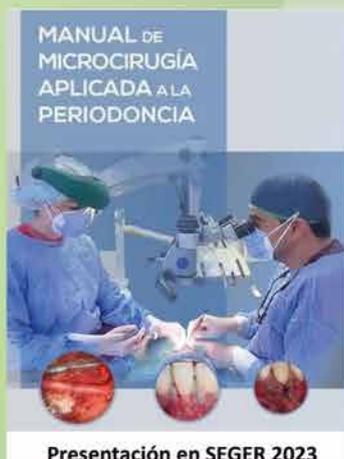




Andrés Blanco Carrión
Presidente del
Congreso SEMO- AIPMB
Santiago de Compostela – 25 V 2023



Ernest Mallat Callís
Presidente de la Sociedad
Catalana de Odontología y
Estomatología (SCOE)





Disminuye el riesgo de periimplantitis

Comprometidos con la salud **periimplantaria** de tus pacientes



Sumario

Editorial	05
Opinion	07
🕒 La virtud de los algoritmos	
Tribuna de salud pública	09
🕒 Salud Pública y Sanidad Pública: no confundir	
Obituario	10
🕒 Profesor Doctor Ambrosio Bermejo Fenoll	
Actualidad	12
🕒 Guía de práctica clínica para la atención odontológica al paciente con cáncer oral	
🕒 9º Congreso de la Sociedad Marroquí de Ortodoncia (MOS) y 15º de la Sociedad de Ortodoncia de los Países Árabes (AOS)	
🕒 Nueva cátedra para impulsar la investigación en ortodoncia digital. Universidad de Barcelona y Forestadent	
🕒 “Los límites de la odontología digital”	
🕒 SECIB celebró en Formigal su V Reunion de invierno	
🕒 Congreso Nacional de blanqueamiento dental. Pamplona	
Entrevista	22
🕒 Andrés Blanco Carrión	
🕒 Dr. Ernest Mallat Callís	
Ciencia y salud	34
🕒 Importancia del uso clínico del CBCT en endodoncia	
🕒 Manejo de los 3 planos del espacio en ortodoncia. A propósito de un caso	
🕒 Te lo perdiste te lo contamos Crónicas de eventos científicos	
🕒 Salud Pública en Extremadura	
Historia de la Odontología	58
🕒 Cristóbal Acosta y las plantas de uso estomatológico	
Cultura	62
🕒 La Belleza: ¿atributo objetivo o subjetivo? Parte I	
Gestiona tu consulta	66
🕒 El Supremo vuelve a proteger a los contribuyentes y prohíbe a Hacienda centrarse únicamente en los aspectos perjudiciales	
Empresas	67

EDITOR
Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:
Rolando Peniche Marín. México.

CORRESPONSAL BARCELONA:
Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLÓGIA SOCIAL:
Antonio Castaño Seiquer

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

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

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

DEXIS IS 3800W

Un escáner intraoral inalámbrico con experiencia de alto rendimiento. El IS 3800W es libertad al alcance de tu mano.



Escaneado superrápido

Con un tiempo de exploración demostrado de 25 segundos para una sola arcada,* la velocidad de captura de IS 3800W deja más tiempo para centrarse en los pacientes.

Una experiencia de exploración más sencilla superrápida

El campo de visión ampliado de 16 x 14 mm del IS 3800W y una profundidad de campo significativamente más amplia de 21 mm capturan los detalles que se necesitan, incluso en áreas interproximales y márgenes subgingivales.

Ultraligero y compacto

Con solo 240 gramos de peso, el IS 3800W es uno de los escáneres intraorales más ligeros y compactos del mercado y se adapta cómodamente a la mano.

Control del movimiento por gestos

La empuñadura del IS 3800W cuenta con un sensor integrado que permite orientar el modelo digital en la pantalla simplemente girando el escáner, eliminando la necesidad de utilizar el ratón. Es suficiente mover simplemente la mano y el modelo seguirá el movimiento para seguir centrados en el paciente.

Cabezales intercambiables

Se proporcionan tres tipos para optimizar la comodidad del escaneado. Los cabezales pueden esterilizarse en el autoclave hasta 110 veces, lo que reduce los costes de consumibles y garantiza una esterilización adecuada.*

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



¿Hablamos?

 94 453 06 22

 antonsl@antonsl.es



Racionalizar la formación

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Las sociedades científicas están a pleno rendimiento formativo, los congresos se van sucediendo, recuperados del parón de tiempos pasados y aunque parecía que el online les iba a quitar el espacio, al final, afortunadamente no ha sido así, el online se ha convertido en una ocasión más para compartir conocimientos sin desalojar al presencial.

Pocas profesiones, si es que las hay, pueden presumir del alto nivel de formación continuada de la odontología. Las sociedades científicas, entidades autónomas y de afiliación voluntaria, están prestando un servicio encomiable a la profesión. Todos sus cargos electos sin remuneración, ni real ni encubierta, se esfuerzan cada día con buenos resultados en el conjunto.

Las sociedades científicas, en una profesión de ejercicio casi por completo privado, por imperativo de nuestra cartera de prestación sanitaria pública, han tomado la carga que en el sistema público realizan los hospitales, en formación e investigación y conectado la Universidad con la profesión. Los dirigentes de las sociedades científicas odontológicas están en buena parte vinculados a la universidad, siendo esta profesión también una de las que más vínculos mantiene con el estamento universitario, situación que supone un verdadero lujo y ojalá se mantenga en el futuro.

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) presentaba recientemente su "Guía de práctica clínica de atención odontológica al paciente con cáncer oral", guía que se une a otras ya presentadas y que suponen una inestimable ayuda para el buen ejercicio de la profesión. Esperemos que sus esfuerzos por la creación de la "Especialidad en Cirugía Bucal" vean por fin la luz, logro que seguro se intentarían apuntar otros.

La Sociedad Española de Gerodontología, una sociedad que crece día a día con más rapidez que la edad media del paciente español, celebra en estos días su congreso en León con la presentación de dos libros en su programa, "Manual de Microcirugía Aplicada a la Periodoncia" y "Gerodontología Clínica".

Difícil asistir a todos y complicado escoger entre tantas buenas ofertas que no tenemos espacio para nombrar a todas. Al menos uno por semana en mayo, SEGER, SEOP, SEDCYDO, SEMO.

El aumento de procedimientos y nuevas tecnologías hacen surgir nuevas sociedades que, habría que evaluar si es el necesario camino o habría que incluirlas en las ya existentes, para evitar una dispersión de esfuerzos y recursos. Conviene reflexionar si las herramientas de trabajo o la práctica de un procedimiento deben ser razón suficiente para crear nuevas sociedades o mantener independientes a otras ya existentes.

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica en su momento se convirtió en Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética, evitando la creación de una segunda sociedad o academia y el acierto de esta decisión y de quién lo propuso ha sido evidente.

La industria, fiel colaboradora de la formación continuada, también tiene unos límites y su deseo de corresponder responsablemente a la realización de todos estos eventos empieza a ser una carga no asumible, por el exceso de peticiones de participación. En el sector de la odontología participan entre otros los profesionales odontólogos y la industria, deberíamos escuchar a esta última parte que tanto aporta.

Take FIVE to match them all!



Admira Fusion 5 – Simplemente más rápido. Simplemente estético.

Cubra los 16 colores VITA® con sólo 5 Cluster Shades

- Universal: para las más altas exigencias en dientes anteriores y posteriores
- Rápido: una fotopolimerización de sólo 10 segundos para todos los colores
- Excelentemente biocompatible: ningunos monómeros clásicos
- De primera clase: con diferencia, la más baja contracción (1,25% en vol.)



LA VIRTUD DE LOS ALGORITMOS

*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)
Académico de la Pierre Fouchard Academy*



Se nos ha puesto de moda la inteligencia artificial (IA). El mundo anda sin embargo preocupado por el posible impacto de su desarrollo. A las alturas en las que estamos, en las Universidades ya nos andan explicando sus virtudes. Sin tener que recurrir a la IA, en las Facultades (y en la sociedad en general) hay mucha inteligencia natural pendiente de ser explotada. Nos toca aprender a impulsar y desarrollar el talento que a menudo se difumina o se estanca por falta de valoración propia o ajena. Chejov, el genial escritor ruso, recibió, siendo un incipiente autor poco conocido, en 1986, una carta de Dimitri Grigorovich, autor ya consagrado, instándole a confiar en su propio talento y a desarrollarlo sin límites. Ese es nuestro papel colectivo a menudo entorpecido por criterios emocionales. La inteligencia artificial, sin embargo, se rige por algoritmos, fríos y objetivos. Los criterios diagnósticos, las decisiones terapéuticas que sigan los dictados de la IA estarán supuestamente a salvo de sesgos personales, de minguas experiencias previas o de vanidades o soberbias profesionales. Cojan ustedes un profesional de la odontología (vale también para otros quehaceres), pregúntenle por la razón del fracaso de su trabajo, de su restauración protésica, por ejemplo, o de su implante y verán la enorme tendencia a atribuirlo al material, a la deficiente elaboración del laboratorio, a la poca colaboración del paciente o a la displicencia de la auxiliar. Verán lo mucho que cuesta atribuirse, tanto más, cuantos menos años de rodaje tenga el profesional, la causa del desastre. En el proceso de análisis, la deficiencia en la preparación, el manipulado incorrecto del instrumento o del material y todo aquello que depende del dentista parece quedar como segunda opción. Y con tal convicción lo explican al paciente, a las auxiliares o a los responsables económicos o clínicos de la instalación en la cual ejercen. Y con la misma convicción lo defienden, sin pudor ante cualquier otro colega con más experiencia que ellos. Bien, ojalá en nuestro oficio la inteligencia artificial, los algoritmos que la componen, nos aporten información objetiva para resolver muchas cuestiones. Información no envuelta en humo interesado y desprovista de componentes económicos o de vicios de enjuiciamiento. En última instancia a todos nos interesa aprender de nuestras equivocaciones y por tanto queremos obtener conclusiones que no estén moduladas en la confrontación con nuestra propia autoestima. Grigorovich no tenía intereses inconfesables en el éxito de Chejov, solo el poder disfrutar como lector de la brillantez de sus escritos. En los tiempos que corren es difícil pensar que los profesionales dedican sus esfuerzos a mirar la paja en ojo propio más que la viga en ojo ajeno. Cuesta tanto encontrar a alguien

que atribuya los errores a su propia actuación (y lo diga en voz alta) como encontrar quien publica sus fracasos. No está la cosa para reconocer las equivocaciones y ser pasto de la acción de reclamaciones, de abogados o incluso de colegas que estimulan la desconfianza entre las partes, por más que haya voluntad reparadora. La prospección o retrospectiva del seguimiento de los casos del día a día no suele regirse por el método científico sino más bien por nuestro criterio personal, salpicado de prejuicios e intereses. Abu Abdallah Muhammad Ibn Mūsā Al-Jwarizmi más conocido por Al-Juarismi fue el erudito persa que “inventó” en el siglo IX el concepto de algoritmo. En una plaza de Jiva, lugar de su nacimiento, en el actual Uzbekistan, rodeada de una inmensa belleza arquitectónica, tiene una estatua que transmite, en el marco en el que se encuentra, una idea de equilibrio y de sosiego. En su obra maestra (un tratado de álgebra, precursora de los algoritmos), decía que lo que pretendía era dar a “los hombres lo que requieren constantemente en casos de herencia, legados, particiones, juicios, y comercio, **y en todos sus tratos con los demás**”. Al final resulta que todos vamos buscando lo mismo cuando tratamos con gente: adquirir confianza en uno mismo. Una confianza basada en la interpretación de un modo justo, veraz y no manipulado de las cosas que hacemos todos los días. Grigorovich, utilizó una carta con Chejov, en las facultades se procura dar herramientas para ello al alumno, el profesional lo intenta analizando e interpretando su propia experiencia. Al-Juarismi quería darnos lo que los hombres necesitamos y ahora sus algoritmos son utilizados por la inteligencia artificial para proveer al mundo, de un modo objetivo, de lo que el mundo necesita: criterio,

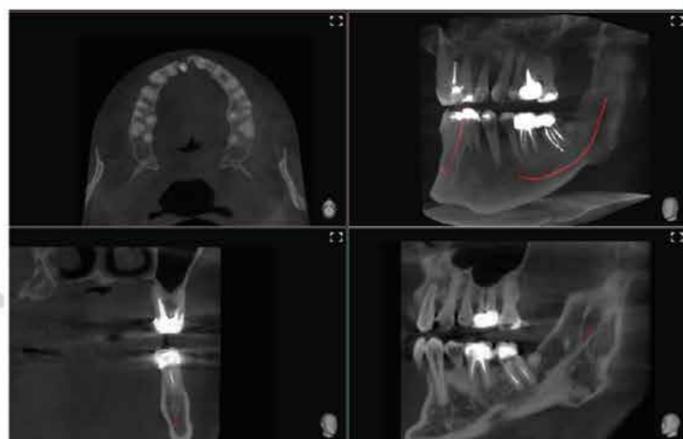
Y si en ese sentido la Inteligencia artificial no deja de ser un medio para conseguir un fin, lo realmente preocupante de ella es que, si bien puede ser un elemento para conseguir unos criterios más objetivos en nuestra toma de decisiones, también lo es para conseguir sistematizar los errores o las tendencias. Al fin y al cabo, el instrumento sigue siendo el resultado de la acción del que lo construye y si somos capaces de modular nuestro propio criterio a conveniencia, no tengo porque pensar que los constructores de los algoritmos que rigen estos inventos no serían capaces, por conveniencia, de hacer lo mismo. Al final la paradoja es que necesitamos criterio para construir los criterios. Como dice el acervo popular: para hacer ese viaje no necesitábamos alforjas. Lo que sí que es cierto es que con la IA viajaremos más deprisa.

Vistavox S

Diagnóstico 3D Avanzado



- Volumen de visualización ideal
- Posicionamiento sencillo
- Alta calidad de imagen
- Diagnóstico seguro y fiable



VistaSoft 3D

Con VistaSoft 3D dispondrá de distintas vistas para sus hallazgos de tomas CBCT: vista panorámica, toma de capas transversal (TSA) y reconstrucción multiplanar (MPR).

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



¿Hablamos?

 94 453 06 22

 antonsl@antonsl.es

Salud Pública y Sanidad Pública: no confundir



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

Estos son dos términos que con frecuencia vemos utilizados de forma sinónima cuando no lo son. Dice el refranero que no hay que *mezclar churras con merinas*. Esto viene a que las primeras dan buena leche o carne y las segundas dan buena lana, pero que el cruce entre ambas no mejora el resultado. Si confundimos o mezclamos los conceptos de salud pública y sanidad pública, el resultado puede ser algo que no cumpla con los principios de ninguna de ellas. Algo de esto está pasando con la salud oral en nuestro país.

La definición clásica de Salud Pública dice que es *el esfuerzo organizado de una sociedad dirigido a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad*. Tiene múltiples facetas sociales y políticas ajenas a la pura actividad sanitaria. A su vez se alimenta de múltiples disciplinas, desde la investigación a la planificación de acciones sociales, políticas y sanitarias. No implica directamente la oferta de atención médica a las personas, pero sí debe asegurar el acceso de todos a esta atención y asegurar su calidad. La atención médica a través de la sanidad pública -o privada, tiene un efecto retorno sobre la salud pública aunque no es el mayor, si no que, quizá para sorpresa de muchos, su impacto es más bien pequeño. Como ya estableció Lalonde en 1974 y más tarde Tarlov en 1999, el estado de salud de las personas y comunidades viene condicionado principalmente por la genética y la biología, los comportamientos de salud (hábitos y estilo de vida), las características sociales y de la propia sociedad, la economía en su conjunto y los cuidados médicos. Éstos, no aportan más del 15-20% a la salud de las poblaciones. Como decía mi maestro en salud pública dental, Aubrey Sheiham (UCL, London), por más dentistas que haya en tu calle, la salud dental de tu familia no será mejor, porque depende de factores *anteriores* a la cantidad de dentistas de tu calle. Y eso es incontestablemente cierto. Nos hacía sonreír... estábamos aprendiendo y esto de que la atención dental no daba salud nos sorprendía.

Como ciencia, la salud pública traspasa los límites de lo estrictamente sanitario. Una adecuada acción en salud pública empieza por un buen diagnóstico de salud de la comunidad y el enunciado de los objetivos que se quiere lograr. Si no se sabe adónde se quiere llegar, es difícil establecer la ruta; y sin capitán, no hay barco. Quien haya leído mi anterior artículo en ODH, comprenderá lo que quiero decir.

Muchos eventos sanitarios de los últimos años han puesto en primer plano la importancia de la salud pública. Es más antigua de lo que se pudiera pensar, pues acciones de salud pública eran ya las normas de higiene de los pueblos antiguos: la higiene personal y la canalización del agua sin contaminar de los egipcios; la higiene y el deporte entre los griegos; los baños públicos, las termas, la evacuación de aguas residuales entre los romanos; el control en el consumo de carne de cerdo y alcohol entre los musulmanes; etc. La atención sanitaria pública universal se introduce siglos después. Situándonos ya en la era moderna, entre sus mayores logros están las vacunaciones y el control de enfermedades infecciosas, la calidad del agua y los alimentos, la seguridad en el trabajo, la salubridad de las viviendas, el medio ambiente, y un largo etcétera.

La Salud es más inclusiva que la Sanidad. La salud pública tiene que ver con las acciones gubernamentales encaminadas a promover, proteger y restaurar la salud de las personas y las comunidades. La sanidad, es el conjunto de servicios con su personal y sus instalaciones que protege la salud. La protección de la salud, en el pacto social de las sociedades de nuestro entorno, es un derecho así reconocido en los diferentes estados.

La planificación en salud pública debe tener puesto el punto de mira en un horizonte más allá de la mera definición de una cartera de servicios.

Obituario

Profesor Doctor Ambrosio Bermejo Fenoll

Maestro y Amigo



El pasado 22 de diciembre de 2022, fallecía un extraordinario maestro, un gran profesional sanitario y un inolvidable amigo, el Profesor Ambrosio Bermejo Fenoll.

El Profesor Ambrosio Bermejo constituye una parte importantísima de la historia moderna de la Estomatología y la Odontología de España.

Como compañero y amigo de Ambrosio, voy a tratar de glosar en estas breves líneas algunos datos de su extensa trayectoria profesional sanitaria y docente universitaria y de la oportunidad de haber compartido su amistad.

Ambrosio era miembro de una gran saga de “dentistas”, que comenzó su abuelo, el Dr. D. Ambrosio Bermejo Martínez, “Cirujano Dentista” con ejercicio en Cartagena, que siguió su padre, como Odontólogo afincado en Elche, y continuó Ambrosio como Médico Estomatólogo, también en Elche. Como él solía decir: “no creo que esta querencia por la Odontología sea genética, sino más bien fruto de ver a tus mayores desarrollar esta actividad sanitaria con dedicación, cariño y bien hacer”.

Ambrosio se licenció en Medicina y Cirugía en la Universidad de Zaragoza y se especializó como Médico Estomatólogo en la Universidad Complutense de Madrid, obteniendo después el título de Doctor en la Universidad de Valencia. Desde el principio como médico estomatólogo, Ambrosio siempre fue fiel al Juramento Hipocrático: “...enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo, comunicar los preceptos y las enseñanzas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos...”, es decir, sintió que además de profesional sanitario debía ser docente, profesor, maestro. Por ello desde que se licenció, enseñó en la Universidad de Valencia, en la Universidad de Alicante, y en la Universidad de Murcia, donde fue Profesor Titular y Catedrático de Medicina Bucal hasta su jubilación en 2005.

Fruto de esta gran actividad universitaria e investigadora son las numerosas publicaciones científicas editadas en prestigiosas revistas nacionales e internacionales, así como su participación en más de 21 libros de la especialidad. En estas investigaciones y publicaciones, que realizo sobre diferentes aspectos de la Medicina Oral, así como anatómicos y fisiopatológicos del área oral y maxilofacial, son únicas e irrepetibles las referidas al tema, que él denominó “Temporomandibular articular complex”.

Quiero destacar su libro *Medicina Bucal* (2 volúmenes), por su trascendencia y por reunir gran parte de su quehacer investigador en Medicina Oral. Como expresaba el Profesor David Grinspan, gran maestro argentino, Decano del Colegio Ibero-Latino-Americano, en el prólogo del libro: “Este tratado no es una repetición de los diferentes aspectos de un proceso ordenados uniformemente. Contiene ideas originales que deben haber surgido de sus pensamientos en las horas de vigilia, cuando la mente esta fresca y despejada.”

El Profesor Ambrosio Bermejo era un colega especial, que podríamos denominar “renacentista”, ya que estaba lleno de ideas, teorías, hipótesis, ..., que además, era capaz de desarrollar y demostrar, por muy complicadas que fueran.

El Médico Estomatólogo Ambrosio Bermejo Fenoll fue Socio Fundador de nuestra Sociedad Española de Medicina Oral y nuestro presidente desde 1997 a 2001. Ambrosio mantuvo una magnífica relación con numerosos colegas de Iberoamérica, recibiendo varias distinciones y siendo nombrado Miembro de la Academia Nacional de Odontología de Argentina.

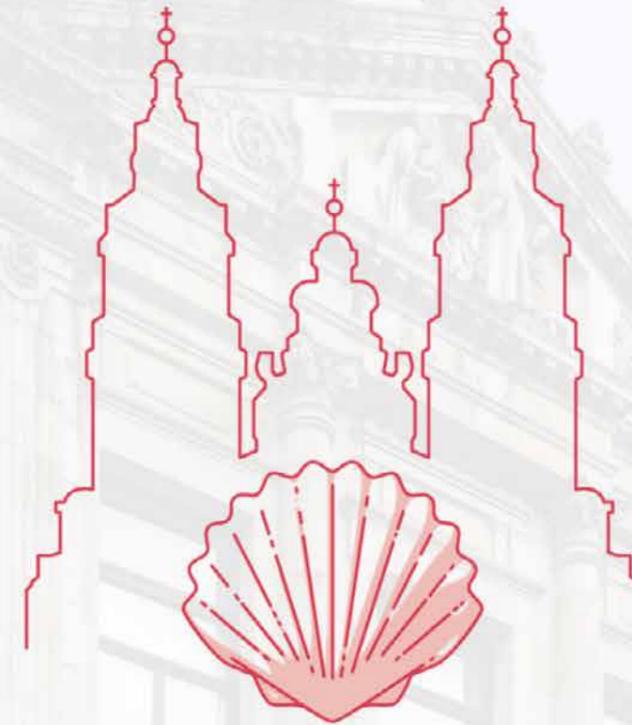
En su doble vertiente de profesional estomatólogo y de profesor docente, recibió prestigiosos Premios nacionales e internacionales. El Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España le concedió el Premio Nacional y el Premio de Dentista del Año de España en 2008.

Los que compartimos congresos, seminarios, simposios y cursos con Ambrosio, fuimos testigos de cómo amaba lo que hacía, de su entusiasmo y tesón para hacerlo bien, siempre con el objetivo de procurar lo mejor para sus pacientes.

Como colega y amigo Ambrosio era “grande” y “único”, siempre dispuesto a ayudar, a compartir, a participar, a filosofar, siempre risueño, divertido, relator de inolvidables anécdotas,

Ambrosio descansa en paz, te vamos a extrañar mucho. Ambrosio ha sido un privilegio conocerle y ser tu amigo.

