo de ágil es la Tesorería de la Seguridad Social a la hora de compensar ingresos y cuotas, aspecto de especial importancia en la gestión de la economía de los trabajadores autónomos

ALIGN TECHNOLOGY CELEBRA SU 25 ANIVERSARIO

LA EMPRESA QUE REVOLUCIONÓ LA ORTODONCIA DIGITAL CON LA INTRODUCCIÓN DE LOS ALIGNERS TRANSPARENTES (INVISALING)

Más de 13 millones de personas en todo el mundo se han beneficiado hasta la fecha de un tratamiento **Invisalign** prescrito y dirigido por un doctor.

Align ofrece un flujo de trabajo digital especializado para equipar a las clínicas dentales con recursos de alta tecnología que mejoran la eficiencia de la consulta, entre otros muchos beneficios.

Los *aligners* transparentes parecen ser los que mejor se adaptan al estilo de vida de los pacientes para alinear sus dientes y mejorar sus sonrisas. Esta revolucionaria innovación, que supuso una alternativa a los clásicos aparatos de ortodoncia, fue introducida por primera vez hace 25 años por Align Technology cuando cinco empleados, desde un pequeño dúplex en California, idearon realizar ligeros movimientos progresivos de los dientes mediante una serie de *aligners* de poliuretano extraíbles creados a través de un software informático y una impresora 3D.

En 1999, Align lanzó el sistema Invisalign en EE. UU., seguido de una campaña publicitaria e inició su distribución en el país. Dos años después, Align se expandió a Europa. A finales de 2001, Align Technology ya había fabricado un millón de *aligners* transparentes únicos y había formado a más de 10.000 doctores.



La boutique Gallantdale inaugura centro en Madrid

Gallantdale marca de diseño de moda de origen mexicano para profesionales de la salud (líder en el mercado de clínicas dentales) abre su primera boutique en Europa, y ha elegido Madrid, calle Serrano 61 (ABC Serrano) para comenzar su expansión internacional. En la actualidad tiene 37 boutiques en México, produce anualmente más de 660.000 prendas hechas a mano y en 2021 facturó más de 10 millones de euros. Sus colecciones se inspiran en el mundo de la moda y se presentan por temporadas, sus diseños combinan comodidad, funcionalidad y últimas tendencias, y la "Colección 2023" estará inspirada en el Centre Pompidou de París.



XXVI Congreso Europeo de Cirugía Cráneo Maxilofacial

Ticare destaca como marca de implantes en el congreso de la EACMFS

Ticare ha sido patrocinador del congreso de la Asociación Europea de Cirugía Cráneo y Maxilofacial (EACMFS), con una presencia destacada como empresa española fabricante de implantes. Se trata de la 26ª edición de este congreso que se ha celebrado en Madrid bajo la presidencia del Profesor Julio Acero, reconocido especialista en cirugía oral y maxilofacial, y actual presidente de la EACMFS.

El congreso se ha desarrollado a lo largo de cuatro jornadas en el Palacio Municipal de Congresos de Madrid, en IFEMA, y ha contado con 272 conferenciantes y 229 moderadores de primer nivel de la especialidad. Gran éxito de participación con un total de 2.244 profesionales, procedentes de 94 países, el número más elevado respecto a las ediciones pasadas, y donde el impacto de las nuevas tecnologías en la especialidad ha protagonizado el grueso de las ponencias.

Por el stand de Ticare han pasado personas destacadas como el Dr. Florencio Monje Gil y el Dr. José Luis Cebrián Carretero, respectivamente presidente y presidente electo de SECOM CyC, el Dr. José Luis López-Cedrún Cembranos, anterior presidente, así como anteriores presidentes de la sociedad y otros cargos como el Dr. Fernando Almeida Parra, secretario general. Ticare

ha estado muy unida, desde sus comienzos como Mozo-Grau, a la especialidad y a la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM) y organiza en su sede cada año el curso de implantología básica para residentes de los dos últimos años.



Ticare ha presentado en el congreso su último lanzamiento: Ticare Perio Hybrid

La marca de implantes Ticare ha presentado en el congreso su último lanzamiento: Ticare Perio Hybrid, el implante híbrido diseñado para el paciente periodontal, y ha mostrado ser el único implante con evidencia científica de contar con gap cero, libre de filtración bacteriana.



Fernando Mozo, CEO de Ticare, con parte del equipo presente en el congreso.

Curso tratamientos avanzados en implanto-prótesis Universidad de Sevilla y Ticare

Del 17 al 19 de noviembre, la Universidad de Sevilla y Ticare organizan el curso sobre **Tratamientos avanzados en implanto-prótesis** cuyo objetivo es ampliar y perfeccionar el conocimiento sobre la prótesis sobre implantes de forma teórica y práctica.

Mediante la exposición teórica de los principales tipos de rehabilitación sobre implantes, el diagnóstico y planificación avanzada en implanto prótesis, la odontología digital, manejo de los tejidos blandos y la resolución de complicaciones protésicas, entre otros temas, el alumno irá ampliando y perfeccionando sus conocimientos con el acompañamiento del profesorado. El curso finaliza con la realización de un taller práctico de provisionales sobre implantes y transferencia del perfil de emergencia. Esta formación está impartida por el **Dr. Pablo Domínguez** y la **Dra. Ana Orozco**.

Toda la información detallada del mismo se encuentra en la web <https://www.ticareimplants.com/formacion/>



ticare



Webinario sobre marketing en la clínica: “Marketing dental contado por un odontólogo”

Dr. Raúl Pascual Campanario | Ticare

El próximo 17 de octubre el **Dr. Raúl Pascual** impartirá un webinar sobre Marketing en el sector dental a las 20:00 h (hora peninsular) en *Implant Training* <https://www.implant-training.es/>.

INSCRIPCIÓN GRATUITA



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