José Manuel Aguirre Urizar



Medicina Oral

2023

XVII Congreso SEMO y XVIII Reunión AIPMB
Santiago de Compostela. 25-27 Mayo 2023



**Sociedad Española
de Medicina Oral**



www.medicinaoral2023.org



info@medicinaoral2023.org



[@medicinaoral2023](https://www.instagram.com/medicinaoral2023)

Secretaría Técnica
 cmedicinaoral23@viajesvitoria.com
 +34 981 587 911

Secretaría Científica
 info.medicinaoral.org

SCAN
ME



Guía de práctica clínica para la atención odontológica al paciente con cáncer oral

Publicada por SECIB bajo la dirección del Prof. José Luis Gutiérrez Pérez

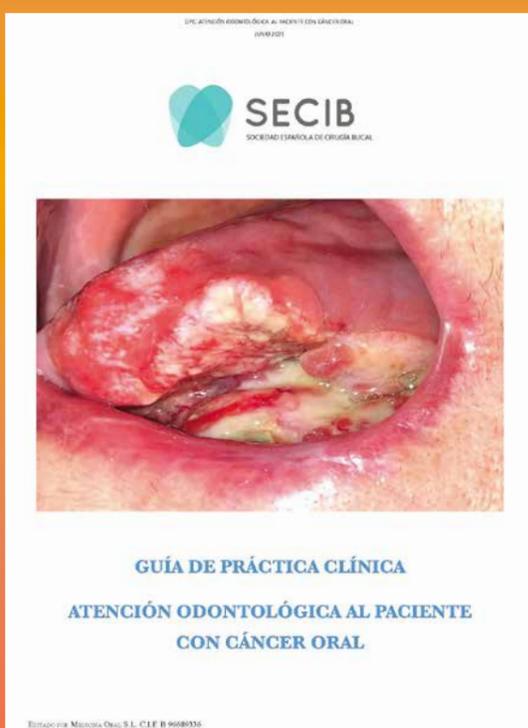
La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha presentado la *Guía de Práctica Clínica (GPC) Atención odontológica al paciente con cáncer oral*, un trabajo que ya forma parte del catálogo de GPC del Sistema Nacional de Salud y que ofrece un conjunto sistematizado de recomendaciones -basadas en la mejor evidencia científica disponible- orientadas a facilitar la toma de decisiones clínicas. Se trata de la primera vez que un documento de este tipo aborda el cáncer oral desde la perspectiva terapéutica del odontólogo y el cirujano bucal.

Esta guía -dirigida por el Dr. José Luis Gutiérrez Pérez, ex presidente de SECIB, catedrático de la Universidad de Sevilla y jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen del Rocío- alcanza niveles de máxima evidencia científica con relación a la prevención y el manejo clínico de la mucositis y la xerostomía en pacientes sometidos a radioterapia o a quimioterapia y radioterapia simultáneamente.

Las recomendaciones -ordenadas según su nivel de evidencia científica y según el momento del proceso asistencial- responden a preguntas tan habituales en el día a día de la práctica clínica como cuándo es el momento idóneo para realizar un tratamiento odontológico en un paciente con cáncer oral; qué actuaciones pueden prevenir la caries, las lesiones periodontales, la mucositis o la candidiasis; qué actuaciones pueden disminuir la candidiasis y la alteración del gusto, o qué actuaciones pueden mejorar la calidad de vida de las personas que presentan esta patología.

El Dr. Gutiérrez llama la atención sobre el hecho de que el odontólogo es el primer eslabón para el diagnóstico precoz, el profesional de la salud que mejor puede favorecer que los pacientes sean diagnosticados y tratados en estadios iniciales, factor clave para un buen pronóstico.

El equipo que ha trabajado junto al Dr. José Luis Gutiérrez en la elaboración de esta guía está constituido por un grupo multidisciplinar de más de 17 facultativos del campo de la Odontología, la Oncología Médica, la Oncología Radioterápica y la Cirugía Oral y Maxilofacial. Asimismo, ha contado con dos revisores externos -los doctores José Vicente Bagán y Adalberto Mosqueda-, con la ayuda metodológica de dos expertos del Servicio Andaluz de Salud y con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO).



XX CONGRESO SECIB CÓRDOBA 21-23 set' 23

¿Te lo vas a perder?

PONENTES

- Ronar Gudiño
- Jorge Galante
- José Miguel Cisneros Herreros
- Manuel María Romero Jiménez
- José Luis Domínguez-Mompell Micó
- Juan Lara Chao
- Argimiro Hernández Suárez
- Eduardo Montero Solís
- Abdelsalam Elaskary
- Antonio Castilla Céspedes
- Carlos Parra Rogel
- Pablo Galindo Moreno
- M^a Àngels Sánchez Garcés
- Jorge Toledano Serrabona
- Terry Zaniol
- Patrick Palacci
- Luigi Canullo
- David González
- Eduardo Anitua Aldecoa
- José Vicente Bagan Sebastian
- Cosme Gay Escoda
- José Luis Gutiérrez Pérez
- Juan Manuel Seoane Leston
- José Manuel Aguirre Urizar
- Adriana Castro Calderón
- Óscar González Martín
- Gustavo Ávila Ortiz
- Ernest Mallat Callís
- Giuliano Fragola
- Antonio Romero Jiménez
- Juan Ballesteros Martínez
- Luis Cuadrado de Vicente

TALLERES

- Enrique López Luque
- Abdelsalam Elaskary
- Jerían González Febles

CURSO HIGIENISTAS

- Ana Fernández Olavarria
- Iñigo Fernández-Figares Conde
- Ignacio Fernández Asián
- Aida Gutiérrez Corrales

Secretaría Técnica



Grupo Meraki - Eventos con alma
c/ Bruc, 28, 2 - 08010 Barcelona
Tel. 607 499 365
congreso@secibonline.com



SECIB | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
www.secibonline.com

9º Congreso de la Sociedad Marroquí de Ortodoncia (MOS) y 15º de la Sociedad de Ortodoncia de los Países Árabes (AOS)

Reconocimiento a Marcel Martín



Del 16 al 19 de febrero se celebró en Casablanca el evento científico más importante de ortodoncia de los países árabes, con asistencia de numerosos profesionales españoles entre los más de 500 asistentes.

Durante el Congreso se tributó un homenaje a Marcel Martín Barceló, en reconocimiento a su labor de difusión de las técnicas de fotografía dental en las numerosas conferencias dictadas a lo largo de años en este congreso. Merecido homenaje a quien ha traspasado fronteras en la formación en fotografía dental ganándose una prestigiosa reputación como dictante pionero en esta área de la fotografía dentro y fuera de España.



Sentados de izquierda a derecha, Alejandra (esposa Dr. Mompell), Dr. Ramón Mompell, Dr. Joseph Bouserhal (Libano), Dr. Ramón Perera, Marcel Martín, Dr. Rafael García Espejo, Dra. Flavia Artese (Brasil), Dra. Samia y Dra. Lamyae (Marruecos). De pie, Dr. Philippe Bouserhal, Dr. Ramón Perera JR., Dr. Zakaria Bentahar (Marruecos), Dra. Caridad Hernández y Dr. Zouhair Abidin (Marruecos).

ÚLTIMAS PLAZAS

MÁSTER INTERNACIONAL ORTODONCIA INTEGRATIVA AVANZADA

90 Créditos ECTS

FORMACION ESPECIALIZADA EN ORTODONCIA
EMPIEZA MAYO 2023
PROMOCIÓN 2023-2025

Certificación
OFICIAL

SPARK™
CLEAR ALIGNER SYSTEM

GENIOVA
THE FAST ALIGNER

MÁSTER TÍTULO PROPIO DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE ÁVILA (UCAV)



UCAV
www.ucavila.es



INFORMACIÓN

ODONTOMASTER

(+34) 652206020

masteroia@odontomaster.es

Nueva cátedra para impulsar la investigación en ortodoncia digital

Universidad de Barcelona y Forestadent



La sala de juntas del Edificio Histórico de la Universidad de Barcelona fue el escenario de la presentación de la Cátedra UB Forestadent de Ortodoncia Digital. En el acto participaron el rector de la Universidad de Barcelona, Joan Guardia; el director general de Forestadent, Stefan Foerster y el Vicedecano de Odontología y director de esta nueva cátedra J. M. Ustrell.

Esta nueva cátedra nace fruto del empeño del Vicedecano de Odontología, el Profesor Josep Maria Ustrell, por impulsar la colaboración de la industria y la universidad en el campo de la investigación y la docencia con el fin de optimizar los resultados clínicos y obtener mejoras en la salud de los pacientes. Forestadent se une así a otras empresas que han entendido la necesaria cooperación con los centros de saber e investigación como es la Universidad de Barcelona.

En el marco de la cátedra, se potenciarán tanto los resultados de la oclusión obtenida mediante herramientas de ortodoncia (braquetes, alineadores, etc.) como la colaboración en innovación docente en ortodoncia o el diseño de nuevos productos y herramientas aplicables a la asistencia ortodóntica contempo-



Director general de Forestadent, Stefan Foerster; el rector, Joan Guardia, y el director de la cátedra, Josep Maria Ustrell.

ránea. El director de la cátedra y vicedecano de Odontología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UB afirmó que esta iniciativa «es un paso importante para la potenciación de un área esencial de la odontología actual: la ortodoncia digital». «Los pacientes deben ser los principales beneficiarios de las acciones que iniciamos con esta cátedra. Su satisfacción es nuestro objetivo», afirmó Ustrell. Por su parte, el director general de Forestadent, una de las principales empresas proveedoras de productos ortodónticos a nivel mundial, explicó sus objetivos. «Estamos comprometidos con la innovación, por lo que ahora nos centramos en la digitalización de nuestros servicios —dijo Foerster—. Para nosotros esto es el futuro, y por eso estoy muy orgulloso de la cátedra con la Universidad de Barcelona». Por último, el rector de la Universidad se congratuló de la colaboración entre ambas instituciones: «Nuestro reto es pisar espacios que nadie más ha pisado, lo que implica romper esquemas y atreverse a investigar. Somos una institución que empuja la barrera del conocimiento cada vez más lejos, y la mejor forma de hacerlo es bien acompañados. Por eso agradezco a Forestadent que se una a nosotros». Al acto también asistieron la vicerrectora de Emprendeduría, Innovación y Transferencia, Mercè Segarra, autoridades académicas, profesorado, alumnos del máster en Ortodoncia y representantes de Forestadent.



Oferta

DESDE EL 1 DE MAYO
HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2023

¡Flash!

VarioSurg3

SISTEMA DE CIRUGÍA ULTRASÓNICA

MODELO VarioSurg3
REF. Y1002726

- Aplicaciones:
Cirugía Ósea
Elevación de Seno
Cirugía Periodontal
Cirugía Endodóntica
- Tres modos:
Cirugía, Endodoncia, Periodoncia (9 programas)
- Modo ráfaga seleccionable
- Intensidad de luz LED regulable
- Modo autolimpieza
- Función de retroiluminación

4.899€*
11.835€*



CON DOBLE LUZ
LED



Incluido:
Kit Básico
H-SG1
SG3
SG5
SG6D
SG7D
SG11



2ª PIEZA DE MANO CON CABLE



MODELO VarioSurg3
REF. E1133001

* Los precios no incluyen Iva. Ofertas limitadas hasta el 30 de Junio de 2023 o hasta fin de existencias.

“Los límites de la odontología digital”

Reunión SEPES INVIERNO 2023

Del 8 al 10 de marzo SEPES celebró en Baqueira su Reunión de Invierno coordinada en esta edición por el Dr. Herminio García.

El programa de la Reunión que giró en torno a los límites a los que se enfrenta la odontología en el ámbito de la digitalización se desarrolló a lo largo de tres jornadas presentaciones y debates.

El grupo de *Los Barberos*, David García Baeza, Juan Zufía, Nacho Charlén y Ramón García-Adámez, fue el encargado de inaugurar la Reunión el primer día con una original puesta en escena en directo del podcast que este grupo de dentistas emite mensualmente y que en esta ocasión trató sobre la experiencia que cada uno de ellos tenía diariamente con la digitalización en su trabajo clínico.



La segunda jornada de sesiones estuvo dedicada a la coordinación de los tratamientos interdisciplinarios en la era digital;

a la digitalización como herramienta de éxito y a los límites a los que se enfrenta la profesión en cuanto al proceso de di-

gitalización. Álvaro Blasi, Víctor Henarejos, Álvaro García-Sedo y Roberto Padrós fueron los expertos que presentaron en esa segunda jornada.

El tercer y último día Andrea Tinti, Ernesto Montañés y Vicente Berbis hablaron sobre cómo, cuándo y por qué de las restauraciones indirectas y sobre la evolución que supone la transición de la técnica analógica a la digital en la odontología estética.

La Reunión SEPES INVIERNO es un evento que se caracteriza por el espacio para el debate que se abre después de cada ponencia, este año tampoco defraudaron los debates con las preguntas e intercambio de pareceres entre asistentes, ponentes y moderadores.



Asóciate a SEPES y disfrutarás de todas estas ventajas.

LA MEJOR TARIFA para inscribirte a toda la formación de SEPES



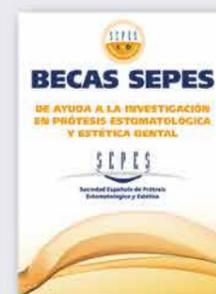
Inscripción al congreso con la tarifa reducida reservada para socios de SEPES. INSCRÍBETE ANTES DEL 30 DE JUNIO.



ACCESO GRATUITO a la formación online y Videoteca



SUSCRIPCIÓN GRATUITA a las revistas oficiales de SEPES



ACCESO EXCLUSIVO a la Beca de Investigación en Prótesis y Estética



SECIB CELEBRÓ EN FORMIGAL SU V REUNION DE INVIERNO



La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) ha celebrado los días 17 y 18 de marzo su V Reunión de Invierno en Formigal con la Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología (SELO) como Sociedad invitada.

Por primera vez en una Reunión de Invierno de SECIB, la parte científica incorporó un formato de taller teórico-práctico.

El Dr. Haitham Elafifi Ebeid impartió el taller sobre las aplicaciones del láser en cirugía bucal, animando a los asistentes a utilizar el láser de diodo por la importancia de la fotoestimulación en la práctica clínica diaria y por el amplio abanico de tratamientos en los que puede ser utilizado.

Los doctores Miguel Ángel Perea y Nayra Escudero impartieron el taller teórico-práctico de cirugía mucogingival, realizando prácticas en mandíbula de cerdo.

CONGRESO NACIONAL DE BLANQUEAMIENTO DENTAL, PAMPLONA

Con una asistencia mayor de lo esperado se celebró en Pamplona los días 24 y 25 de marzo

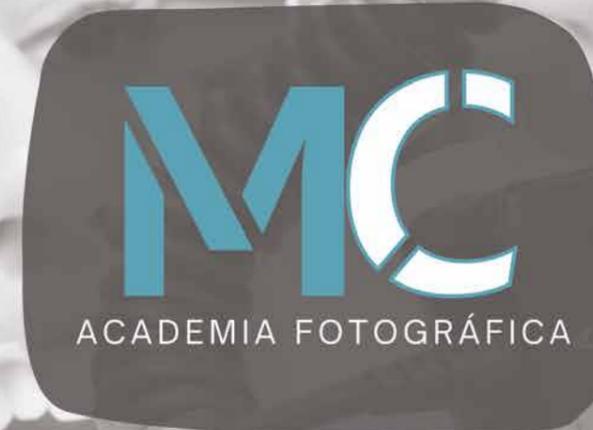
El congreso fue presidido por el Dr. Juanjo Iturralde en colaboración con el Dr. Gonzalo Llambés (actual presidente de la AUVBD) y Manuel Iglesias (futuro presidente del Congreso que se realizará en Granada en el año 2025).

Contó con reconocidos ponentes, tocando diversos temas relacionados con el blanqueamiento como: sensibilidad dental (Dra. Isabel Giráldez), adhesión (Dr. Alfonso Arellano), restauración (Dra. María Cura), dientes no vitales con tetraciclinas (Dr. Borja Zabalegui), efectos adversos (Dra. Carmen Llena), modas en redes sociales (Dra. Jessica Sena), materiales biocerámicos y discoloración (Dr. José Luis Sanz) y diagnóstico y plan de tratamiento en casos complejos (Dr. Rafael Beolchi). Hubo dos talleres, la toma de color con espectrofotómetros (Dr. Gonzalo Llambés) y la confección de férulas para blanqueamiento (Dr. Juanjo Iturralde).



FORMACIÓN

EN FOTOGRAFÍA ODONTOLÓGICA



Dirigido a Profesionales del Sector Odontológico (Odontólogos, Higienistas Bucodentales, Auxiliares)



Márcel Martín Barceló
Dra. Caridad Hernández Pando

☎ (+34) 609 783 244

✉ marcelmartinbarcelo@gmail.com

👉 PARA MÁS INFORMACIÓN CLICK AQUÍ
👉 PARA VER VIDEO CLICK AQUÍ



Hablamos con Andrés Blanco Carrión

Presidente del Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral
y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal



Doctor en Medicina y Cirugía y Especialista en Estomatología. Profesor Titular de Universidad de Medicina Oral en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor coordinador de Medicina Oral y de Gerodontología. Director del Máster Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología Universidad de Santiago de Compostela. Miembro de las Juntas directivas de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la Sociedad Española de Gerodontología, de la que fue presidente de 2007 a 2015.

Preside el próximo Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal que se celebrará en Santiago de Compostela del 25 al 27 de mayo de 2023.

Presides el Comité organizador del próximo Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal. ¿A quiénes está abierto este congreso?

En primer lugar, a los socios, tanto de la Sociedad Española de Medicina Oral como de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal; a socios de asociaciones y sociedades relacionadas, tanto nacionales como iberoamericanas; a profesionales de medicina oral de Portugal y otros países europeos; colegiados dentistas de Galicia y otras comunidades y en general, a todos aquellos interesados en la medicina y patología oral.

¿Qué novedades o qué aspectos destacarán en este evento?

Yo destacaré las actividades habituales de nuestros congresos de medicina oral como son la mesa de SEMO joven, donde los estudiantes de postgrado puedan presentar sus trabajos, la sesión clínico-patológica en la que se discuten casos muy interesantes de medicina y patología oral, la presentación de trabajos en formato de comunicación oral y poster, siempre de altísimo nivel científico y la participación de magníficos expertos tanto nacionales como de fuera de España. Como novedades, destacaré la realización de una Mesa que hemos denominado Medicina Oral e Industria, en la que las empresas presentan sus últimos avances farmacológicos

y tecnológicos; una actividad social en la que tendremos la oportunidad de presentar la problemática del cáncer oral a la población de Santiago de Compostela y la realización de 3 mesas donde discutiremos sobre displasia epitelial, cáncer oral y patología ósea. Y por supuesto, realizaremos toda esta actividad en nuestra ciudad, con sus emblemáticos espacios, su gente y su gastronomía que compartiremos con todos los que acudan a nuestro Congreso.



En la Catedral de Santiago y con un paraguas, orgulloso de ser gallego.

En 2013 se celebró también en Santiago de Compostela el XII Congreso SEMO y la XI Reunión de la AIPMB. ¿Qué significa como gallego volver a contar con un evento de este nivel en tu tierra?

Desde que nos nominaron como sede organizativa, ha supuesto un reto y una responsabilidad personal poder organizar un evento como antes, presencial, en el que pudiésemos volver a encontrarnos, abrazarnos y disfrutar de ciencia y actividades lúdicas. Volver a traer el Congreso a Santiago, indica lo atractiva que resulta nuestra ciudad para atraer a gente de diferentes lugares. Tengo la suerte de presidir un comité organizador entusiasta, con ilusión y ganas de trabajar. Además, contamos con el apoyo de nuestra Universidad y de la administración local y autonómica, que nos facilita las cosas. Para mí es un orgullo poder organizarlo. Espero podamos alcanzar el éxito de ediciones anteriores.

Tengo la suerte de presidir un comité organizador entusiasta, con ilusión y ganas de trabajar



Comité Organizador Medicina Oral 2023.

¿Qué supone para SEMO la organización conjunta con la Academia Iberoamericana de este congreso?

Es algo habitual que los congresos de SEMO y AIPMB sean conjuntos, tanto las ediciones en España como en Iberoamérica. Te-

nemos muy buena relación personal y profesional con nuestros compañeros sudamericanos. Hacerlo conjunto supone un plus tanto cuantitativo como cualitativo en la participación y presentación de trabajos.

Perteneces al equipo docente del Grado de Odontología de la universidad de Santiago de Compostela. ¿Cuáles son los “puntos diferenciales” que ofrece tu facultad a los alumnos? ¿Cuál es la filosofía y los valores que se transmiten a los alumnos?

La calidad del profesorado, de las más altas de España, un número reducido de alumnos que permite una docencia más directa y próxima para los alumnos y contar con muchos pacientes tanto para las prácticas clínicas de grado como postgrado. Respondiendo a la segunda pregunta, se imparte la teoría y la práctica odontológica en base a los programas de las diferentes asignaturas del grado. Existe una intención bastante generalizada entre los profesores de mi Facultad, en la que no sólo se van a transmitir conceptos, si no también, conocer los últimos avances clínicos y tecnológicos, estimular el interés por aprender y la inquietud de conocer e investigar, remarcando la importancia del manejo y trato correctos del paciente.

¿Cómo ha evolucionado el programa docente en odontología desde que se iniciaron los estudios?

Se ha ido adaptando a la situación actual de la odontología. Aun así, está pendiente una nueva revisión y actualización de los programas teniendo en cuenta la temporalización de las asignaturas, los cambios demográficos, las necesidades de la población y la digitalización en odontología.



¿Qué formación se ofrece en la Facultad de Santiago en posgrado? ¿Está presente la medicina oral en estos estudios?

Creo que nuestra Facultad ofrece uno de los programas de formación postgraduada más completa de España por su variedad

y calidad. Actualmente se ofrecen estudios de Ortodoncia, Endodoncia, Odontología Estética, Periodoncia, Pacientes Especiales, Cirugía Oral, Implantología, Odontología Digital y por supuesto Medicina Oral, tanto en forma de Master, Diplomas de Especialización y Cursos de Formación Continua y Formación Específica. La Medicina Oral se imparte en dos Master, de uno y dos años de duración, conjuntamente con Cirugía Bucal e Implantología.

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

Considero que la formación actual de la odontología en España en general, podríamos decir que es bastante buena. Creo que se gradúa un número excesivo de dentistas en España. Hay que ajustar este número a las necesidades reales de la población española.

No todas las áreas se imparten de la misma manera, depende del profesorado y las características inherentes a cada Facultad. Personalmente considero hay una buena formación de aspectos tecnológicos, pero sería necesario una mayor formación médica y de la valoración del paciente de una forma integral. No nos olvidemos que los dentistas somos y debemos actuar, como los médicos de las bocas de nuestros pacientes.

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

Considero que los alumnos han cambiado de la misma manera que ha cambiado la sociedad. Personalmente tengo la sensación de que hay un menor interés en aprender y conseguir una mejor formación y que se implican menos en los problemas de organización y desarrollo del grado y de la profesión.

¿Crees que los profesionales en España tienen una buena formación y conocimientos suficientes en medicina oral?

No. Como comenté antes, la formación de las diferentes áreas de la Odontología se imparte de forma diferente en cada Facultad. Esto ocurre claramente con la Medicina Oral. Esto va a depender del interés del profesorado y que desgraciadamente, se le da menos importancia a la formación médica, porque entre otras cosas, es menos lucrativa. Creo que es un gran error. Un paciente es una persona con antecedentes médicos y farmacológicos y en la boca hay algo más que dientes y encías y pueden

aparecer trastornos y enfermedades inflamatorias, infecciosas, autoinmunes e incluso oncológicas. Hay enfermedades sistémicas que pueden afectar a la boca y en ocasiones es la primera, y a veces, la única localización. El odontólogo juega un papel importante en todo esto y su actuación va a mejorar su evolución y pronóstico. El diagnóstico precoz del cáncer oral es responsabilidad del dentista y empieza por una buena exploración de la cavidad bucal no solo en la primera visita, si no cada vez que se haga una revisión, independientemente de la actividad odontológica que realicemos. Esto puede salvar la vida de un paciente. Para conseguir que los profesionales en España mejoren en sus conocimientos en medicina oral, hay que conseguir que la carga curricular de todas las facultades, incluyan créditos suficientes en esta materia y los profesionales acudan cada cierto tiempo a cursos de formación continuada de medicina y patología oral.

En España lograr la creación de las especialidades en odontología es una aspiración de una buena parte del colectivo. ¿Deberían plantearse la especialidad de medicina oral?

Las especialidades en odontología es un problema sin solucionar y creo que de difícil solución. Tardaremos mucho tiempo en conseguirlo. Medicina Oral debería ser una de estas especialidades

¿En el caso de que algún día sean realidad las especialidades en odontología, donde crees que deberían impartirse y acreditarse?

Este es uno de los principales problemas. Esta formación debería impartirse solo en las facultades y hospitales preparados para ello.

¿Cómo valoras la salud bucal en Galicia? ¿Qué medidas estimas debería adoptar la administración sanitaria en Galicia?

Ha mejorado de forma importante en los últimos 25 años. Aun así, es necesario implantar medidas de prevención y de informa-

Hay que conseguir que la carga curricular de todas las facultades, incluyan créditos suficientes en esta materia y los profesionales acudan cada cierto tiempo a cursos de formación continuada



ción a la población de los diferentes problemas bucodentarios. La administración ha de ser conocedora de esta problemática e implantar políticas encaminadas a conseguir una mejor salud bucal dirigida primordialmente a la población más necesitada, a la población infantil y a los mayores.

¿Qué le pedirías a nuestros políticos para la universidad?

La Universidad es el lugar donde se van a formar los profesionales del futuro. Parece que esto se nos olvida. Los políticos tendrían que dotar a las universidades de los medios y condiciones necesarias para que esto que se pueda desarrollar y evitar, entre otras cosas, que nuestros futuros profesionales tengan que emigrar a otros países.

Una pregunta personal. ¿después de la profesión a qué dedicas tu tiempo?

A mi familia. Tengo 4 hijos, y una nieta que nos alegra y llena mucho. Afortunadamente nos encanta, tanto a mi mujer Sonia como a mis hijos, juntarnos, e intentamos hacerlo con frecuencia. Como actividades personales me gusta el deporte, la música e irme a un lugar maravilloso en la costa gallega como es Caveiro, en Porto do Son.

Una recomendación a quienes se inician en la profesión.

Amor por la profesión, interés en aprender y adquirir una buena formación y cariño a los pacientes.



Foto de familia, la pequeña Catalina puede ser en un futuro la cuarta generación de dentistas Blanco Carrión.



XXXIII REUNIÓN ANUAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR
Y DOLOR OROFACIAL

CUOTA REDUCIDA
hasta el
10 de MAYO
Inscripción
abierta

Ponentes



Cristian Abad Coronel



Oriol Cantó Naves



Carlos Cenjor



José Luis de la Hoz



Dominik Ettlin



Cipriano Fernández



Carlos Fernández-Villares



Silvia González Pondal



Heidi Groß



Jacqueline Lisson



Antonio Meaños Somoza



Juan Mesa Jiménez



Sarah Michiels



Tomás Molina Hernández



Cristina Murtra



Jordi Padrós Auge



Sara Redaelli



Jordi Tomàs Aliberas



Eduardo Vázquez Delgado

Comité Organizador

Presidenta

Elena González Canal

Vicepresidente

Eduardo Vázquez Delgado

Tesorero

Fernando González Llorián

Vocales

Sandra Rodríguez Viña
Marta Viaplana Rodríguez
Núria Lostaló Alcázar

Comité Científico

Presidente

Carmelo Plaza Tolosa

Vocales

Javier Alberdi Navarro
Adelaida Dominguez Gordillo

Acta Fundacional de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal

En Monterrey, N.L. (México), el día **6 de mayo de 1995**, un grupo de especialistas y de profesionales interesados en el campo de la medicina y la patología bucal, acordaron por unanimidad fundar la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, cuyos objetivos básicos son los siguientes:

1. Promover el desarrollo de la patología y medicina bucal en los diferentes países iberoamericanos, en lo concerniente a los aspectos clínicos, docentes y de investigación.
2. Promover y facilitar la colaboración y comunicación entre los profesionales iberoamericanos dedicados al campo de la patología y la medicina bucal.
3. Crear un órgano de difusión que le sirva como medio de expresión de los progresos alcanzados en los aspectos clínicos, docentes y de investigación.
4. Lograr que todos los efectos que realice esta institución repercutan de manera importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales que afectan a la población iberoamericana.

Elías Romero de León, Alfredo Esguep Sarah, Alicia Keszler, Alejandro Ceballos Salobreña, Adalberto Mosqueda Taylor, Wilson Delgado Azañero, Ariel Cruz León, Francisco V. Domínguez, José Manuel Gándara Rey, Román Carlos Bregni, Rafael Martínez Conde, Heddie O. Sedano, José Manuel Aguirre Urizar.



Constitución de la Sociedad Española de Medicina Oral



El 26 de mayo de 1988 se reúnen en Madrid, presidiendo el acto. D. Miguel de Lucas Tomas y actuando como secretaria Dña. Mª Teresa Zapata Santamaría, D. José Alonso del Hoyo, D. Ricardo Marzan Choya, D. Antonio Aguado Santos, D. Victoriano Serrano Cuenca y D. Rafael Rioboo García, constituyendo la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) y aprobando sus estatutos.

Artículo 2: Son fines de esta Asociación el promover las manifestaciones científicas y culturales sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de la boca y anejos.

19-20 de mayo
GIJÓN '23
Palacio de Congresos

MDV
GRUPO MERAKI

Grupo Meraki - Eventos con alma
congreso@sedcydogijon.com
www.sedcydogijon.com

Hablamos con Dr. Ernest Mallat Callís

Presidente de la Sociedad Catalana de Odontología y Estomatología (SCOE).



En este año 2023 la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña (COEC) le ha concedido el premio Santa Apolonia, premio considerado como la máxima distinción que se concede para destacar la trayectoria y figura de personalidades relevantes del mundo de la Odontología y la Estomatología. ¿Qué ha supuesto para ti esta distinción, cómo la has vivido?

Ha sido una jornada muy especial para mí ya que recibir un premio por toda una trayectoria profesional y docente es algo que no esperas recibir nunca, no piensas en ello, pero, además, si llega el momento, suele ser al final de la etapa profesional o incluso cerca del final de la vida. En este sentido, yo todavía tengo mucho por hacer y por dar y espero y deseo tener tiempo para poder seguir con la misma ilusión, empuje y ganas como hasta ahora. Por otra parte, cuando disfrutas haciendo lo que haces nunca tienes la sensación del esfuerzo que supone. Cuando dedicas el tiempo a lo que te gusta no te paras a pensar en todo lo que haces o has hecho. Además, en esta jornada tan especial he podido estar rodeado por mi familia, por los compañeros que me acompañan en mi tarea docente y también por muy buenos amigos. Obviamente, quiero agradecer a la Junta de gobierno del COEC y en especial a su presidente, el Dr. Germán Pareja el haber pensado en mí para recibir este premio y espero seguir siendo merecedor de este honor recibido en los próximos años que todavía me quedan de vida profesional y docente.

Has sido profesor en las Universidades de Barcelona y la Internacional de Cataluña hasta 1999. ¿Cómo es la docencia universitaria en comparación a la de formación continuada en que estás volcado actualmente?

Yo empecé como profesor colaborador de Prótesis en la Universidad de Barcelona y después estuve como profesor adjunto

del Área de Prótesis y Materiales en la Universitat Internacional de Catalunya. Allí comencé a entender que para poder impartir docencia es necesario tener muy bien estructuradas las ideas. Esto requiere de un gran trabajo previo de planificación de los contenidos y generar un hilo argumental que facilite la comprensión de lo que se quiere transmitir. Explicar a los alumnos de la Universidad es lo más difícil, ya que los conocimientos que se les ofrecen son totalmente nuevos para ellos y no tienen una base sólida como la que tienen los dentistas con años de profesión, lo que obliga a ser mucho más preciso en la descripción y el relato. Además, requiere el plus de exigencia que supone captar su atención y motivarlos.

Posteriormente, dejé la Universidad y empecé a dar cursos con mi padre. Siempre he sido un espíritu libre y he querido hacer la docencia a mi manera. La docencia con dentistas postgraduados me motiva más ya que soy muy clínico en mis cursos y los postgrados pueden aprovechar mucho mejor mis enseñanzas ya que se han encontrado con problemas en los tratamientos de sus pacientes y buscan respuestas y soluciones. El estudiante de pregrado no está tan sensibilizado a recibir enseñanzas muy clínicas. Mi formación postgraduada principal es el Postgrado de Prótesis y rehabilitación oral de la SCOE y los tres cursos intensivos de 5 días que imparto allí, uno de Prótesis Fija, otro de Prótesis removible (que incluye prótesis parcial removible, prótesis completa y sobredentaduras sobre implantes) y uno de Oclusión y tratamiento de los pacientes con grandes desgastes. Aparte, doy cursos de uno o dos días. El Postgrado de Prótesis y rehabilitación oral de la SCOE se ha posicionado como el postgrado de referencia en España y a él asisten cada año 80 alumnos, durante 35 días, divididos en 10 módulos (uno por mes) y hay de dos a tres años de lista de espera. Después de 16 años y casi 1.000 dentistas que han pasado por el Postgrado contemplo con satisfacción cómo el hecho de haber realizado el Postgrado es mérito suficiente para que a un dentista le den un trabajo como prostodoncista. Incluso me he encontrado alumnos a los que les han exigido realizar el Postgrado para poder cogerlos en

una consulta. Ahora bien, un Postgrado con tantos alumnos sólo puede funcionar si la logística está perfectamente bien controlada y el equipo docente que me acompaña está a la altura. Este equipo docente está constituido por los doctores Joan Cada-falch, Xavier Mallat, Josep Ma Casanellas, Álex Urpí, Sergi Pedemonte, Ivan Mendoza, Mazen Khoury, Loli Rodríguez, Habib Shammass, Antonio Mendoza, Laura Khoury, Josep Ma Barrachina, Oriol Mallat, Olga Lobe, Eduard Riera, David López.



El Dr. Ernest Mallat Desplats (izquierda) y expresidente de la SCOE y el Dr. Ernest Mallat Callís (derecha).

¿Cómo valoras la situación actual de la profesión en España?

La veo complicada, especialmente para la gente joven ya que son menores sus posibilidades de salir adelante, progresar y poder montar su consulta, si ese es su objetivo. Por un lado, la masificación de las facultades de Odontología y, por otro, la irrupción de franquicias y cadenas, que han acabado haciendo que la valoración del trabajo del odontólogo haya caído en picado. Hay gente trabajando por sueldos muy bajos, muchas horas, en condiciones en que no son ellos quienes deciden los tratamientos, sino la persona que gestiona la consulta... al final el principal objetivo ha pasado a ser el precio. He tenido alumnos que se me han puesto a llorar explicándome en qué condiciones trabajan.

¿Y el futuro, es prometedor o nos esperan tiempos peores?

Veo el problema, pero no quiere decir que no vea una esperanza. Creo que siempre habrá en nuestro mundo un espacio para la gente que valore el trabajo bien hecho, y esto es lo que siempre digo a quien viene a mis cursos: "lo que debéis tener muy claro es que vuestro objetivo es trabajar con excelencia y calidad". Eso implica un tiempo, un esfuerzo, una dedicación que no todo el mundo está dispuesto a darle. Por eso, intento mentalizarles de que, bien, hay dificultades, pero no quiere decir que sea imposible. El camino está muy claro: trabajo, trabajo, trabajo. Es decir, aunque he dicho que soy pesimista, creo que quien realmente lo desee, encontrará su lugar. ¡Y esto pasa por la formación continuada!

En los programas de formación continuada la palabra "implante(s)" es la más repetida con diferencia de otras. ¿Hemos convertido esto en el eje de nuestra actividad?

Muchos congresos centran su temario en los implantes y, especialmente, en la cirugía de implantes y la regeneración. En cambio, poco tiempo se dedica a la prótesis sobre implantes, a otros tipos de prótesis o a la misma Oclusión. Supongo que en buena medida es debido a que las empresas de implantes suelen ser los principales espónsores de las sociedades científicas y terminan condicionando los programas de los congresos. Pero es una lástima ya que la cirugía y la regeneración en implantes representa solo una parte de la rehabilitación con implantes y, si lo comparamos con la rehabilitación oral vista globalmente, el peso es aún menor. Siempre comento que se habla mucho de superficies de implantes, de conexiones, de otras características de los implantes, ... pero finalmente, la mayoría de los im-

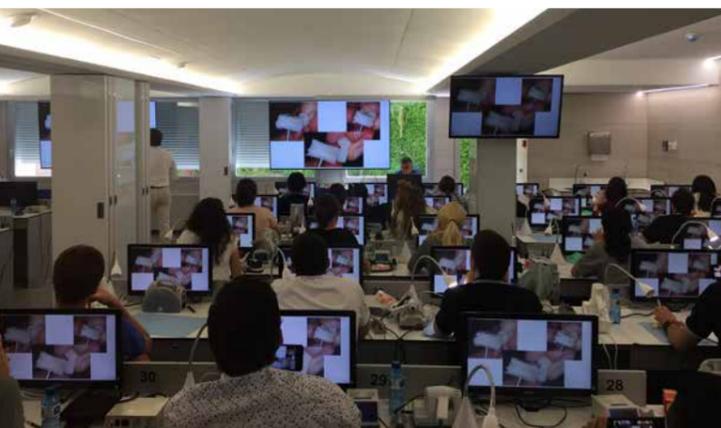
plantes que cumplen con unos mínimos se osteointegran y los problemas aparecen cuando ponemos la prótesis, pues quizás se debería hablar más de la prótesis y no tanto de los implantes (pero este enfoque no interesa a los fabricantes de implantes).

¿Ha cambiado el perfil de los profesionales que acuden a los cursos de formación continuada?

Hoy en día el principal asistente a la formación continuada es gente joven, dentistas que habitualmente trabajan por cuenta de otros y que, con frecuencia, no tienen capacidad para decidir qué materiales o aparatos se compran o dejan de comprar en una consulta. Hace unos años, el dentista que acudía a los cursos tenía mayor capacidad de decisión ya que solían tener su propia consulta, lo que los hacía más apetentes para las casas comerciales. Por este motivo, mis cursos y el postgrado se centran más en la técnica y hago mucho hincapié en el conocimiento profundo de los materiales ya que es la base para el éxito a largo plazo.

¿La prótesis removible tradicional es una solución trasnochada o sigue teniendo su espacio?

La prótesis removible sigue teniendo su espacio, aunque es más reducido ya que muchos pacientes que antes se trataban con prótesis parcial removible hoy día se tratan con implantes. Pero aún así, constato en los cursos que muchos dentistas hacen aún mucha prótesis removible. Lo que ocurre es que mucha prótesis removible está mal ejecutada, presenta carencias de estabilidad y retención y, por ello, tiene mala prensa. Demasiado a menu-



Laboratorio de la nueva sede con unos excelentes recursos audiovisuales.

do, el dentista se ha limitado a tomar una impresión de alginato delegando todo el proceso de fabricación en el técnico de laboratorio. Siempre digo a mis pacientes que una prótesis parcial removible está al mismo nivel que una prótesis sobre implantes, siempre y cuando esté bien hecha, pero habitualmente lo que se suele hacer es comparar una prótesis sobre implantes con una prótesis parcial removible mal hecha y eso no es correcto.

Eres presidente de la Sociedad Catalana de Odontología y Estomatología (SCOE). ¿Qué es la SCOE, cuáles son sus fines?

La SCOE es la Societat Catalana d'Odontologia i Estomatologia, y el pasado año cumplió 75 años de existencia. La SCOE nació en el seno de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (ACMCB), dentro de la cual estaban representadas las sociedades científicas de las distintas especialidades médicas de Cataluña y Baleares. Por tanto, la SCOE era una sociedad científica más al amparo de la ACMCB, cuya única finalidad era y es ofrecer una formación continuada de calidad a los dentistas, sin entrar en ninguna temática de representación de los colegiados ya que de ello se encarga el COEC. Desde sus inicios organizó conferencias de las distintas disciplinas dentro de la Odontología y, siendo mi padre su presidente, el Dr. Ernest Mallat Desplats, se iniciaron los cursos de formación continuada. Siempre, la formación que ha ofrecido la SCOE ha tenido mucha aceptación y gracias al trabajo desinteresado de los diferentes presidentes y de sus juntas de gobierno hemos ido creciendo. Otro salto cualitativo fue el inicio de los postgrados, una idea de la Dra. Núria Vallcorba, ya que nos permitió ofrecer una formación más extensa e intensa en comparación con los cursos. De hecho, fue la Dra. Vallcorba la que me propuso en 2006 encargarme de organizar un Postgrado de Prótesis y Rehabilitación

Oral, que se incorporó a los demás postgrados que estaban impartándose.

Por otro lado, desde el primer día en que empecé a presidir la SCOE, mi objetivo fue dar un gran paso adelante en la formación. Veía indispensable para nuestro crecimiento buscar una sede que pusiera a disposición de los compañeros que vienen a nuestros cursos unas instalaciones donde poder realizar muy buenas prácticas, ya que la formación en Odontología es eminentemente práctica y, en la ACMCB, en la que hemos estado muchos años muy bien, llegó un momento en que las instalaciones ya no nos acompañaban en nuestras necesidades. Este proyecto fue una realidad en 2019 con la inauguración de la nueva sede en la Avenida Josep Tarradellas 40, y creo que es y será en los próximos años un centro referente en formación postgraduada en todo el estado y más allá. Dentro del local disponemos de un auditorio para 90 personas, de tres laboratorios en los que hay 30 puestos de trabajo en cada uno, con dos gabinetes plenamente equipados y todo conectado por circuito cerrado para poder visualizar en cualquier área de la SCOE lo que se está realizando en las otras, como por ejemplo ver tratamientos de pacientes en directo. Además, disponemos de un CBCT que, además de ser utilizado en los cursos, está a disposición de los socios.

Al principio, en 2017, alquilamos el local, porque la compra ni nos la planteábamos, sabíamos que la inversión en las obras era importante. Pero pasó una cosa: una vez lo alquilamos, vimos la inversión y, a pesar de que habíamos conseguido un buen alquiler, a 15 años, si después de estos 15 años, y de esta inversión en obras tan importante, no nos renuevan el alquiler, o deciden triplicarlo te quedas con un gran problema. Para mí, eso era una responsabilidad, aunque yo no me lo habría encontrado, ya que habría habido otro presidente. Pero tuvimos la suerte de que entonces el Banco Central Europeo recomendó a los bancos que se sacaran de encima la parte inmobiliaria, y este local era una antigua oficina de La Caixa. Nos hicieron un muy buen precio de compra, con un interés de hipoteca muy bueno, y para mí es como si se hubiera encendido una luz: podíamos comprarlo y toda la inversión quedaría para la SCOE, tanto si sigue usándolo como simplemente en forma de activo que se puede vender cuando ya no se le quiera dar un uso, con unos beneficios que revertirían en la Sociedad.

El cambio más reciente de la SCOE ha sido su desvinculación legal de la ACMCB. El motivo es que, hoy en día, cualquier dentista de menos de 50 años ya no es médico. Esto puede representar un 60-70% de los socios de la SCOE, y la vinculación con la Academia ni la ven ni la entienden. Es una vinculación que tenía sentido cuando la Odontología era una especialidad médica, como la neumatología, la pediatría... Y también hay otra cuestión: muchos de los alumnos de los postgrados son de fuera de Cataluña y cuando se



Alumnos de la promoción 2017-18 del Postgrado de Prótesis y Rehabilitación Oral acompañados por profesores en la cena de final de Postgrados.

planteaban ser socios de la SCOE (para obtener un mejor precio en los cursos y posgrados), debían serlo también de la Academia. Son dentistas que saben lo que es la SCOE, pero no la Academia y hacerse socio de una entidad que no sabes que existe, ni qué te aporta, no tiene sentido, por lo que preferían no hacerse socios de la SCOE. La Academia es una institución muy importante y respetable, y me gustaría establecer una serie de vínculos en el futuro, pero me di cuenta que, desde dentro, era imposible hacerlo de forma satisfactoria. Este sería un objetivo para más adelante, y probablemente ya no lo haría yo, sino quien me suceda.

¿Qué tipo de formación ofrece la SCOE? ¿Qué le distingue de otras entidades dedicadas también a la formación continuada?

La SCOE ofrece, en primer lugar, jornadas de actualización, que son gratuitas para los socios (si éstos son fuera de Barcelona, las pueden seguir por streaming). Además, se imparten cursos teóricos o teórico-prácticos de un día, día y medio o dos días que han tenido mucha aceptación gracias a las excelentes prestaciones de los laboratorios de prácticas. Estos cursos los imparten ponentes nacionales e internacionales. Igualmente, ofrecemos cursos intensivos de 4 o 5 días sobre distintas áreas como son el de Prótesis Fija, e de Prótesis removible, el de Oclusión y tratamiento de los pacientes con grandes desgastes, el de Tratamiento periodontal quirúrgico, el de Estética dental o los de Ortodoncia. Por último, nuestra formación más relevante son los postgrados. Hoy día, ofrecemos postgrados de Prótesis y Rehabilitación Oral, de Estética Dental Avanzada, de Implantología Integral, de

Endodoncia, de Oclusión, Disfunción Craneomandibular, Dolor Orofacial y Medicina Dental del Sueño, de Cirugía y Medicina de la Boca, de Ortodoncia Interceptiva, de Gestión Estratégica de la Clínica Dental, de Odontología Digital, de Cirugía Mucogingival en Periodoncia Avanzada e Implantología y de Odontopediatría.

Consideramos fundamental que los dictantes tengan una calidad clínica y docente contrastada. Creo que los docentes deben ser capaces de conectar con los alumnos, transmitirles el conocimiento de forma razonada y estructurada y, no menos importante, tener un elevado espíritu autocrítico para poder detectar todos aquellos aspectos en los que se puede mejorar la docencia. En este sentido, se pasan encuestas a los alumnos en las que valoran a los ponentes, evalúan los contenidos teóricos, así como las prácticas y, además, se les pide una valoración tanto de la organización como de la logística. Aunque parezca que lo más importante son los contenidos teóricos y prácticos, la organización y la logística son determinantes para que el alumno tenga la percepción de que ha aprovechado el cien por cien del tiempo durante el cual ha estado en la SCOE. Los cursos teóricos tienen muy buena aceptación, pero siendo nuestra profesión eminentemente clínica, los cursos que tienen más aceptación suelen ser los cursos teórico-prácticos, ya que el dentista puede ver trabajar al ponente y aplicar las técnicas aprendidas en el mismo curso. La posibilidad de ver esos tratamientos realizados en pacientes es un factor tremendamente positivo que da más valor aún a la docencia impartida en la SCOE.

Por último, queremos ofrecer cursos y postgrados de calidad a un precio muy razonable. En el panorama general, hay muchos cur-

sos, yo pienso que a unos precios a veces desorbitados, y lo que tiene que hacer la SCOE es ofrecer unos cursos equilibrados: buena calidad, con un precio ajustado y que motiven a la gente joven.

■ ¿Qué proyectos tienes en marcha en la SCOE?

En primer lugar, la Junta de la SCOE creó en 2017 la Fundación SCOE, para proyectarnos más allá de la docencia estricta y poder ofrecer un servicio a la sociedad. Por ello, la Fundación facilitará el acceso a la formación odontológica a jóvenes profesionales con pocos recursos económicos por medio de un programa de becas, y también aprovechará los cursos para ofrecer puntualmente atención bucodental a personas sin recursos.

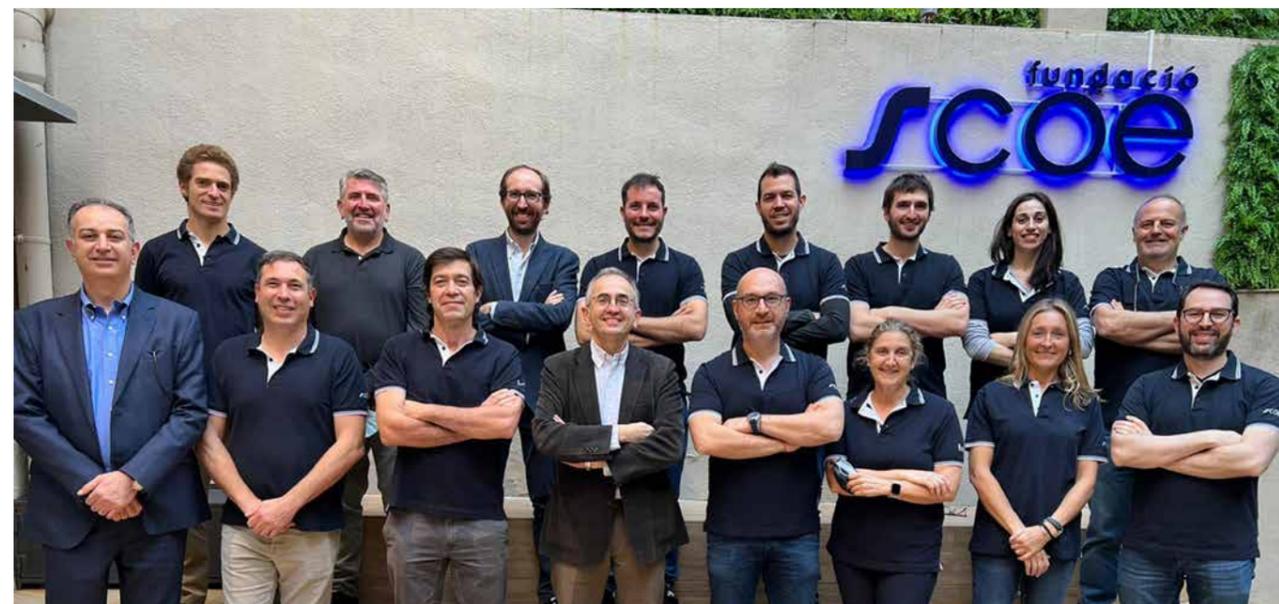
En segundo lugar, consideramos que, aunque los cursos presenciales son de preferencia por parte de los dentistas, hay un mercado no presencial importantísimo de personas deseosas de formación de calidad, que se pueda hacer online y a buen precio: la América latina. Por ello, lo que queremos es montar una plataforma de formación continuada online. La calidad no es un problema, porque la ofrecemos. Y normalmente el precio de una formación podría dispararse si pocas personas pueden seguir la formación ... ¡pero eso lo compensa este mercado tan amplio! La idea sería montar vídeos cortos, de 15 o 20 minutos, ofreciéndolos a muy buen precio, 3 o 4 euros. ¿Lo miran mil personas? Son 3000 euros. Y llegar a mil personas, internacionalmente, no es ningún problema. En cambio, en España es más difícil.

Nosotros lo planteamos como algo libre, de calidad y muy asequible, lo que le puede ir dando rendimiento... ¡imagínate que, mientras tú aquí duermes, en América la cosa va funcionando y trabajando! Y, en fin, sería una buena manera de sacarle todavía más provecho a este nuevo local con infraestructuras hechas expresamente para cubrir estas necesidades.

Por último. Me gustaría que la SCOE se convirtiera en un centro de formación acreditado, de la misma manera que hay escuelas para higienistas, por ejemplo. Estamos mirando los requisitos que serían necesarios, ya que tenemos formación de calidad, un local bien acondicionado... ¿por qué no? Esto nos permitiría no depender de un tercero que, a cambio de una compensación económica, nos ofrezca los créditos. Sinceramente, acreditar los cursos a cambio de compensaciones económicas desorbitadas a las universidades lo encuentro, incluso, poco ético. Además, esto obligaría a repercutirlo en el bolsillo de los alumnos. Nuestra formación debe ser asequible para la mayor parte de la gente, y si tenemos que subir excesivamente los precios por la acreditación, estamos dejando personas sin la posibilidad de formarse.

■ ¿Qué te motivó a estudiar odontología?

Mi padre es odontólogo y fue un prostodoncista de referencia en España y Latinoamérica. Recuerdo haber aprendido a paralelizar antes de terminar Odontología ya que veía a mi padre en casa diseñando las prótesis parciales removibles y me enseñaba y razo-



Profesores del Postgrado de Prótesis y Rehabilitación Oral. Hilera de arriba, de izquierda a derecha: Sergi Pedemonte, Xavier Mallat, José M^a Barrachina, Antonio Mendoza, Ivan Mendoza, Oriol Mallat, Laura Khoury, David Lopez. Hilera de abajo, de izquierda a derecha: Mazen Khoury, Eduard Riera, Joan Cadafalch, Ernest Mallat, Habib Shammass, Dolors Rodríguez, Olga Lóbez, Àlex Urpí.

naba todo el proceso. Mi padre vivió con pasión la profesión y me transmitió ese amor y pasión. Es más, cuando empecé a trabajar me marqué como meta poder alcanzar la excelencia y la capacidad resolutoria en el trabajo que ofreció mi padre durante su larga vida profesional. Él ha sido mi espejo donde siempre he querido verme reflejado. Lo he admirado mucho ya que conseguir hacer una Odontología de primer nivel en los años sesenta y setenta con el poco acceso que había entonces a la formación y la información de calidad era algo sólo al alcance de personas muy especiales, con una gran fuerza de voluntad, con unas ganas increíbles de mejora y con una ilusión sin límites para realizar un trabajo bien hecho con los medios que había. Por lo que a mí respecta, he tratado de mejorar día a día en mi trabajo, aprovechando todo lo que me transmitió mi padre o los diferentes maestros que he ido teniendo, con el objetivo de acercarme a la excelencia profesional. Siempre es un gran reto mantener el nivel profesional de un padre que ha abierto camino y ha destacado tanto profesionalmente.

Pero además, mi padre me transmitió la misma pasión por la docencia y, en ambos casos me he sentido plenamente realizado y tengo la sensación de haber llegado al punto que disfruto de todo lo que hago en el campo de la Odontología y lo he convertido, en buena medida, en un hobby. Mi padre me decía que no debía ser egoísta con lo que sabía y ser generoso con los compañeros cuando te dedicas a la docencia. De hecho, nunca debemos olvidar que, si podemos ir avanzando, es gracias a quienes nos precedieron y nos ayudaron a empezar a hacer camino. Siempre comento que no sería el dentista que soy si no hiciera docencia, ya que eso me obliga a ser más exigente si cabe con mis trabajos, ya que los muestras a los demás compañeros, y también me obliga a estar siempre actualizado.

Mi padre me introdujo en el mundo de los cursos, un mundo que descubrí después de dejar la docencia universitaria en la UB y en la UIC. De todas formas, no ha sido un camino fácil ya que cuando das cursos te expones completamente y tienes la obligación de estar al 100% y de darlo todo, desde el minuto 1 hasta el minuto 90. Todavía recuerdo en el segundo curso que dábamos juntos, ahora hace unos 20 años, en San Sebastián, cuando saliendo de la primera jornada, jornada en la que yo no había estado al nivel que yo habría querido, y volviendo al hotel le dije que no volvería a dar cursos nunca más y dejaba la docencia. Y es que siempre he sido muy exigente conmigo mismo y con todo aquello en lo que me implico. Por suerte, mi padre me animó a seguir, argumentando que la docencia es una carrera de fondo en la que la exigencia personal te permite ir creciendo continuamente, un principio que he aplicado a los más de 200 cursos que he impartido.

■ ¿Si tuvieses que optar entre la docencia y la práctica clínica que elegirías?

“... si podemos ir avanzando, es gracias a quienes nos precedieron y nos ayudaron ...”

Yo me quedaría con el 50/50, es decir, dedicar la mitad de mi tiempo laboral a la práctica clínica, ya que somos clínicos, y la otra mitad de mi tiempo laboral a la docencia, ya que me siento plenamente realizado cuando puedo despertar el interés por el trabajo bien hecho, cuando doy soluciones a los problemas del día a día y, sobre todo, cuando los alumnos de mis postgrado me dicen que dedicar esos 10 meses al Postgrado de Prótesis y Rehabilitación Oral de la SCOE les ha cambiado su vida. Ese es mi ideal, pero me gusta un poco más la docencia, pero claro, tengo una responsabilidad hacia la clínica y mis pacientes, por un lado, y por el otro es que pienso que un docente de Odontología tiene que ser clínico, o no puede ser docente. Nuestro trabajo es de clínica. El lunes tenemos pacientes, quienes vienen a escucharte, el lunes también tienen pacientes, y lo que quieren es que les expliques algo que será útil, no solo teoría: algo práctico que tú has aplicado, que el lunes tú aplicarás a tus pacientes y que el lunes ellos también podrán aplicar a los suyos.

■ ¿Además de la intensa actividad profesional, en que otras actividades o aficiones ocupas tu tiempo?

Siempre me ha gustado mucho la Historia y llevo un par de años yendo a clases de historia los jueves por la mañana. Mi idea es que, cuando me jubile (a los 70 años) quiero estudiar el Grado de Historia. Por otro lado, disfruto mucho subiendo al monte, haciendo trekking, ... ya que es en plena naturaleza donde consigo realmente desconectar del trabajo.

■ ¿Una recomendación para los recién graduados que se inician en la vida profesional?

Pues, transmitir la ilusión por el trabajo bien hecho. Siempre les digo a mis alumnos que puedes trabajar como si estuvieran en una cadena de montaje, sin ningún interés por si te pasa por delante un bloque cuadrado o un bloque redondo... o pueden buscar que cada cosa que hagan sea especial. Les digo que pongan ilusión en cada cosa que hagan ya que, si quieres dedicarte a un trabajo durante 40 años, o lo haces especial y disfrutas o caes en la rutina que termina en desidia y desinterés. Si no pones ilusión, y tu actividad se vuelve monótona, al final ya no tendrás motivación para trabajar bien, ni siquiera para trabajar, ni para intentar mejorar, ni para nada de nada.

IMPORTANCIA DEL USO CLÍNICO DEL CBCT EN ENDODONCIA

Dr. Jesús Santos Carbajo¹, Dr. Roberto C. Aza García², Dr. José María Malfaz Vázquez³, Dr. Borja Zabalegui Andonegui⁴

¹ Profesor Centro de Formación en Endodoncia Clínica y Microscópica Borja Zabalegui. Práctica privada en Endodoncia y Microcirugía Endodóntica en León.

Fellow of the International College of Dentists.

² Formación Postgrado en Endodoncia Clínica y Microscópica. Centro de Formación en Endodoncia Clínica y Microscópica Borja Zabalegui. Master Endodocia Avanzada. UEM.

Fellow of the International College of Dentists

Práctica Privada. Madrid

³ Specialty Certificated in Endodontics, University of Southern California. Los Angeles. California. USA.

Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad de Granada.

Presidente de la Asociación Española de Endodoncia (AEDE). 2014-2017.

Fellow of the International College of Dentists

Práctica Privada en exclusiva en Endodoncia, Microcirugía Endodóntica y Traumatología Dental. Valladolid

⁴ Profesor Titular Patología y Terapéutica Dental. Universidad País Vasco. UPV/EHU.

Specialty Certificated in Endodontics, University of Southern California. Los Angeles. California. USA.

Profesor y Director Centro Formación Endodoncia Clínica y Microscópica Borja Zabalegui. Leioa. Bizkaia.

Fellow of the International College of Dentists

Práctica Privada en exclusiva en Endodoncia, Microcirugía Endodóntica y Traumatología Dental. Bilbao.

Introducción

El examen radiológico es una parte esencial en el diagnóstico, plan de tratamiento y control en endodoncia. La información obtenida mediante este examen junto con la historia clínica, signos y síntomas van a determinar la toma de decisiones clínicas para establecer un plan de tratamiento adecuado. Sin embargo, el examen radiológico convencional en 2 dimensiones tiene muchas limitaciones, principalmente debido a que es una representación bidimensional de estructuras tridimensionales. Su interpretación también puede verse dificultada por la anatomía de cada región, la superposición de otros dientes y estructuras dento-alveolares adyacentes, así como la distorsión geométrica producida por las estructuras anatómicas circundantes^{1,2}.

La Tomografía Computarizada de Haz Cónico (TCHC) también denominada en inglés Cone Beam Computed Tomography (CBCT) supera las limitaciones de los métodos de imagen convencionales en dos dimensiones, ya que nos permite visualizar tanto la dentición como su relación con las estructuras anatómicas circundantes en tres dimensiones³. Desde su introducción en odontología hace más de 20 años, sus aplicaciones se han expandido en todos los campos como la endodoncia, ortodoncia, implantología, periodoncia, etc. Quizás sea en el campo de la endodoncia donde tiene más aplicaciones, como nos demuestra

la Asociación Americana de Endodoncia (AAE) junto con la Academia Americana de Radiología Oral y Maxilofacial (AOMR), en sus recomendaciones del uso de esta tecnología en endodoncia y que establecieron, primero en el año 2010⁴ y posteriormente actualizaron en 2015⁵;

- Diagnóstico. Cuando nos enfrentamos a casos con signos clínicos contradictorios o no específicos en dientes con o sin tratamiento endodóntico previo^{6,7}.
- Tratamiento inicial. Dientes con morfología compleja o conductos accesorios. En dientes con conductos calcificados para su identificación y localización^{8,9}.
- Retratamiento no quirúrgico. En la detección de fractura radicular vertical cuando la radiografía intraoral en 2 dimensiones no es concluyente^{10,11}. Cuando se evalúa la no curación de un tratamiento de conductos previo y tenemos que determinar la necesidad de realizar otro tratamiento ya sea no quirúrgico, quirúrgico o extracción¹². Cuando a la hora de realizar un retratamiento no quirúrgico, necesitamos valorar la presencia de complicaciones como sobre-extensión del material de obturación, instrumentos separados y localización de perforaciones¹³.
- Retratamiento quirúrgico. Para realizar la planificación pre-quirúrgica, localizar los ápices radiculares y su relación con las estructuras anatómicas adyacentes¹⁴.

- Para el diagnóstico y manejo de casos de traumatología dento-alveolar, fracturas radiculares, luxaciones y/o desplazamientos de dientes, así como localización de fracturas alveolares¹⁵.
- En la localización y diferenciación de reabsorciones internas o externas, la determinación de un tratamiento apropiado y su pronóstico^{16,17}.
- En la ausencia de signos y síntomas, si el examen radiológico mediante CBCT fue la modalidad escogida para la evaluación y el tratamiento, puede ser también el modo de elección para la evaluación de la curación del tratamiento realizado^{18,19}.

Sin embargo, aunque sus indicaciones son claras, la utilización de la tecnología CBCT en endodoncia no está indicado de manera rutinaria. La historia clínica del paciente y el examen clínico deben justificar el uso del CBCT, demostrando que los beneficios para el paciente superan los riesgos potenciales⁴. Tenemos a nuestra disposición en el mercado actual un gran número de fabricantes y modelos de CBCT disponibles, pero no todas estas unidades están indicadas para su uso en endodoncia²⁰. Para la mayoría de las indicaciones en endodoncia, es preferible utilizar unidades de CBCT con el campo de adquisición (FOV) limitado al área a tratar, así emitiremos menor radiación para el paciente, obtendremos una mayor resolución espacial, y un volumen de datos menor que interpretar⁵. Debemos seleccionar el protocolo más apropiado de adquisición de imágenes para respetar el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) y así reducir la dosis efectiva para el paciente⁵. Sin embargo no debemos olvidar que en endodoncia necesitamos la más alta calidad de imagen y una resolución óptima, por lo que recomendamos protocolos de adquisición con un tamaño de vóxel inferior a 100 µm para poder visualizar y detectar de manera precisa alteraciones en el ligamento periodontal, fracturas radiculares, lesiones periapicales, reabsorciones o para su uso en traumatología dento-alveolar^{20,21,22,23}. Debemos tener en cuenta que en determinadas circunstancias, la utilización de un CBCT de campo limitado puede reducir la dosis de radiación al paciente en comparación con la radiografía periapical. El uso de sistemas de CBCT de campo limitado puede proveernos de imágenes en tres dimensiones de varios dientes y estructuras anatómicas circundantes con aproximadamente la misma dosis de radiación que dos radiografías periapicales, y por tanto reducir la dosis de radiación en casos complejos donde a veces realizamos múltiples proyecciones con la radiología convencional⁴.

Esta tecnología, sin embargo, presenta también algunas limitaciones, que pueden ser debidas a la geometría de la proyección del haz de rayos X, sensibilidad del detector y resolución de contraste. Todos estos factores junto con los artefactos, ruido y pobre contraste de los tejidos blandos influirán en la nitidez de la imagen y su capacidad diagnóstica^{22,24}. Por tanto, debemos

tener un conocimiento técnico mínimo de las cualidades físicas de esta tecnología para poder realizar una adquisición de datos que sea correcta en cuanto a la radiación del paciente (la menor posible) y la resolución espacial (la mayor posible) para la tarea diagnóstica que vamos a realizar.

El objetivo de este artículo es mostrar la importancia del uso del CBCT en la práctica clínica diaria, donde sin la información obtenida mediante esta tecnología, sería imposible realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado de los siguientes casos clínicos.

CASO CLÍNICO 1.

Paciente de 42 años que acude a consulta y refiere un cuadro clínico doloroso intenso de dos días de duración y que no remite con medicación antiinflamatoria. Posteriormente desarrolla un cuadro inflamatorio de osteoflemón en el maxilar inferior, que según nos refiere le ha mantenido hospitalizado durante 5 días. Con estas referencias, solamente nos cabe pensar que el paciente ha desarrollado un cuadro infeccioso inflamatorio del suelo de la boca con posible obstrucción faríngea.

En el examen radiográfico (**Fig. 1a**) observamos que el diente 4.7 presenta un tratamiento de conductos deficiente y una periodontitis apical crónica en ese diente. Realizamos un examen complementario mediante CBCT (CS 9000 3D) de campo limitado y tamaño de vóxel de 76 µm. En el corte sagital (**Fig. 1b**) observamos la gran extensión de la lesión periapical en sentido mesio-distal y la afectación del conducto dentario. En la reconstrucción volumétrica (**Fig. 1c**) se aprecia la perforación de la cortical lingual del maxilar inferior por encima del surco milohioideo. Los diferentes cortes coronales (**Fig. 1d**) evidencian la extensión de la periodontitis apical en sentido vestibulo-lingual y su extensión hacia la cortical lingual del maxilar inferior. Los cortes axiales (**Fig. 1e y 1f**) muestran la extensión en sentido mesio-distal y vestibulo-lingual de la periodontitis apical, así como la comunicación hacia la cortical lingual del maxilar inferior con perforación de ésta, lo que explicaría el proceso infeccioso inflamatorio del suelo de la boca que refiere el paciente y por el que estuvo hospitalizado.

A la vista de los signos y síntomas clínicos, el examen radiográfico (**Fig. 2a**) y los datos obtenidos mediante el CBCT, el plan de tratamiento que se indicó fue la realización del retratamiento endodóntico no quirúrgico del diente 4.7. (**Fig. 2b**).

En el control realizado a los 6 meses, el paciente refiere que han desaparecido los signos y síntomas clínicos de inflamación y dolor. El examen radiográfico (**Fig. 2c**) revela la desaparición del área radiolúcida periapical localizada en el diente 4.7. El CBCT

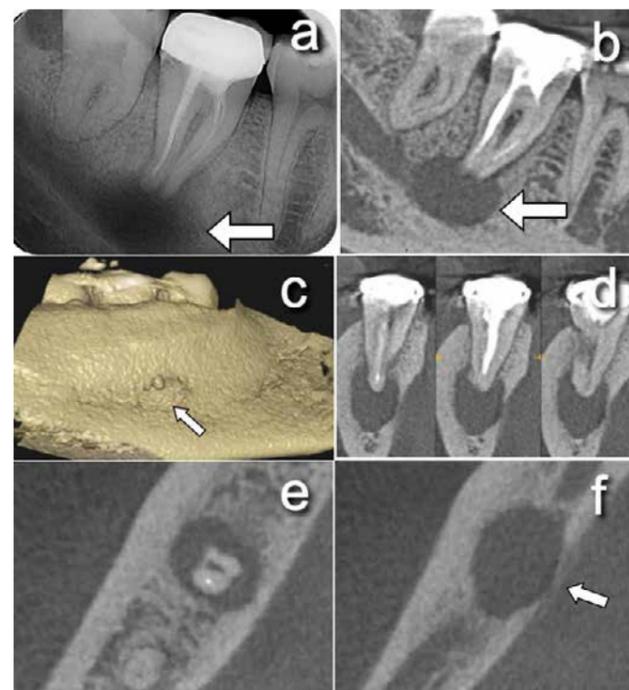


Figura 1. (a) Radiografía periapical del diente 4.7 con una imagen radiolúcida periapical y obturación de conductos deficiente. (b) Corte sagital del CBCT del diente 4.7 donde se observa el tamaño de la lesión periapical y el compromiso del conducto dentario. (c) Reconstrucción volumétrica donde observamos la perforación de la cortical lingual por encima del surco milohioideo. (d) Cortes coronales del CBCT donde se aprecia la apertura de la lesión periapical hacia la cortical lingual del maxilar inferior. (e y f) Cortes axiales a diferentes niveles de la lesión periapical donde evaluamos el tamaño de la lesión y su progresión hacia la cortical lingual.

de control a los 6 meses evidencia la curación de la lesión periapical, regeneración ósea y cortical lingual íntegra en el corte coronal (**Fig. 2d**), reconstrucción volumétrica (**Fig. 2e**) y corte sagital (**Fig. 2f**).

CASO CLÍNICO 2.

Paciente de 34 años que acude a consulta y refiere presencia de una fistula en diente 2.6. El examen radiográfico (**Fig. 3a**) muestra en el diente 2.6 un tratamiento de conductos con una obturación deficiente e imagen radiolúcida periapical en la raíz mesio-vestibular. Realizamos CBCT (CS 9000 3D) de campo de adquisición localizado y alta resolución (76 µm). En el corte sagital (**Fig. 3b**), observamos el tamaño real de la lesión periapical en sentido mesio-distal, así como la perforación del suelo de la cortical del seno maxilar. El corte coronal de la raíz mesio-vestibular (**Fig. 3c**) muestra la presencia del conducto mesio-palati-

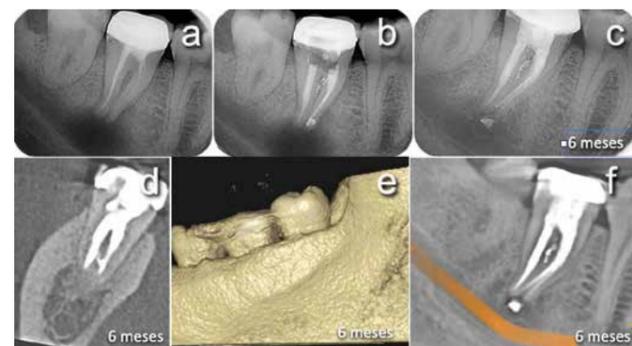


Figura 2. (a) Radiografía periapical del diente 4.7 preoperatoria. (b) Radiografía postoperatoria con el correcto sellado tridimensional del sistema de conductos. (c) Radiografía de control a los 6 meses donde podemos observar la reparación de tejidos periapicales. (d) Corte coronal del CBCT de control a los 6 meses del 47, con reparación ósea de la lesión periapical. (e) Reconstrucción volumétrica a los 6 meses con cortical lingual íntegra. (f) Corte sagital del CBCT de control a los 6 meses, con reparación de la lesión periapical.

no no tratado, así como la comunicación de la lesión periapical con el seno maxilar. En el corte axial (**Fig. 3d**), confirmamos la presencia del conducto mesio-palatino sin tratar y la pérdida de la cortical externa vestibular. La reconstrucción volumétrica (**Fig. 3e**) evidencia la perforación de la cortical externa lo que se relaciona con la presencia de la fistula a ese nivel, que observamos en el examen clínico.

El plan de tratamiento propuesto fue realizar el retratamiento endodóntico no quirúrgico para conformar, desinfectar y obturar el sistema de conductos en su totalidad.

En el control realizado a los 6 meses, el examen clínico muestra la desaparición de la fistula a nivel del diente 2.6. El examen radiográfico (**Fig. 3f**) muestra el retratamiento endodóntico no quirúrgico realizado y desaparición del área radiolúcida localizada en la raíz mesio-vestibular del diente 2.6. En el CBCT de control a los 6 meses, el corte sagital (**Fig. 3g**) evidencia la curación de la periodontitis apical y la recuperación de la cortical del suelo del seno maxilar. En el corte coronal (**Fig. 3h**) y corte axial (**Fig. 3i**) observamos la curación de la lesión periapical y la obturación del sistema de conductos de la raíz mesio-vestibular. La reconstrucción volumétrica (**Fig. 3j**) confirma los datos obtenidos de los cortes anteriores con la reparación de la perforación de la cortical vestibular a nivel del diente 2.6.

CASO CLÍNICO 3.

Paciente que acude a consulta y que refiere oscurecimiento del incisivo central superior izquierdo (**Fig. 4a**). El examen radiográ-

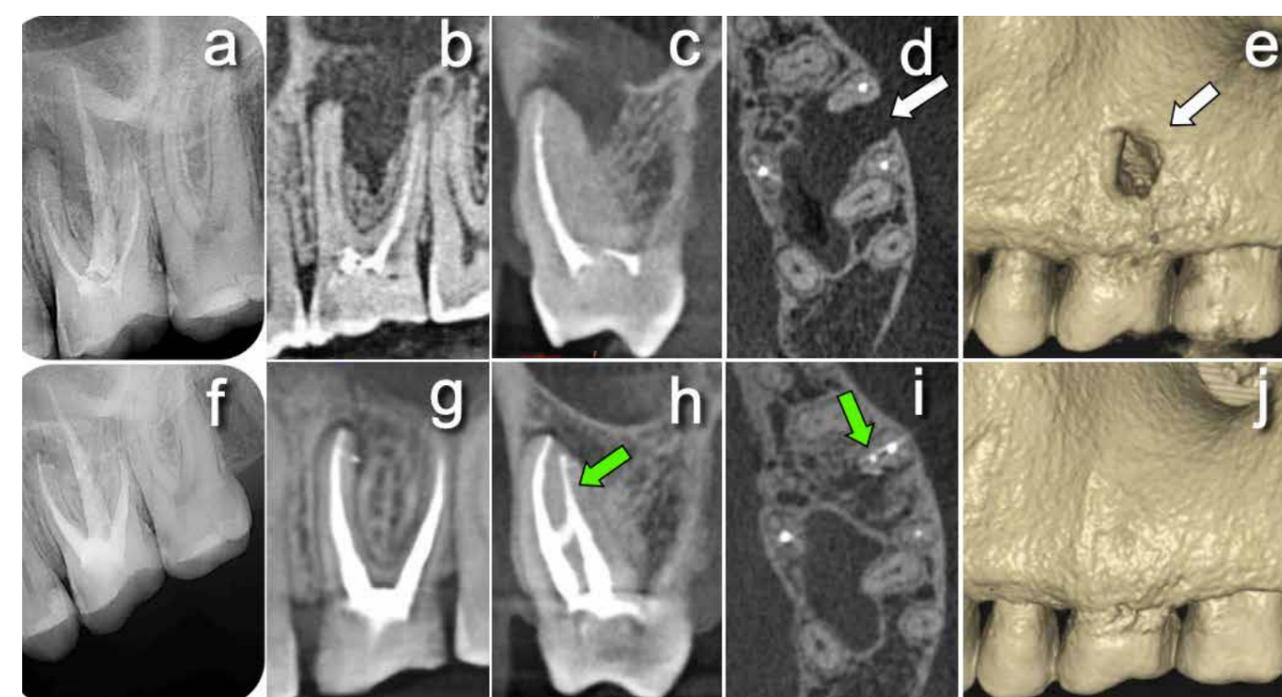


Figura 3. (a) Radiografía periapical del diente 2.6 con una obturación deficiente e incompleta del sistema de conductos e imagen radiolúcida periapical en raíz mesio-vestibular. (b) Corte sagital del CBCT de diente 2.6 con gran pérdida ósea que compromete la cortical inferior del seno maxilar. (c) Corte coronal donde se observa nítidamente la presencia del conducto mesio-palatino no tratado así como la comunicación con la membrana sinusal. (d) Corte axial donde podemos observar la presencia del conducto mesio-palatino sin tratar e importante pérdida ósea en diente 2.6. (e) Reconstrucción volumétrica que representa la comunicación de la lesión periapical a través de la cortical vestibular del diente 2.6. (f) Radiografía periapical de control a los 6 meses. (g) Corte sagital de control a los 6 meses con reparación de la cortical inferior del seno maxilar y curación de los tejidos periapicales. (h) Corte coronal de la raíz mesio-vestibular del diente 2.6 con sellado tridimensional del sistema de conductos de la raíz mesio-vestibular y neoformación ósea. (i) En el corte axial comprobamos la obturación del conducto mesio-palatino de la raíz mesio-vestibular, así como la completa reparación de cortical externa al mismo nivel. (j) Reconstrucción volumétrica con reparación de la cortical externa en diente 2.6.

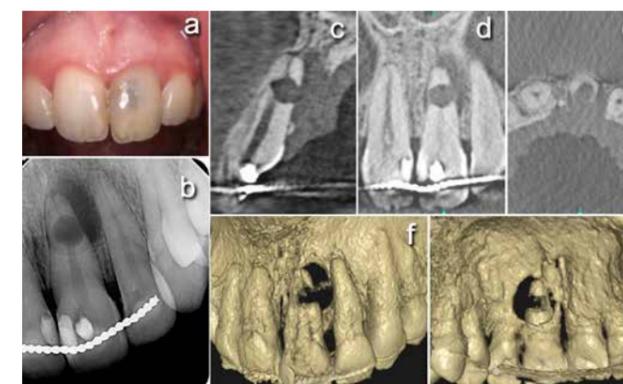


Figura 4. (a) Cambio de coloración del diente 2.1. (b) Radiografía periapical de diente 2.1 que muestra una reabsorción dentinaria interna con lesión radiolúcida localizada en distal y tercio apical del diente. (c) Corte sagital del CBCT del diente 2.1 donde observamos la extensión de la reabsorción interna en sentido vestibulo-palatino con comunicación con el periodonto en tercio apical y pérdida de la cortical palatina de dicho diente. (d) Corte coronal con la extensión de la reabsorción interna en sentido mesio-distal. (e) En el corte axial apreciamos la pérdida de cortical palatina y la gran destrucción de los tejidos dentarios producida por la reabsorción. (f y g) Reconstrucciones volumétricas que muestran tanto la extensión de la pérdida ósea como la destrucción de los tejidos dentales provocada por la reabsorción.

fico (**Fig. 4b**) muestra una reabsorción interna del diente 2.1 así como un área radiolúcida localizada distalmente al diente 2.1 en el tercio medio y apical. Realizamos CBCT (CS 9000 3D) de campo limitado y alta resolución (76 µm) donde observamos en los cortes sagital (**Fig. 4c**), coronal (**Fig. 4d**) y axial (**Fig. 4e**)

la extensión de la reabsorción en todos los planos, la pérdida ósea asociada a la reabsorción así como la pérdida de la cortical palatina del diente 2.1. En la reconstrucción volumétrica (**Fig. 4f**)



Figura 5. (a) Radiografía periapical de diagnóstico del diente 2.1., con imagen radiolúcida periapical localizada distalmente en el tercio apical (b) Radiografía periapical postoperatoria del diente 2.1 con el sellado tridimensional de la reabsorción y del conducto principal. (c) Radiografía periapical de control al año que muestra la curación del área radiolúcida periapical del diente 2.1. (d) Radiografía periapical de control a los 2 años. (e) Radiografía periapical de control a los 4 años.

y 4g) confirmamos todos los datos observados en los diferentes planos anteriormente.

Con los datos obtenidos y la motivación del paciente por mantener su diente, se indicó realizar el tratamiento de conductos de dicho diente (**Fig. 5b**) y posterior blanqueamiento interno. En los diferentes controles radiográficos realizados al año (**Fig. 5c**), 2 años (**Fig. 5d**) y 4 años (**Fig. 5e**) se confirma la desaparición del área radiolúcida localizada en el diente 2.1 y el sellado de la reabsorción interna perforante.

En el control clínico realizado al año, observamos el resultado del blanqueamiento interno realizado al diente 2.1 (**Fig. 6a**). En el CBCT de control al año, confirmamos la curación de la patología periapical asociada a la reabsorción interna del diente, sellado de

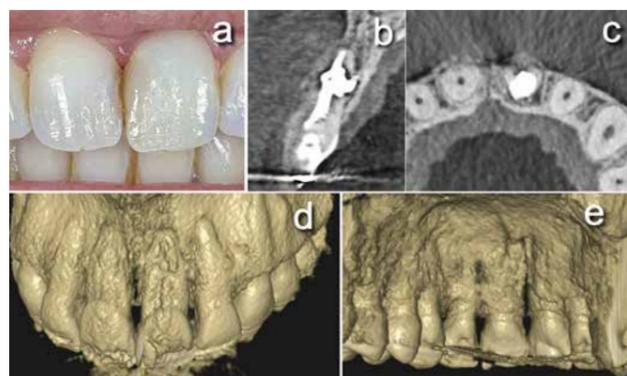


Figura 6. (a) Revisión clínica al año del diente 2.1, después de realizar el blanqueamiento interno. (b y c) Cortes sagital y axial del CBCT de control al año con sellado tridimensional de la reabsorción y del conducto principal, reparación ósea de la lesión periapical y de la cortical palatina del diente 2.1. (d y e) Reconstrucciones volumétricas en vestibular y palatino del diente 2.1 que representan la formación de nuevo hueso o Endohueso (término acuñado por el Dr. Borja Zabalegui).

la reabsorción interna perforante y reparación de la cortical palatina en los cortes sagital (**Fig. 6b**) y axial (**Fig. 6c**) así como en la reconstrucción volumétrica (**Fig. 6d y 6e**) donde confirmamos la formación de nuevo hueso o Endohueso (término acuñado por el Dr. Borja Zabalegui).

Conclusión

El CBCT se ha convertido en una herramienta básica para el diagnóstico, plan de tratamiento y control de nuestros tratamientos en endodoncia. Sin embargo, no debe usarse de manera rutinaria ya que su utilización debe estar justificada. Debemos tener en cuenta que no todos los equipos de CBCT disponibles en el mercado son válidos para su utilización en endodoncia, ya que necesitamos una muy alta calidad de imagen con una resolución óptima, alto contraste y ausencia de artefactos.

Este artículo evidencia con 3 casos clínicos la indispensable ayuda de esta tecnología para realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, evidenciando en los controles posteriores, la capacidad de regeneración ósea alveolar de nuestros tratamientos endodónticos, cuando son realizados correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scarfe WC, Levin MD, Gane D, Farman AG. Use of Cone Beam Computed Tomography in Endodontics. *Int Endod J* 2009; 9:1-20.
2. Cotton TP, Geisler TM, Holden DT, Schwartz SA, Schindler WG. Endodontic applications of cone beam volumetric tomography. *J Endod* 2007; 33:1121-1132.
3. Lofthag-Hansen S, Huuomonen S, Grondahl K, Grondahl HG. Limited cone beam CT and intraoral radiography for the diagnosis of periapical pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol and Endodon* 2007; 103:114-119.
4. AAE and AAOMR Joint Position Statement. Use of Cone Beam Computed Tomography in Endodontics. (2010).
5. AAE and AAOMR Joint Position Statement. Use of Cone Beam Computed Tomography in Endodontics. 2015/2016 Update.
6. De Paula-Silva FW, Wu MK, Leonardo MR, da Silva LA, Wesselink PR. Accuracy of periapical radiography and cone-beam computed tomography scans in diagnosing apical periodontitis using histopathological findings as a gold standard. *J Endod* 2009; 35:1009-1012.
7. Patel S, Wilson R, Dawood A, Mannocci F. The detection of periapical pathosis using periapical radiography and cone beam computed tomography – part 1: preoperative status. *Int Endod J* 2012; 8:702-710.
8. Blattner TC, Goerge N, Lee CC, Kumar V, Yelton CGJ. Efficacy of CBCT as a modality to accurately identify the presence of second mesio-buccal canals in maxillary first and second molars: a pilot study. *J Endod* 2012; 36:867-870.
9. Michetti J, MArt D, Mallet J-P, Diemer F. Validation of cone beam computed tomography as a tool to explore root canal anatomy. *J Endod* 2010; 36:1187-1190.
10. Metska ME, Aartman IH, Wesselink PR, Özok AR. Detection of vertical root fracture in vivo in endodontically treated teeth by cone-beam computed tomography scans. *J Endod* 2012; 38:1344-1347.
11. Brady E, Mannocci F, Wilson R, Brown J, Patel S. A comparison of CBCT and periapical radiography for the detection of vertical root fractures in non-endodontically treated teeth. *Int Endod J* 2014; 47:735-746.
12. Liang H, Li Gang, Wesselink P, Wu M. Endodontic outcome predictors identified with periapical radiographs and cone-beam computed tomography scans. *J Endod* 2011; 37:326-331.
13. Ee J, Fayad I M, Johnson B. Comparison of endodontic diagnosis and treatment planning decisions using cone-beam volumetric tomography versus periapical radiography. *J Endod* 2014; 40:910-916.
14. Low KM, Dula K, Bürgin W, Arx T. Comparison of periapical radiography and limited cone-beam tomography in posterior maxillary teeth referred for apical surgery. *J Endod* 2008; 34:557-562.
15. Cohenca N, Simon JH, Roges R, Morag Y, Malfaz JM. Clinical indications for digital imaging in dento-alveolar trauma. Part 1: traumatic injuries. *Dent Traumatol* 2007;23: 95-104.
16. Clinical indications for digital imaging in dento-alveolar trauma. Part 2: root resorption. *Dent Traumatol* 2007; 23: 105-113.
17. Estrela C, Bueno MR, De Alencar AH, Mattar R, Valladares Neto J, Azevedo BC, De Araújo Estrela CR. Method to evaluate Inflammatory ROot Resorption by using Cone Beam Computed Tomography. *J Endod* 2009;35: 1491-1497.
18. Cheung G, Wei W, McGrath C. Agreement between periapical radiographs and cone-beam computed tomography for assessment of periapical status of root filled molar teeth. *Int Endod J* 2013;46: 889-895.
19. Von Arx T, Janner SF, Hanni S, Bornstein MM. Agreement between 2D and 3D radiographic outcomes assessment one year after periapical surgery. *Int Endod J* 2015.
20. Zabalegui B, Aza R, Legarreta JH, Malfaz JM. Importancia de la resolución de las unidades CBCT para la detección de fracturas verticales: a propósito de un caso. *Endodoncia* 2015; 33:106-120.
21. Malfaz JM, Aza RC, Santos J, Zabalegui B. La importancia de la imagen obtenida por los sistemas CBCT en Endodoncia. *Periodoncia Clínica* 2017; 9: 27-38.
22. Aza RC, Zabalegui B, Santos J, Malfaz JM. Aplicaciones de la tomografía computarizada de haz cónico en endodoncia. *Endodoncia* 2018; 36: 8-21.
23. Huang et al. Analysis of the width of vertical root fracture in endodontically treated teeth by 2 micro-computed tomography systems. *J Endod* 2014; 40:698-702.
24. Scarfe WC, Farman AG. What is Cone-Beam CT and How Does It Work. *Dent Clin N Am* 2008;52, 707-730.

Manejo de los 3 planos del espacio en ortodoncia. A propósito de un caso



Dr. Marcos Cabaña

Doctor en Odontología
Especialista en Rehabilitación Oral
Disfunción Témporo-mandibular y Dolor Orofacial

Dra. Caridad Hernández Pando

Ortodoncista Exclusiva Clínica Tissot & Cabaña
Colaboradora del Máster de Ortodoncia Univ. Murcia y UCAV
Directora Académica Máster OIA®

RESUMEN

La prevalencia de pacientes con problemas en los tres planos del espacio (plano sagital, plano vertical y plano transversal) en Ortodoncia, varía dependiendo de la población y la muestra de pacientes estudiada, así como del tipo y severidad de las maloclusiones evaluadas. Sin embargo, es común encontrar pacientes que presentan afectaciones en más de un plano del espacio desde un punto de evaluación diagnóstica.

Este caso clínico, muestra cómo se manejaron, desde un enfoque multidisciplinar, los problemas multiplanares, en una paciente adolescente en crecimiento.

Palabras Clave: Ortodoncia Interdisciplinar, diagnóstico 3D, articulación témporo-mandibular, CBCT, anclaje esquelético.

ABSTRACT

The prevalence of patients with problems in the three planes of space (sagittal plane, vertical plane and transversal plane) in Orthodontics varies depending on the population and the sample of patients studied, as well as the type and severity of the malocclusions evaluated. However, it is common to find patients who present impairments in more than one plane of space from a point of diagnostic evaluation.

This clinical case shows how multiplanar problems were managed from a multidisciplinary approach in a growing adolescent patient.

Keywords: Interdisciplinary Orthodontics, 3D diagnosis, temporo-mandibular joint, CBCT, skeletal anchorage.

INTRODUCCIÓN

En general, las maloclusiones pueden ser de naturaleza compleja y afectar múltiples planos del espacio de manera simultánea. Por ejemplo, una maloclusión Clase II esquelética, que involucra una retrusión mandibular en el plano sagital, puede estar asociada con una mordida profunda, que es un problema en el plano vertical, y con una compresión maxilar, que es un problema en el plano transversal.

Es difícil proporcionar un porcentaje exacto de pacientes con problemas en los tres planos del espacio en ortodoncia¹, sin embargo, se estima que una proporción significativa de pacientes

que buscan tratamiento ortodóntico pueden tener problemas en más de un plano del espacio, lo que destaca la importancia de una evaluación completa y un enfoque integral en el diagnóstico y planificación del tratamiento ortodóntico² para abordar las necesidades de cada paciente de manera individualizada para ser más previsible en la consecución de los objetivos de tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente adolescente de 11 años sin la menarquia y sin antecedentes ni alergias declaradas.



Foto Frontal Reposo (Figura 1).

Foto Frontal Sonrisa (Figuras 2).

Foto Perfil Reposo (Figura 3).

Durante la anamnesis, la paciente manifiesta estar acomplejada por su sonrisa y la disposición de sus dientes anteriores, comentando además que "se le ve mucha encía al sonreír" (Figura 2).

En el análisis facial, se observa una dificultad para el sellado labial y una exposición gingival en ambos corredores bucales. En fotografía de perfil destaca un retrognatismo mandibular severo con disminución del 1/3 facial inferior. (Figuras 1,2 y 3).

En el análisis intraoral, encontramos una Clase II molar con una mordida tijera completa del lado derecho con una pérdida de la dimensión vertical y una oclusión de los molares superiores contra la encía de la arcada inferior. Además, la paciente presenta una sobremordida de >2/3 y la imposibilidad de erupción de pieza 13, 14 y 23 por la pérdida de espacio vertical por oclusión del 33, 43 y 44. (Figuras 4, 5 y 6).

En la Ortopantomografía se observa una Curva de Spee inferior muy acentuada y los 4 cordales en formación.

Para el análisis del estado articular y del ROM (*Range of Motion*) se utilizaron los criterios diagnósticos DC/TMD³, no se encontró ningún signo o síntomas de trastornos temporomandibulares. (Figuras 12,13 y 14).

Debido a que esta paciente estaba en crecimiento, decidimos apostar por usar el potencial de desarrollo y trabajar rehabilitando aspectos funcionales como el posicionamiento de la lengua y la normalización de la musculatura como clave de estabilidad.

Los objetivos de tratamiento fueron:

- Desarrollo transversal de la hemiarcada derecha.
- Estimular el crecimiento mandibular sagitalmente.
- Comprimir dento-alveolarmente zona de pieza 16.
- Mejorar la estética dental y facial.
- Conseguir una oclusión estable.
- Dar estabilidad articular.



Foto Intraoral Derecha (Figura 4).

Foto Intraoral Frontal (Figuras 5).

Foto Intraoral Izquierda (Figura 6).



Foto Intraoral Oclusal Maxilar (Figura 7).

Foto Intraoral Oclusal Maxilar (Figura 8).

Telerradiografía (Figura 9).



Montaje en articulador SAM III (Figura 10).



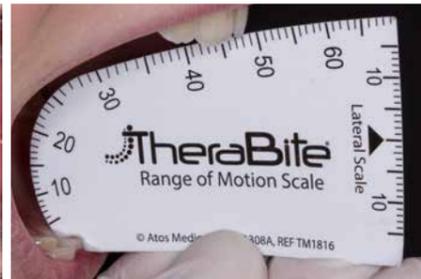
Ortopantomografía (Figura 11).

TABLA RESUMEN de los problemas en los 3 planos del espacio			
	PLANO SAGITAL	PLANO TRANSVERSAL	PLANO VERTICAL
ÓSEO	Clase II esquelética.	Paladar asimétrico en lado derecho.	Paciente Braquifacial Severo. Pérdida de la Dimensión Vertical posterior bilateral. Descenso del plano maxilar derecho.
DENTARIO	Clase II Molar bilateral. Resalta aumentado.	Mordida Tijera de 1º y 4º cuadrante. Líneas ½ dentarias no coincidentes*).	Sobremordida de > 2/3. Ausencia de espacio para erupción vertical de 13,14 y 23.

(*) En apertura, centra las líneas 1/2.



Lateralidad Derecha (Figura 12).



Apertura (Figuras 13).



Lateralidad Izquierda (Figura 14).

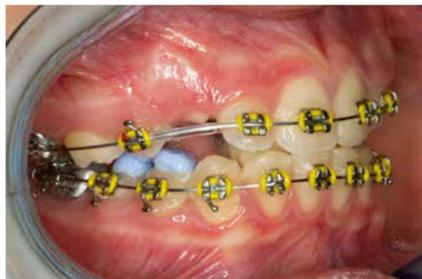


Foto Intraoral Derecha (Figura 15).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 16).

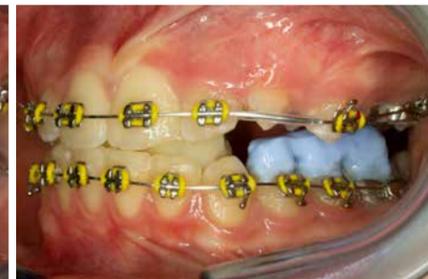


Foto Intraoral Izquierda (Figura 17).

PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento que se estableció para afrontar la resolución de todos estos problemas consistió en cementar brackets de Técnica MBT⁴ en ambas arcadas (a excepción de 13,15,23 y 25 porque no habían erupcionado) y se diseñó una estructura colada anclada sobre 3 implantes colocador en paladar para tra-

bajar en la resolución de los problemas transversales, sagitales y verticales. (Figuras 15,16,17,18, 19 y 20).

1ª ETAPA: El Montaje del Sistema consistió en:

- 1º CEMENTADO INDIRECTO de Brackets de Técnica MBT slot de 0,22.



Foto detalle Implantes (Figura 18).



Foto Oclusal Maxilar (Figura 19).



Foto Oclusal Mandibular (Figura 20).

- 2º Colocar sistema de anclaje con 3 implantes con:
 - Una estructura colada de fijación a los implantes.
 - Incorporamos un JIG anterior de composite con guía para estimular el desarrollo sagital de la mandíbula.
 - Incluimos un sistema con compresión elástico en 16 (dejando 26 inamovible).
- 3º Levantes posteriores en premolares y molares para ir corrigiendo el canteo del plano oclusal.
- 4º Colocamos un microtornillo entre 45-46 por si fuera necesario para enderezar pieza 46 que estaba muy inclinada a lingual.

con arcos de Niti super elásticos de 0,16 en ambas arcadas. (Figuras 21, 22, 23 y 24).

A los 11 meses, observamos la nivelación de las arcadas dentarias y el cierre de la mordida. (Figuras 25, 26 y 27).

A los 17 meses, ya en fase de arcos de acero, colocamos un arco de cierre superior de 0,16 x 0,22 y elásticos de Clase II 3/16 6 Oz, para cerrar unos diastemas en distal de 12 y 22. (Figuras 28,29 y 30).

A los 20 meses, cambiamos el arco de cierre superior porque se partió y colocamos uno nuevo esta vez sólo con el asa entre 22 y 23. Los elásticos en este momento son de Clase II 3/16 6 Oz. en lado izquierdo y triangular 3/16 6 Oz. en lado izquierdo. (Figuras 31, 32 y 33).

A los 23 meses de haber iniciado el tratamiento, con los meses de pandemia por en medio y citas que, por logística, la paciente no pudo asistir porque recordemos que vivía en Tenerife, terminamos el tratamiento de Ortodoncia con estos registros finales. (Figuras 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41).

2ª ETAPA: Tratamiento:

- 1º Cementar los brackets de las piezas que van erupcionando.
- 2º Nivelación de arcadas dentarias.
- 3º Terminar la corrección sagital y vertical.

3ª ETAPA: Finalización:

- 1º Retención y estabilización con ajuste oclusal.
- 2º Exodoncia de cordales.

TRATAMIENTO:

A los 8 meses de tratamiento, conseguimos corregir la mordida tijera del lado derecho y se retira la estructura colada con el levante anterior y los posteriores. Además, se consiguió una mejoría en la relación sagital esquelética sin todavía haber recurrido al uso de elásticos intermaxilares. Es en esta cita, cuando empezamos a usar elásticos de Clase II cortos de 3/16 2,5 Oz.

DISCUSIÓN

Cada vez es más frecuente los casos de pacientes que acuden a la clínica dental para demandar tratamientos integrales que precisan de la intervención de varios especialistas para construir tratamientos interdisciplinarios^{6,7}.

A los 8 meses



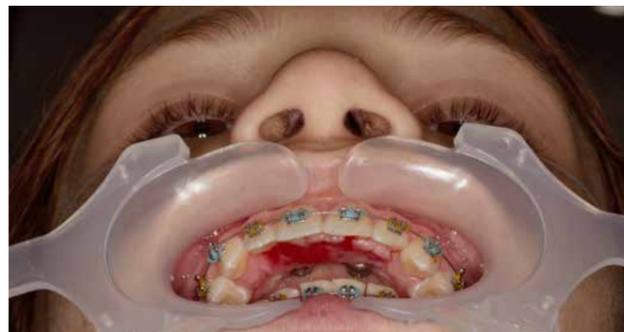
Foto Intraoral Derecha (Figura 21).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 22).



Foto Intraoral Izquierda (Figura 23).



Detalle de los macrotornillos (Figura 24).

Este caso que presentamos, la paciente y su familia, acudieron a Clínica Dental Tissot & Cabaña, por derivación de una compañera de Tenerife por la complejidad de su caso.

La paciente, presentaba problemas óseos y dentarios en el plano sagital, en el plano transversal y vertical. Tanto ella como su familia, eran conscientes que la complejidad del caso y tanto los objetivos como el plan de tratamiento propuesto, encajaban con sus expectativas y sus posibilidades económicas, estableciéndose así una relación de confianza con la clínica y los profesionales que iban a intervenir en su tratamiento.

A los 11 meses



Foto Intraoral Derecha (Figura 25).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 26).



Foto Intraoral Izquierda (Figura 27).

A los 17 meses



Foto Intraoral Derecha (Figura 28).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 29).



Foto Intraoral Izquierda (Figura 30).

A los 20 meses



Foto Intraoral Derecha (Figura 31).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 32).



Foto Intraoral Izquierda (Figura 33).

A los 23 meses



Foto Intraoral Derecha (Figura 34).



Foto Intraoral Frontal (Figuras 35).



Foto Intraoral Izquierda (Figura 36).



Foto Intraoral Oclusal Maxilar (Figura 37).



Foto Intraoral Oclusal Maxilar (Figura 38).



Foto Frontal Reposo (Figura 39).



Foto Frontal Sonrisa (Figuras 40).



Foto Perfil Reposo (Figura 41).

CONCLUSIONES

Afrontar tratamientos de Ortodoncia de pacientes con alteraciones en los 3 planos del espacio, es algo con lo que comúnmente debemos convivir los ortodontistas, ya que la prevalencia de estos casos empieza a ser alta en el cómputo general de nuestros pacientes.

El reto consiste en resolver la mayor parte de estos problemas sin generar tratamientos que se alarguen en el tiempo y que cumplan con las expectativas de pacientes cada vez más exigentes⁷.

La clave está en hacer un correcto diagnóstico, haciendo uso de la información obtenida en la anamnesis y ayudarnos de la obtención de los datos objetivos que nos aportan todos los



Telerradiografía (Figura 42).

Ortopantomografía (Figura 43).

registros del paciente. Y por supuesto, es fundamental implementar para estos casos de asimetrías y canteos, una herramienta potente como es el CBCT (*Cone Beam Computed Tomography*) y en base a este diagnóstico personalizado, crean un plan de trabajo estructurado en ocasiones en distintas etapas terapéuticas. Los resultados conseguidos con este tratamiento interdisciplinar

se consideraron exitosos por alcanzar un desarrollo transversal equilibrado en el maxilar superior, un estímulo de crecimiento mandibular con una mejora considerable en el perfil de la paciente. Una armonía de la sonrisa con exposición gingival normalizada y una estabilidad oclusal y articular que nos hizo afrontar la fase de retención postratamiento con optimismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peña M, Rojas M del P, Tirado A, Benavides B, Hurtado M, Ruíz A. Prevalencia de la maloclusión en tres planos del espacio en pacientes diagnosticados con defectos del habla en las clínicas de la especialización de ortopedia funcional y ortodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Prev. Rev. estomatol.* 2014; 22(1):26-32.
2. Campos-Bueno Laura, Lorente-Achútegui Pedro, González-Izquierdo Jesús, Olías-Morente Francisco. Coordinación y enfoque multidisciplinar de un caso complejo. *RCOE* [Internet]. 2006 Feb [citado 2023 Abr 19]; 11(1): 95-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100006&lng=es.
3. Schiffman E, Ohrbach R. Executive summary of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for clinical and research applications. *J Am Dent Assoc.* 2016 Jun;147(6):438-45. doi: 10.1016/j.adaj.2016.01.007. Epub 2016 Feb 26. PMID: 26922248; PMCID: PMC4884471.
4. Richard P. McLaughlin, Hugo J. Trevisi, John C. Bennett. *Mecánica sistematizada del tratamiento ortodóncico*. Madrid: Elsevier España, 2004.
5. Campos-Bueno L, Lorente-Achútegui P, González-Izquierdo J, Olías-Morente F. Coordinación y enfoque multidisciplinar de un caso complejo. *RCOE* 2006;11(1):95-103.
6. Sada-Garral V, Caffesse RG. Enfoque ortodóncico en el tratamiento multidisciplinario de pacientes adultos. Su relación con implantes y prostodoncia. *RCOE.* 2004;9:195-207.
7. Vallcorba Plana N, Alpiste Illueca F, Figueroa García Á, Domínguez Moreno E. Resultado del tratamiento con implantes en relación con las expectativas del paciente, satisfacción por el tratamiento y comportamiento del paciente. En: *Manual S.E.P.A. de Periodoncia y Terapéutica de Implantes*. Barcelona: Panamericana, 2005.

Conecta con tus pacientes y te regalarán su mejor sonrisa

¡LLÁMANOS!
91 366 55 24



¡Diseñamos tu web y Apps a medida!



Newsletters y vídeos promocionales



Flyers y catálogos

...y todo lo que necesites para promocionar tu marca

Te lo perdiste te lo contamos
Crónicas de eventos científicos



Dr. A. de Juan Galindez

SECIB WEBINAR

Jueves 16 Febrero 21:00h. Online

Aplicaciones del ácido hialurónico en odontología



Dra. Verónica Schiavo Di Flaviano

El ciclo de "SECIB Formación" para 2023, magníficamente coordinado por la **Dra. Berta Garcia Mira**, continua con su cita mensual y en esta ocasión el 16 de febrero se presentó esta webinar, con un tema que, aunque se sale un poco de los temas habituales en cirugía, suscita un gran interés en la profesión odontológica. Como demuestra la amplia participación de asistentes a la misma, excediendo todas las previsiones. Marcan en cierto modo, el camino a seguir en nuevas programaciones y toma "el pulso" del interés de nuestros compañeros.

En esta ocasión SECIB contó con la colaboración del **Máster de Medicina, Cirugía e Implantología de la Universitat de Barcelona** dirigido por el **Dr. José López López**. El **Dr. Jordi Cascos Romero** moderador por parte de **SECIB** presenta a la **Dra. Verónica Schiavo Di Flaviano** profesora en dicho máster.

La **Dra. Schiavo** es Grado de Odontología por la Universidad Europea de Madrid. Postgrado en Medicina y Cirugía Oral por la Universitat de Barcelona. Master en Medicina, Cirugía e Implantología oral por la Universitat de Barcelona. Y en la actualidad es Profesora del Máster de Medicina, Cirugía e implantología oral en la Universitat de Barcelona, con practica profesional privada en Cirugía, Implantología oral y Estética Peribucal.



En su didáctica exposición primero se preguntó por los aspectos legales que habilitan a los odontólogos a realizar este tipo de tratamientos en cuanto a competencia y en cuanto a formación. Concluyendo que los odontólogos en la actualidad están perfectamente acreditados para poder realizarlos. Destacando la importancia de informarse de las coberturas, en cada caso, de los seguros de responsabilidad civil. Pero, aun así, si hizo hincapié en la diferencia de estar **acreditado** para legalmente poder acometer este tipo de tratamiento y estar **preparado** para poder hacerlos, indicado la necesidad de acceder y adiestrarse en una formación específica.

Explico las fases del envejecimiento definiéndolo como un proceso Biológico, que según la Dra. comienza a partir de los 25 años, proceso biológico muy dependiente de factores externos, con condicionantes sociales y psicológicos individuales. En particular

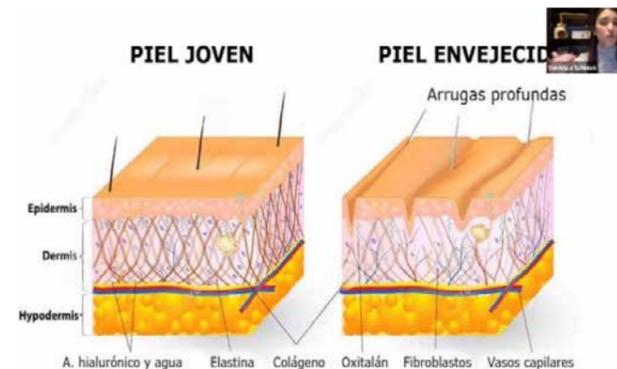


Aspectos legales

- La Ley 10/86 (sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental), incluye en su artículo primero que «los odontólogos tienen capacidad profesional para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y de tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos».
- La Ley 44/2003 «de ordenación de las profesiones sanitarias», en su artículo 6, al describir las atribuciones profesionales de los dentistas, remite a la citada Ley 10/86.

Dra. Verónica Schiavo

presentó este proceso en la piel, perdiéndose grosor en la capa epidérmica y en la dermis con pérdida de elementos como ácido hialurónico, colágeno, elastina, etc. Debido, entre otras cosas, a la pérdida de la capacidad de los fibroblastos de reparación. Y toda ello, acompañado de pérdida de los tejidos de soporte como el tejido adiposo y tejido óseo.



El fin de los tratamientos de "rejuvenecimiento" están encaminados a evitar esta pérdida volumétrica y para ello se usan **rellenos**, que los clasifica en: **Temporales, Semipermanates y Permanates**.

En cuanto a los rellenos dérmicos destaca al ácido hialurónico como elemento reabsorbible y biodegradable, es decir temporal. Elemento polisacárido hidrofílico e higróscopico, que está de forma natural en la piel y otras partes del organismo. Es biocompatible, incoloro para no producir tinciones. El utilizado es

Rellenos dérmicos

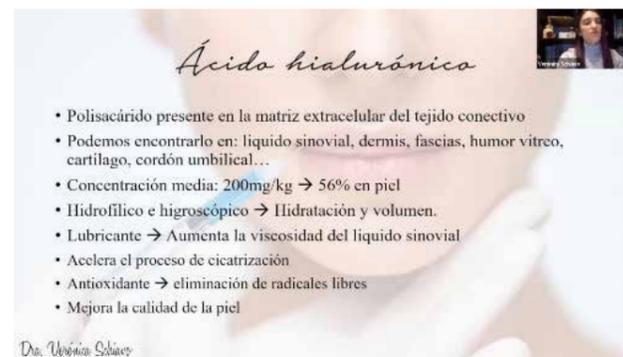
Material	Origen	Duración y biodegradabilidad
Grasa autóloga	Humano	Temporal y biodegradable
Colágeno	Bovino, porcino o humano	Temporal y biodegradable
Acido hialuronico	Aviar o sintético	Temporal y biodegradable
Agarosa	Algas	Temporal y biodegradable
Hidroxiapatita	Sintético	Semipermanente y biodegradable
Acido poliláctico	Sintético	Semipermanente y biodegradable
B-TCP	Sintético	Semipermanente y biodegradable
Polimetilmetacrilato (PMMA)	Sintético	Permanente y no biodegradable
Poliacrilamida	Sintético	Permanente y no biodegradable
Dimetilsiloxane (Siliconas)	Sintético	Permanente y no biodegradable

Dra. Verónica Schiavo



Dra. Verónica Schiavo

de origen sintético en la mayoría de los casos y se consigue de forma natural mediante un proceso de fermentación bacteriana, con baja inmunogenicidad. Tiene antídoto la **Hialuronidasa** que lo disuelve.



Dra. Verónica Schiavo



Dra. Verónica Schiavo

- Se obtiene de dos fuentes:
 - Animal: Crestas de gallo. Posibles reacciones inmunogénicas.
 - Sintético: fermentación bacteriana (streptococcus). Baja inmunogenicidad
- Gel viscoelástico
- Biodegradable
- Estéril
- Transparente
- Biocompatible
- Reabsorbible
- Antídoto: Hialuronidasa

Dos tipos:

- **No reticulado** usado en mesoterapia
- **Reticulado** gel viscoso que aporta volumen es el que se usa como material de relleno y dependiendo de su reticulación consigue más viscosidad y tendrá distintas indicaciones.

Ácido hialurónico

No reticulado

- Líquido
- No aporta volumen, pero si hidratación
- Tratamientos de mesoterapia

Reticulado

- Gel viscoso
- Aporta volumen → material de relleno
- Existen diferentes densidades disponibles

Dra. Alvimar Ochoa

Reticulación

- Estabilización química
- Moléculas mas grandes → solubilidad
- Adquiere propiedades viscoelásticas
- Se consigue adicionando otros compuestos: Divinil sulfona, DEO o el **BDDE**

Indicaciones:

En Periodoncia:

- Colaborando en Tratamientos de gingivitis en colutorio o gel por sus propiedades como “reepitelizante” y cicatrizante
- En cirugía plástica gingival para regeneración de papilas mediante infiltración.
- En cirugía periodontal para aumento de volumen en el tratamiento de defectos periodontales, interóseos e incluso asociandolos a sustitutos óseos.

En Medicina Oral:

- Disfunción ATM,
- Tratamiento de Aftas,
- En síndromes de hipo salía (Sjögren).
- En queilitis angulares para dar volumen eliminando los pliegues.

En estética:

- Rellenar arrugas

- Tratamiento de la “Sonrisa gingival” mediante el aumento de volumen Labial.
- Modificación de perfiles de la cara mediante infiltraciones subperiósticas.

Destacó, como no puede ser de otra forma, la importancia de realizar una **historia clínica COMPLETA**, destacando los antecedentes médicos generales y localmente conocer si el paciente padece Herpes Labial recidivante.

Evaluación previa

- Historia clínica detallada
- Hábitos
- Calidad de la piel y rutinas de cuidado
- Fotografías
- Motivo de consulta y expectativas
- Explicar riesgos y consentimiento informado

Cree imprescindible la realización de fotografías previa. Hasta el punto de no realizar ningún tratamiento de este tipo si no puede tomar fotografías previas. Recomienda Frontal, a 45°, de perfil y media sonrisa, sonrisa completa.

También da importancia máxima, a la importancia de conocer y acotar las expectativas del paciente la confección de Consentimiento informado.

Terminó explicando las contraindicaciones de estas técnicas clasificándolas en Absolutas, Temporales y Relativas

Contraindicaciones:

Absolutas:

- Alergia a Ac Hialurónico
- Historia de Múltiples Alergias
- Colagenopatías
- Pacientes Psiquiátricos

Temporales

- Herpes simple

Relativas

- Presencia de otro material relleno en la zona.
- Enfermedades autoinmunes o pacientes con tratamientos inmunológicos.
- Diabetes y alteraciones de Inmunidad.
- Tendencia a cicatrizaciones hipertróficas.
- Expectativas del paciente NO realistas.
- Otras enfermedades. Fenómeno de Koebner.

Contraindicaciones de las infiltraciones con ácido hialurónico

Absolutas	Temporales	Relativas
Reacción alérgica previa al ácido hialurónico?	Presencia de herpes o afección activa en la zona de implantación (acné, dermatitis...)	Presencia de otro material reabsorbible en la zona de implantación.
Historia de múltiples alergias?	Toma de medicamentos que alteren los mecanismos de coagulación	Enfermedades autoinmunes o pacientes en tratamientos inmunológicos.
Colagenopatías	Coagulopatías	Diabetes y alteraciones inmunológicas.
Pacientes psiquiátricos?	Embarazo y lactancia	Tendencia a cicatrización hipertrófica.
	Exposición inmediata al sol o a fuentes de calor	Expectativas no realistas.
	Eventos sociales importantes en 72 h	Enfermedades: fenómeno de Koebner.

Colegio Dra. Berta García Mur

Y terminó la exposición comentando las complicaciones y su manejo entre las que describió:

- Reacción inflamatoria desmesurada condicionada muchas veces por el exceso de material, que requiere Corticoterapia
- Efecto Tyndall por infiltración de material demasiado superficial.
- Hematomas

- Embolismos a distancia que requiere de tratamiento inmediato con Hialuronidasa
- Infección del material de relleno.

Es de destacar la didáctica presentación de la Dra. Schiavo, subrayo la sencillez y el rigor de esta. Nos mostró una de las “líneas” de tratamientos de más demanda en la actualidad en Odontología. Tanto de compañeros, en cuanto a su interés por formación en estas técnicas que viene a completar soluciones de mejora estética. Como por ser una nueva línea de “producto” o “nicho de negocio” en las clínicas dentales, debido a la demanda de los pacientes. Garantizando al paciente que dichos tratamientos, al menos en el tercio inferior de la cara, son realizados por un profesional formado y responsable en SALUD.

En definitiva, otro acierto de programación de la **Dra Berta García Mira** por parte de **SECIB**.

WEBINAR

Combinar la tunelización con el injerto de tejido conectivo: una fórmula predecible

Jueves 23 Marzo 21:00h. Online

SECIB & Sepa.
SOCIEDADES AMIGAS



Dra. Berta García Mur

En el ciclo de “SECIB Formación, sociedades amigas” el 23 de marzo se presentó la tercera webinar de este año 2023, otra vez SECIB en colaboración con SEPA, buscando sinergias con sociedades afines alrededor de objetivos comunes en relación con la formación en excelencia en cirugía bucal. En este caso en el territorio mucogingival, territorio donde SEPA desarrolla su actividad quirúrgica y sobre todo en “microcirugía” y “cirugía plástica gingival”. En esta ocasión la **Dra. Berta García Mira de SECIB** presento a la **Dra Berta García Mur** miembro de **SEPA**.

La Dra Berta García Mur es profesora de la UIC en Barcelona, con practica privada en Tarrasa.

COMBINAR LA TUNELIZACIÓN CON EL INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO

UNA RECETA PREDECIBLE

BERTA GARCIA MUR
23 - MARZO - 2023

SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

Presento una "combinación o fusión" de técnicas de cirugía periodontales para conseguir unos resultados más predecibles a la hora de reparar problemas de recesión mucogingival.º

Inicialmente definió lo que es una recesión gingival, su etiología en relación con el biotipo, cepillado inadecuado, bruxismo, malposición y latrogenia entre otros.

recolectar tejido conectivo para conseguir volumen en zonas pónicas.

Describió las fases de su técnica en un orden de secuencia que considera relevante para reducir al máximo el tiempo quirúrgico por el bien del paciente, de la viabilidad del colgajo y del operador. De esta forma **primero** se debe preparar el lecho receptor,

ETIOLOGÍA



Anatomía/Biotipo



Cepillado agresivo



Pérdida de inserción



Bruxismo



Malposición



latro



Berta García Mur

Explicando la clasificación de **Cortellini** que es la que se aplica actualmente que divide los casos en: **RT1** cuando no hay pérdida ósea interproximal solo vestibular, **RT2** cuando existe pérdida ósea interproximal y **RT3** cuando la pérdida ósea interproximal es mayor que la vestibular.

Siendo las RT1 y RT2, las situaciones en que este tipo de técnicas quirúrgicas están indicadas y donde los resultados son verdaderamente predecibles, según explicó.

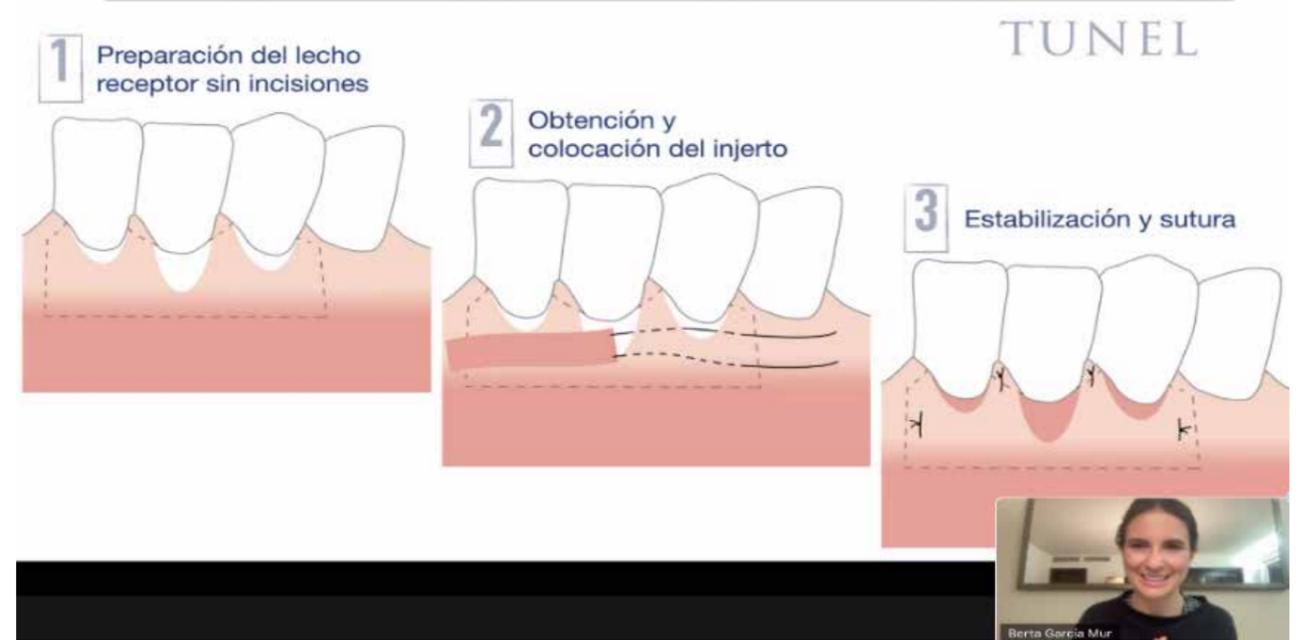
Definió un árbol de decisiones en relación con distintos factores, donde además de la etiología de estas, destaca la altura de la recesión y la profundidad o la existencia de escalón en los dientes. No perdonando en ningún caso una terapia de desinflamación previa gingival con terapia higiénica. Además, siempre antes de iniciar la técnica quirúrgica, eliminar la placa previamente con alisado y pulido de la superficie dental. No aconseja el uso de ácido acético por no aportar beneficios.

Aconseja el paladar como zona donante de tejido conectivo, cerrando la incisión con sutura continua en "X". Reservando las zonas de la tuberosidad por el mayor grosor de este, para

CLASIFICACIÓN



haciéndola tunelización de la zona receptora. **Segundo:** ir a la zona donante y hacer la toma de tejido conectivo, manipulado el injerto para eliminar aquello que pudiera estorbar como restos epiteliales si lo tuviera o exceso de grasa de zonas profundas. **Tercero:** estabilizar dicho injerto en el colgajo "en sobre" realizado en la zona receptora, usando sutura adecuada que por un lado estabiliza escrupulosamente el injerto al colgajo y por otro elevar dicho colgajo sobre la zona cervical de los dientes tanto como lo permita.



La Dra. García Mur subraya y resaltar la importancia de la estabilización conseguida, en cuanto a la supervivencia del injerto y en cuanto a la predictibilidad en el éxito de esta técnica. Por eso el tipo de sutura es crítica. Describió una técnica de sutura apoyándose en insertos de composite en las zonas interproximales de los dientes a la altura de los puntos de contactos, para conseguir anclajes de está a fin de conseguir más capacidad de estabilización a la hora de elevar el colgajo a las zonas óptimas (Modificación de Succelly).

Tras su presentación, se pasó al turno de preguntas donde se habló de la preparación preoperatoria del paciente donde explicó que indica en todos casos profilaxis antibiótica preoperatoria en este tipo de cirugía, describió los cuidados posoperatorios donde es crítico el reposo de la zona adecuando la dieta, se comentó el uso de LASER en cirugía periodontal y sobre todo se habló sobre el control de las distintas morbilidades y complicaciones de esta técnica. Como es el caso de la hemorragia posoperatoria, sobre todo en la zona donante palatina, donde hace énfasis en que el paciente no puede abandonar el gabinete si no se ha conseguido hemostasia completa.



Una vez terminada la parte más teórica de su presentación. Desplegó y mostró distintas situaciones en otros tantos retos, tanto en situaciones clínicas RT1 como RT2, donde fue resolviendo las distintas situaciones con este tipo de técnica.

BERTA GARCÍA MUR
23 · MARZO · 2023

bertagmur@estoclinic.com
@bertagmur
@estoclinic_clinicadental



Salud Pública en Extremadura

Paloma Villalva Hernández-Franch
Doctora en Odontología
Académico de la Pierre Fauchard Academy
Fellow del International College of Dentists



INTRUDUCCIÓN

La Odontología Social o Comunitaria es responsable de la salud oral de las distintas comunidades; es la encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología oral. Utiliza distintas estrategias y métodos para la promoción de la salud oral y la prevención de las enfermedades buco-dentales, priorizando su acción en los colectivos desfavorecidos y/o vulnerables, en los cuales las carencias y necesidades asistenciales siempre son más necesarias.^(1,2)

Las políticas de salud no pueden considerarse de una manera aislada ya que dependen directamente de las políticas económicas y sociales establecidas por los gobiernos y, en última instancia, de la estructura o modelo socio-económico en el que dichas políticas de salud se enmarquen o desarrollen.

El siglo XX español fue un periodo de tiempo de continuos e importantes cambios políticos en nuestro país. La odontología social de nuestro país se vio muy condicionada por esta situación.

OBJETIVOS

La odontología social en España ha sido mínimamente estudiada, así como la implicación que el desarrollo de la salud pública ha tenido en su evolución e instauración en la sociedad científica actual. Es por este hecho, que nos proponemos realizar una revisión de la odontología social en la Comunidad de Extremadura durante el siglo XX, estableciendo los siguientes objetivos a estudiar:

1. Observar el desarrollo de la odontología social durante el siglo XX en la Comunidad de Extremadura.
2. Determinar el impacto de las estrategias odontológicas, sociales, preventivas y comunitarias realizadas en la población extremeña.
3. Evaluar los condicionantes que afectaron a la Odontología social de la Comunidad de Extremadura del siglo XX.
4. Analizar las iniciativas de salud más sólidas llevadas a cabo y la creación de los centros de salud del medio rural en la Comunidad autónoma de Extremadura.

CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

En Extremadura a principios del siglo XX existió un predominio total del latifundismo, integrada en su mayor parte por la nobleza, y, minoritariamente por la burguesía. Los terratenientes,

grupo social más característico de esta región, no fue capaz de movilizar adecuadamente sus recursos y no los invertiría de manera correcta en la región. Este hecho se convertiría en uno de los responsables directos del escaso progreso y mínima industrialización de la Comunidad de Extremadura.

Existía una clase media poco numerosa debido a esta escasa industrialización de la región y, una clase baja multitudinaria, correspondiente al mundo rural en su mayoría, e integrada fundamentalmente por campesinos, yunteros y jornaleros.

Desde el punto de vista económico y social, por lo tanto, la provincia queda definida por su escaso desarrollo y dinamismo económico y por la pervivencia de una estructura social arcaica. El conjunto de estos factores determinó el estado de precariedad de gran parte de su población. Un elevado porcentaje sufría las consecuencias de la malnutrición y una elevada incidencia de enfermedades. La mortalidad alcanzaba unas tasas superiores al resto del país que se compensaba, sin embargo, con unas tasas de natalidad elevadas en la región.

El ejercicio profesional en las distintas regiones extremeñas estuvo muy condicionado tanto por sus características demográficas y económicas como por el enorme arraigo del caciquismo que existía en todo el territorio de Extremadura; el cacique contaba con el poder de la administración local y el aparato judicial, y, se encargaba del nombramiento o la destitución de los profesionales sanitarios según la fidelidad que estos demostrasen. Esto supuso abusos para/hacia los médicos titulares por parte de la actitud caciquil de las autoridades municipales. Fue precisamente la necesidad de poner fin a estos abusos lo que impulsó a la organización de estos profesionales, creándose los Colegios de Médicos, ocurriendo en las principales capitales como por ejemplo en Cáceres, en el año 1901, naciendo con ello, asociaciones y sindicatos médicos.

DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA

En la década de los años 30, el Gobierno de España adopta iniciativas de salud en el ámbito internacional y crea los centros de salud del medio rural. El primero de ellos fue el "Centro Secundario de Higiene Rural de Trujillo", que tendría una importante labor dentro de la medicina preventiva y social de nuestro país.^(3,4)

En este proceso resultó decisiva la colaboración de la "Fundación Rockefeller", que constituyó el vehículo de extensión del modelo norteamericano de los Centros de Sanidad Rural en Europa. El Dr. Francisco Ruiz Morote recibe una beca por parte de la Fundación que le permitió su estancia y desarrollo profesional en Estados Unidos. En 1929 regresó el Dr. Francisco Ruiz Morote Coello, Inspector Provincial de Cáceres, e inició en esta provincia un programa, pionero en España, Integral de Salud Pública. Comenzó reforzando los recursos existentes en el Instituto de Higiene tales como dispensarios antivenéreos, antituberculosos y antipalúdicos, así como la sección de vacunaciones y creó las secciones de estadísticas y Epidemiología.⁽⁴⁾

En 1931 se inició la implantación de una red de centros de higiene primarios, secundarios y terciarios desde los que se actuó sobre todos los campos de la higiene y la prevención, que incluía tanto las patologías más prevalentes como paludismo o tuberculosis, así como, la salubridad de las viviendas, el suministro de aguas potables y la eliminación de excrementos. Este modelo de Centros de Higiene a tres niveles procedía de Estados Unidos, y se implantó en numerosos países europeos.

Los Centros secundarios tenían una gran consideración estratégica dentro de la futura organización sanitaria y debían estar dirigidos por personal especializado en Sanidad Nacional por lo que fue importante el papel de la Escuela Nacional de Sanidad. Todos estos centros secundarios contarían con: atención maternal, puericultura, higiene escolar, odontología, oftalmología, ORL, tuberculosis, venéreas, laboratorio y rayos X (todos a cargo de especialistas).

En España, impulsada por las tendencias internacionales del momento, empieza a cobrar importancia la atención pediátrica. El movimiento higienista de protección a la infancia que se desarrolla a finales del siglo XIX en nuestro país tiene su expresión principal en la Ley sobre Protección a la Infancia promulgada el 12 de agosto de 1904 por el Ministerio de Gobernación (3, 4, 5). Esta Ley declaraba a los niños menores de diez años sujetos a protección tanto física como moral gracias a la asistencia de éstos en Casas-Cuna, asilos, hospicios o escuelas.

Se crea un primer Decreto el 20 de septiembre de 1913 con carácter general y obligatorio en todas las escuelas de primera enseñanza, públicas y privadas, dependientes del Ministerio de Instrucción Pública, la Inspección Médico Escolar, a cargo de un cuerpo de Médicos y Odontólogos. (5). El segundo de los Reales Decretos, de 23 de abril de 1915, aprueba el Reglamento de Inspectores Escolares.

La provincia de Cáceres, debido a las elevadas tasas de mortalidad infantil que alcanzaba en aquellos años y el alto grado de desconocimiento en cuestiones de hábitos higiénicos y de

la alimentación de los recién nacidos, y la necesidad de luchar contra todo ello, llevaría a cabo un gran despliegue sanitario y se convertiría en una de las provincias pioneras en la implantación de este tipo de medidas.

Con respecto a la mortalidad infantil, algunas de las medidas tomadas en esta lucha sanitaria se centraban en la atracción de las embarazadas o madres, realizando donaciones de ropa o productos alimenticios para que la propia mujer acudiese a la consulta; previamente habiendo agudado su turno en una sala de espera que contenía numerosos carteles con diversos temas de educación sanitaria. Es importante también resaltar la estrecha colaboración en la que participaban el personal del Instituto Provincial de Higiene con los maestros de Instrucción Primaria para la realización de inspecciones escolares de carácter anual, especialmente en los campos de la Odontología, y la vacunación sistemática de los niños en la etapa escolar, alcanzando una gran cobertura.

Además del diagnóstico y tratamiento pertinente, nunca faltaba la educación sanitaria, favoreciendo el seguimiento a largo plazo de los pacientes, a los que se les creaba una historia clínica para comprobar su evolución y permitir la realización de estudios estadísticos sanitarios.

Parte del éxito de la demostración sanitaria cosechado por la Comunidad extremeña se debió a la solemne actuación del Dr. F. Ruiz-Morote, que cosechó durante su estancia en el extranjero una amplia formación en Salud Pública. A través de los acuerdos entre la citada Fundación Rockefeller y el Estado español, unidos a la implantación del Reglamento de Sanidad Provincial, Ruiz-Morote conseguiría instaurar la conciencia de que para mejorar el paupérrimo estado sanitario de la población cacereña, la población debía considerar fundamental la prevención de la salud y, para ello, el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres era el centro ideal para llevar a cabo las actuaciones. Con la ayuda progresiva de profesionales sanitarios que iban formándose paulatinamente en esta área y con un gran desarrollo en materia demográfica y epidemiológica, se realizaron numerosas campañas divulgativas en todos los ámbitos.^(3,4,5)

Con esta finalidad, se utilizaron numerosos instrumentos para la labor sanitaria, ya sean folletos sanitarios, cursillos, conferencias, proyecciones cinematográficas, artículos científicos publicados en la prensa local o la revista mensual del Instituto Provincial de Higiene, que merece una mención especial, pues en ella se transmitían temas sanitarios minuciosamente estudiados y resumidos tras realizar en todos los casos una cuidadosa selección de temas sanitarios en función de la época del año.

Tal y como hemos mencionado, el Estatuto Provincial fue implantado y publicado el 20 de marzo de 1925, convirtiéndose en

un punto fundamental en el desarrollo de la Salud Pública. De esta manera se imponía a las Diputaciones la obligación de crear y mantener un Instituto de Higiene. Consecuencia directa de dicho Estatuto fue el Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925, que dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial, tales como las Brigadas sanitarias, los Laboratorios de Higiene, los Institutos de Vacunación o los gabinetes de Odontología en un único Instituto Provincial de Higiene.



Dr. David Domínguez Villagrà.

DESARROLLO DE LA ODONTOLÓGIA SOCIAL EN EXTREMADURA EN EL SIGLO XX

En lo que respecta al área de la salud dental y sus gabinetes, cabe destacar una figura que aboga por la Odontología social enfocada a la infancia de la Comunidad de Extremadura.

El Dr. Domínguez Villagrà estuvo fuertemente relacionado e implicado en el desarrollo de la odontología preventiva siendo uno de los pioneros en España. Extremeño de nacimiento desarrollaría sus estudios, tanto de medicina como posteriormente de odontología preventiva, y llevaría a cabo su profesión en Cáceres a través del Instituto Provincial de Higiene cacereño. Trabajaría como Jefe del Servicio de Odontología de Cáceres y se convirtió en presidente del Colegio de Odontólogos de la IX Región, siendo nombrado en 1935 Colegiado de Honor de la IX Región.^(5,6,7)

Fue autor de distintas publicaciones, destacando su libro "Odontología Sanitaria" que versa sobre diversas medidas preventivas, cita muchos de los tratamientos empleados y acciones sociales y sanitarias llevadas a cabo en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Su peculiaridad radicaba en aprovechar los institutos de higiene para irradiar desde ellos toda una acción de prevención oral, especialmente fomentar esta labor en las etapas de erupción dentaria o enfocar muchas de las acciones en la reducción de la caries dental. Consideraba, además, la cavidad bucal en interrelación biológica con el resto del organismo por lo que señalaba también la importancia de estos aspectos preventivos y curativos en enfermedades como sífilis o tuberculosis, así como la influencia de ciertos hábitos o determinados aspectos relativos al embarazo, es decir, consideraba procesos tanto locales como sistémicos.

Estos primeros impulsos en pro de la Odontología Pública para la infancia española podemos enmarcarlos en el movimiento que inició a principios de siglo el profesor Ernest Jessen en Estrasburgo. Protagonista indiscutible dentro de este campo, crearía

una clínica dental gratuita para la infancia. Dicho centro asistencial sirvió de referencia y ejemplo para la creación de proyectos como el llevado a cabo por el Dr. Domínguez Villagrà en el Centro de Higiene Rural de Cáceres.

El Dr. Domínguez Villagrà disponía de unas fichas donde se dejaban reflejados de manera ordenada resultados obtenidos de la exploración médica completa del paciente (tanto de la boca como del resto del cuerpo). Para ello trabajó contando con el apoyo y consideración de los médicos y conseguiría que el Servicio de Odontología Sanitaria se considerase como uno más, de igual importancia al resto, y funcionando al

unísono de los demás servicios del Instituto, convirtiéndose en una pieza más al cuidado de la salud integral del ciudadano. El libro "Odontología Sanitaria" hace referencia a ciertas actividades que se realizaban en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres:

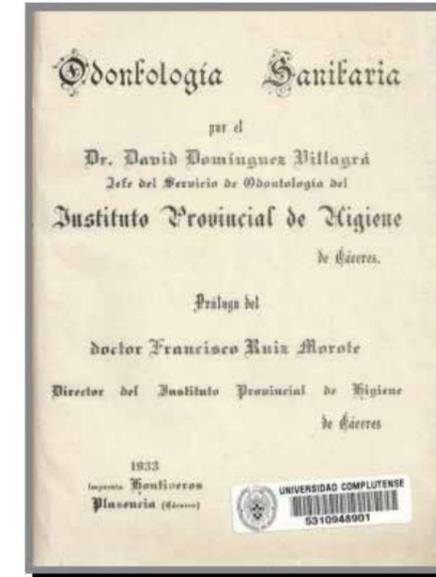
- La actividad clínica: se realizaba una historia clínica y el diagnóstico de las patologías del paciente, se curaban las caries y defectos dentarios, se realizaban normas higiénicas, además de regalar cepillos de dientes.
- La actividad educativa, basada en visitas a domicilios y escuelas, a la confección de carteles y folletos informativos, y a la realización de cursillos y charlas en los pueblos. Además, también se publicaron artículos para así poder intercambiar conocimientos científicos.
- La actividad administrativa.
- La actividad estadística: fue una de las innovaciones de Villagrà que fue el primer profesional español en publicar un resultado de sus observaciones en base a una estadística mediante la evaluación en 1921 de niños de las escuelas públicas de Cáceres.

El Consejo General de Colegios de Odontólogos de España consideró a Domínguez Villagrà para recibir el "Premio Jessen" debido a su dedicación asistencial, a su incesante trabajo como publicista y su enorme labor educativa realizada desde Cáceres, y aunque Domínguez Villagrà no recibiría el máximo galardón, (que fue otorgado al Dr. Harver J. Bukhart de Rochester), obtuvo una mención de honor.

En lo que respecta a su obra escrita encontramos los siguientes títulos:

- Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Publicado en 1931
- Vulgarización odontológica "Complicaciones infecciosas de la extracción".

- Síndrome hemorrágico en Odontología y su tratamiento, artículo publicado en la revista "La Odontología".
- Odontología Sanitaria: primero publicaría un folleto en el año 1932 con una extensión de 20 páginas, que se utilizaría posteriormente para la elaboración de su libro y obra magistral "Odontología Sanitaria"
- Odontología Sanitaria: libro publicado en 1933, obra que serviría de guía a los asistentes a los cursillos, así como al público en general, que él mismo impartía en el Instituto Provincial de Cáceres sobre Odontología sanitaria.



Portada de "Odontología Sanitaria".

En esta obra, el Doctor detalla tanto conocimientos teóricos, como experiencias propias vividas en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Se centraría principalmente en temas relativos a la prevención, tales como los cuidados de la boca y los dientes, las etapas de calcificación y erupción dentaria, manifestaciones orales de diferentes enfermedades como sífilis y tuberculosis, la prevención y tratamiento de la caries dental, medidas a seguir durante el embarazo, así como aspectos referentes a distintos hábitos.^(6,7)

CONCLUSIONES

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX asistimos a un desarrollo de la medicina higienista y social. Se crean diversas iniciativas en países como Alemania, Gran Bretaña, Estados Unidos y España encaminadas a eliminar las dificultades del acceso a los servicios sanitarios con la finalidad de minimizar con esto las desigualdades sociales. Este contexto hace también participe a los odontólogos, que emprenden acciones con el objetivo

de que la población más desfavorecida pueda disponer de servicios sanitarios adecuados.

La salud pública oral en España durante el siglo XX se caracterizó por sus limitaciones, discontinuidad y ausencia de programación reglada. La no incorporación plena de la Odontología social al sistema público de salud, la escasez de profesionales unidos a una problemática específica de recursos humanos, las carencias educativas en salud bucodental del pueblo español y la falta de sensibilización de las autoridades sanitarias, condicionaron la realidad anteriormente expuesta.

Como respuesta de la lucha constante contra esta situación en España, duran-

te la década de 1930 se desarrolla en Cáceres una gran labor de Sanidad Preventiva. La provincia de Cáceres llevaría a cabo un gran despliegue sanitario y se convertiría en una de las provincias pioneras en la implantación de los centros sanitarios de higiene rural, que eran centros sanitarios destinados a organizar servicios sanitarios, sociales y de carácter higiénico en la provincia que procuraban la medicina preventiva por el medio rural.^(7,8)

El Dr. Domínguez Villagrà se convirtió en protagonista indiscutible en el desarrollo de la Odontología Preventiva en la Comunidad de Extremadura, siendo uno de los pioneros en España. A través de su completa obra Odontología Sanitaria detallaría aspectos preventivos y curativos fundamentales para el mantenimiento de la salud bucodental, así como experiencias personales acontecidas durante su propio ejercicio profesional, responsables y que reflejan sin duda de su gran desarrollo profesional.^(3,5,6,7)

BIBLIOGRAFÍA

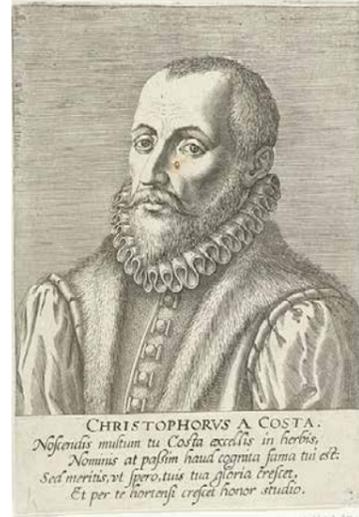
1. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University press;1992
2. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. Community Dent Oral Epidemiol, 1996; 24:231-235
3. "Esteban Rodríguez Ocaña", Revista de historia de la medicina y de la ciencia, ISSN 0210-4466, Vol. 71, Fasc. 1 (enero-junio), 2019
4. González-Iglesias J. Orígenes de la Odontología en España. Cirujanos dentistas y Odontólogos. (1875- 1936). Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1976
5. Ustrell JM. Consolidació de l'odontologia. En: Ustrell JM Història de l'odontologia. Barcelona: Ed Universitat de Barcelona; 1997. p. 127-1664. Gaceta de Madrid. Núm. 23, 23 enero 1904, p 290
6. Gaceta de Madrid núm. 60, de 29/02/1908, páginas 875 a 876. Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero 1908
7. González-Iglesias J. La Odontología durante la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 483-48.
8. Capel P, Castaño A, Doldán J. Los Desafíos de la Odontología. 277-280 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. Ripano. 2005

Cristóbal Acosta y las plantas de uso estomatológico.

El médico y botánico

Cristóbal Acosta.

Hoy en día siguen quedando dudas sobre los lugares de nacimiento y defunción de Cristóbal Acosta, así como de los otros datos de las biografías, los que la abrochan con sus fechas de nacimiento y defunción. No obstante, al tratarse de una figura bien estudiada por la novedad y trascendencia de su obra, se ha afinado bastante en ambos aspectos, dándosele por natural de Ceuta o Tánger¹, a principios del siglo XVI, y por fenecido en un eremitorio en Tharsis (Huelva) cerca de 1594.



Fue soldado en la India en 1550 y allí conoció al gran naturalista portugués García de Orta. Allí volvió en 1568 después de haberse formado en Artes y en medicina, probablemente en la universidad de Salamanca, pero seguro que en lengua castellana, en el séquito de Luiz de Ataíde, virrey de Portugal en aquellos territorios y allí permaneció durante varios años, trabajando asimismo en el Hospital Real de Cochín, donde además organizó un jardín botánico. Realizó herborizaciones en la costa Malabar y en otros lugares de la China y aprendió de sus adelantos técnicos.

Debió regresar a Portugal en 1572, vivió una temporada en Lisboa y en algún momento se desplazó a París. En 1576 el Ayuntamiento de la ciudad de Burgos le ofreció contrato de médico-cirujano, ganándose la confianza y admiración de los vecinos, y debió ser renovado al vencer su tiempo con la obligación de atender además a los pobres. Durante este tiempo editó, en 1578, su "Tratado de las drogas" que dedicó a la ciudad de la que era galeno y de la que dejó de serlo antes de 1587, cuando tras el fallecimiento de su esposa se retirara a vivir al eremitorio que denominó "La Peña de Tharsis", al parecer en tierras onubenses, donde continuó atendiendo de alguna manera a ciertos enfermos y también dedicándose a la descripción de especies botánicas y a la herborización de zonas vecinas.



AUTOR:

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

Aunque en el mundo científico es conocido por el legado de su importante obra botánica, también en el mundo del pensamiento, especialmente místico, se le conoce por otros títulos. Escribió Acosta alguna otra obra de tema muy distinto que dio a la imprenta en el mismo lugar y el mismo año, como fueron el *Tratado en contra y pro de la vida solitaria. Con otros dos tratados, uno de la religión y religioso, otro contra los hombres que mal viven...* (Venetia, Presso Giacomo Cornetti, MDXCII), y el *Tratado en loor de las mujeres, y de la Castidad, Honestidad, Constançia, Silencio, y Justicia, con otras muchas particularidades y varias Historias* (Venetia, Presso Giacomo Cornetti, MDXCII).



Primera edición. Burgos, 1578.

El "Tratado de las Drogas, y medicinas de las Indias Orientales"

El libro vio la luz en la ciudad de Burgos, en casa de Martín de Victoria, "impressor de su Magestad", el año de 1578. Como añade en la portada, las plantas están dibujadas al vivo por el autor, que las vio oculamente, y fue la primera vez que se imprimieron en Europa estas plantas de las Indias orientales.

Consta de 68 capítulos, que suman 448 páginas y culmina con un tratado "sobre el elefante". Sigue una tabla alfabética con lo contenido, de (1-36 págs.) y otra "Tabla de los arboles, plantas, y yeruas, que estan debuxadas en este libro" (págs. 37-38).

Tras los prolegómenos aparece la aprobación del Rey, de fecha 15 de septiembre de 1577; la dedicatoria al "Mvy illvstre Senado de la Real ciudad de Bvrgos; la clásica advertencia al lector; un escrito del licenciado Ivan Costa, catedrático de Retórica en la universidad de Salamanca, al lector; un soneto de Pedro Manrique dedicado asimismo al autor y un soneto del bachiller Alonso González de la Torre sobre el mismo tema. Va a continuación la tabla de los capítulos y, por último, la lista de autores mencionados en el texto.

La actitud de Acosta, dentro de la corriente renacentista botánica, fue antes que la de un puro teórico la del médico que busca en las plantas descubiertas el beneficio para los diversos males que alteran la salud humana, siguiendo, como apunta J.L. Barona, el método que propugnara Valerius Cordes: descripción general del vegetal y, después, de las características de sus elementos morfológicos, para terminar con el entorno geográfico de la planta. Ello, acompañando de las propiedades curativas y dietéticas -hasta un total de 69 especies botánicas de uso medi-

cial - como también de su comercialización y de los usos industriales. Todo ello sin olvidar lo que advierte en la última frase del título: "en la qual se verifica mucho de lo que escriuio el Doctor Garcia de Orta". "Mucho" no quiere decir "todo" pues algunas no fueron mencionadas por el maestro.

La obra de Acosta disfrutó de una difusión amplia en Europa por medio de la versión latina que, como con las obras de García de Orta y Nicolás Monardes, hiciera Charles de l'Écluse (Carolus Clusius), quien recorriera la península ibérica en 1564, publicada en la prestigiosa imprenta de Plantin, en Amberes.

Plantas de uso estomatológico:

De la lectura de la casi setentena de capítulos obtenemos puntualmente información sobre aquellas nuevas plantas que tenían algún uso en la prevención o el tratamiento de las enfermedades bucodentales, como también de aquellas que mitigaban la halitosis. Expuestas por orden de aparición, son las siguientes:

- Canela:** "quita el olor de la boca, y de las muelas²".
- Pimienta:** "la metè en las cauernas de los diètes podridos³".
- Clavo:** "Las mugeres lo mazcà ordinariamente, para hazer buen olor de boca, y algunas vezes lo mazcà concón las hojas del Betele⁴".
- Nuez moscada:** "Corrigè y quitan el alièto hediòdo⁵".
- Galanga:** "teniendola en la boca, enmienda el mal olor⁶".
- Avellana índica:** "fortifica las enzias y los dientes, q se andan, abollados⁷". "Con las cascarras alimpian los dientes⁸".
- Sangre de drago:** "tanto aprieta, que prohibe que no se caygan los dientes⁹".
- Folio indio:** "restauratiuo d las muelas, q se andà... mascado con Cardamomo en ayunas: al fin haze buè anhelito (sic.)¹⁰".
- Cate:** "para fortificar las gengiuas, y los dientes de los quales mata los gusanos, si los ay criados en ellos¹¹".
- Lycio:** "a las enzias llagadas a las agallas: a los labrios hèdidos¹²".
- Acíbar:** "gargarizado con miel y con vino, es vtil a las agallas, a las enzias, y a todas aquellas partes, que en la boca se encierran¹³".
- Palo de culebra:** "Los q tiene mal olor d boca, o dientes corruptos, la mascà muy de ordinario, y la traè en las cauernas de los diètes podridos: para lo qual es muy loada¹⁴".
- Cardamomo:** "La gente de aquellas tierras vsa mucho del Cardamomo en medicina, y lo mascan con las hojas del Betele y por si solo, para desflemar, y hazer buen olor de boca¹⁵".



Una de las ediciones europeas, en Amberes, 1582, por Carlos Clusius.

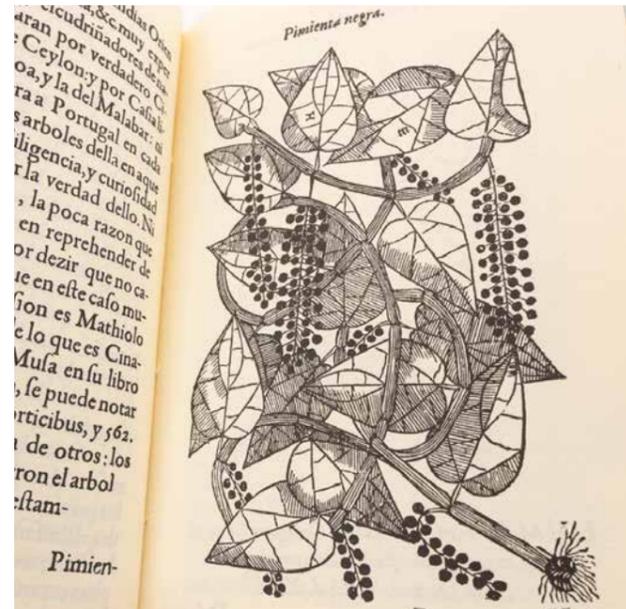


Imagen de la Pimienta negra, para meter en las cavernas de los dientes podridos.

Colofón.

La mayor parte de las trece plantas escogidas por su indicación en padecimientos bucodentales se aplican en aquellas personas que padecen halitosis, mientras que el resto se indica en las lesiones de la mucosa oral, en las encías inflamadas o, también, en el tratamiento de la caries dental. Concretamente en el caso del "Cate" se recomienda esta planta para "matar" los gusanos, aunque no de acuerdo con la ancestral leyenda mágico-religiosa de origen mesopotámico de señalar a estos pequeños animales como los productores de la caries dental sino que se crían en

los agujeros. Si bien el recuento de uso odontológico no es tan amplio como en otros tratados ya estudiados -Monardes y Francisco Hernández-, no deja de ser un complemento en un libro solvente que viene a enriquecer, en teoría, la farmacopea de uso odontológico. Bien pudiera haberse reunido todo ese material, y por su orden, en un compendio de uso exclusivamente odontológico, puesto a disposición de los "dentistas" pero también de los médicos, cirujanos, como practicantes del mismo, pero también de boticarios, como elaboradores y mejoradores de dichos remedios tras cultivarlos en sus jardines.

Notas

1. Sobre la vida y la obra de Acosta, consultar preferentemente: Barona Vilar, J.L. <https://dbe.rah.es/biografias/18433/cristobal-acosta>; Olmedilla Puig, J. *Estudio histórico de la vida y escritos del sabio médico, botánico y escritor del siglo XVI Cristóbal Acosta*. Madrid, Hijos de M.G. Hernández, 1899; López Piñero, J.M. "Acosta, Cristóbal". En López Piñero, J.M., Glick, T.F., Navarro Brotons, V., Portela Marco, E. *Diccionario histórico de la Ciencia moderna en España*. Vol. I. Barcelona, Ediciones Península, 1983, 21-22; Rodríguez Nozal, R. González Bueno, A. *El Tratado de las Drogas de Acosta* (Burgos, 1578). *Utilidad comercial y materia médica de las Indias orientales en la Europa renacentista*. Madrid, Ediciones de Cultura Hispánica, 2000.
2. Acosta, C. *Tratado de las Drogas...* Burgos, Martín de Victoria, 1578, pág. 13.
3. Ídem., pág. 27.
4. Ídem., pág. 33.
5. Ídem., pág. 39. Las nueces moscadas que son frescas, graves, grasas, llenas de humor y sin ningún agujero".
6. Ídem., pág. 63.
7. Ídem., pág. 95.
8. Ídem., pág. 96.
9. Ídem., pág. 118.
10. Ídem., pág. 139.
11. Ídem., pág. 143. (En forma de trociscos).
12. Ídem., pág. 150. (Similar al Cate).
13. Ídem., pág. 209.
14. Ídem., pág. 342.
15. Ídem., pág. 392. (Se refiere a las tierras de Ceilán).



Giano HR

Distribuidor y servicio técnico oficial



El diagnóstico más fiable

Todos los campos que necesitas desde 4x4 hasta 16x18

La mayor resolución del mercado (Voxel 68m).

La Belleza: ¿atributo objetivo o subjetivo? Parte I



Juan Alió Sanz
 Doctor en Medicina y cirugía
 Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid
 Académico de la Pierre Fouchard Academy
 Artista pintor

Cuando hablamos de la belleza, es decir, cuando calificamos “algo” como bello, en realidad, ¿a que nos referimos? Tal vez, podíamos responder que lo “bello” tiene cuatro grandes atributos: **armonía, proporción, simetría y perfección.**

Desde un punto de vista puramente subjetivo, la belleza es algo que es capaz de cautivar el espíritu, un bienestar emocional.

Podemos definir la belleza como una determinada cualidad que tienen algunos elementos o entes de ser capaces de percibirse como placenteros.

Por tanto, podemos decir que la belleza es una cualidad puramente abstracta y subjetiva. Tomas de Aquino *definía la belleza como aquello que agrada a la vista.*

Analizando la belleza desde un punto de vista puramente objetivo, la podríamos definir como una cualidad de determinados entes de transmitir bienestar, independiente de la razón. Es decir, algo es bello en esencia, al margen de quien lo experimente. El subjetivismo analiza la belleza como una cualidad que depende directamente de la razón del espectador. En este sentido, John Locke hablaba de cualidades primarias como aquellas que son independientes del observador y cualidades secundarias como aquellas que se conforman de acuerdo a como el observador las percibe.

Vamos a analizar brevemente la belleza en su cualidad más objetiva y que va ligada inexorablemente a los conceptos de equilibrio y armonía y es que estos dos conceptos son fácilmente objetivables.

Podemos definir el equilibrio como una situación de armonía entre cosas diversas o entre las partes de un todo.

Por tanto, si hablamos de belleza, armonía y proporción y queremos objetivarla lo más posible, intentando eliminar el componente puramente subjetivo, tenemos que conocer el concepto y desarrollo de la llamada **“proporción aurea”.**

Esta proporción tiene un origen puramente matemático y su descubrimiento se debe al matemático Leonardo Pisano (1170-

1240), también conocido como Fibonacci. Este autor estableció la llamada *“sucesión de Fibonacci”* que comienza con el 0 y el 1 y a partir de ahí, cada número siguiente es la suma de los dos anteriores. Si dividimos cada número por su anterior, el resultado se aproxima al **número áureo. (1,61803398874...)**. En la figura 1 aparece un rectángulo con unas medidas indeterminadas. Vamos a trasladar la sucesión numérica a este rectángulo.

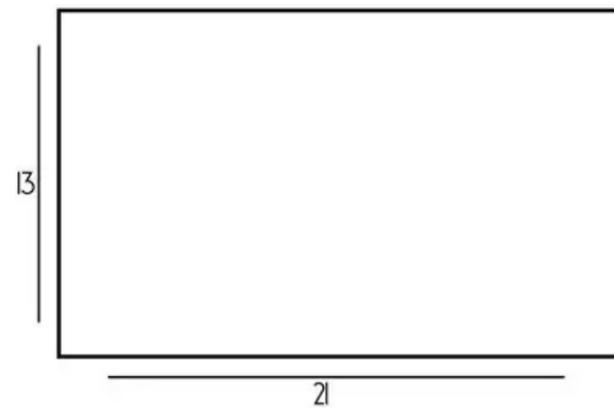


Figura 1.

Siguiendo la sucesión de Fibonacci, la partición sería de la siguiente manera (Figura 2):

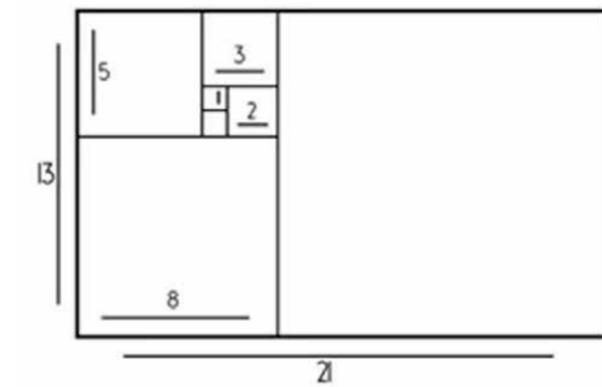


Figura 2.

Al unir los vértices con una línea curva nos aparece la *“Espiral de Oro”* (Figura 3).

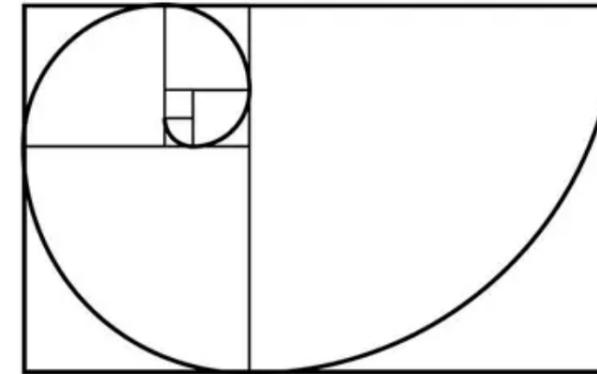


Figura 3.

Marcus Vitruvius Pollio (25 AD) comparaba la forma y estructura del cuerpo humano con la de un edificio perfecto y colocó el cuerpo entre dos estructuras geométricas perfectas como son, el círculo y el cuadrado (Figura 4). Aún sin conocer la proporción áurea, definió el cuerpo humano dentro de esa misma proporción.

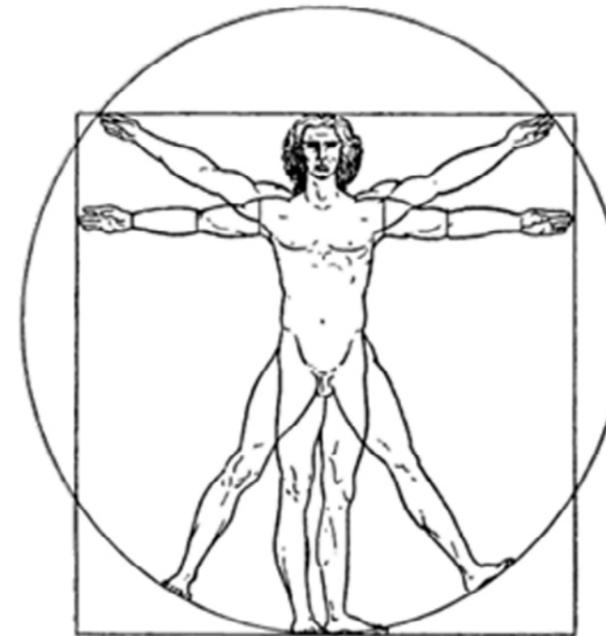


Figura 4.

Adolf Zeising en 1824 diseñó la figura siguiente (Figura 5) para explicar la proporción áurea constante en el cuerpo humano. Para ello divide el cuerpo en cuatro zonas. La primera va desde el borde superior de la cabeza al hombro. La segunda, del hombro al ombligo. La tercera del ombligo a la rodilla y la cuarta de la rodilla a la planta del pie. Cada una de estas zonas se subdivide en cinco segmentos.

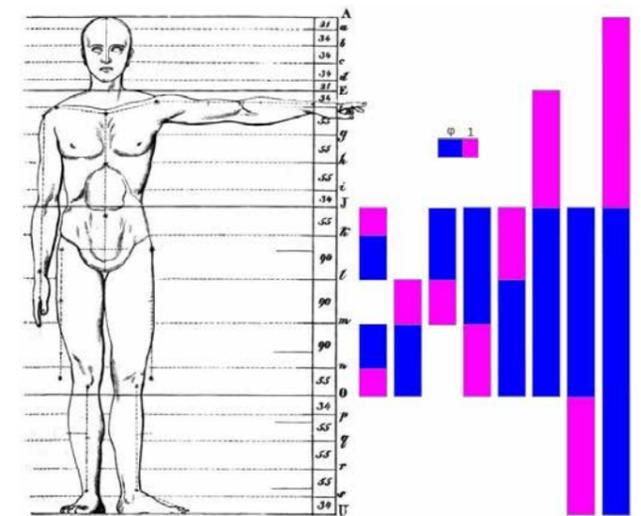


Figura 5.

Los ejemplos de la proporción áurea son casi infinitos, no solo en la propia naturaleza sino en otras construcciones que nos sorprenderían.

Cómo hemos visto, en el cuerpo humano, la proporción áurea es una constante. Por ejemplo, el cociente entre la altura del cuerpo y la distancia del ombligo a la mano nos proporciona el número áureo. Las falanges de la mano están sucesión 6. A nivel facial (Figura 6), la distancia desde la glabella al punto subnasal guarda proporción áurea con la distancia interpupilar.

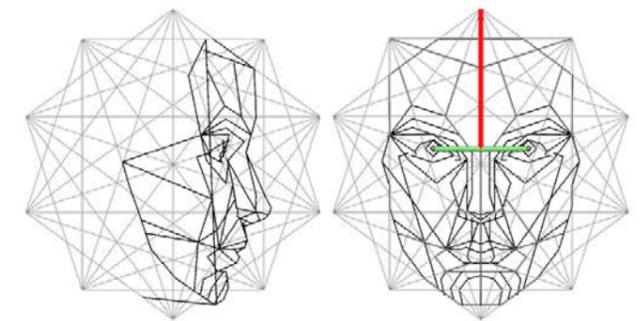


Figura 6.

Otro ejemplo muy demostrativo lo observamos en el pabellón auditivo y cómo este representa de una manera sorprendente por su fidelidad a la *“Espiral de Oro”.*

En general, el cuerpo humano es un ejemplo continuo de proporción aurea en todas sus partes (Figura 7). Ya hemos comentado el tema de la facies en su conjunto, pero si analizamos la cara en detalle observamos innumerables ejemplos de proporción aurea (Figura 8).

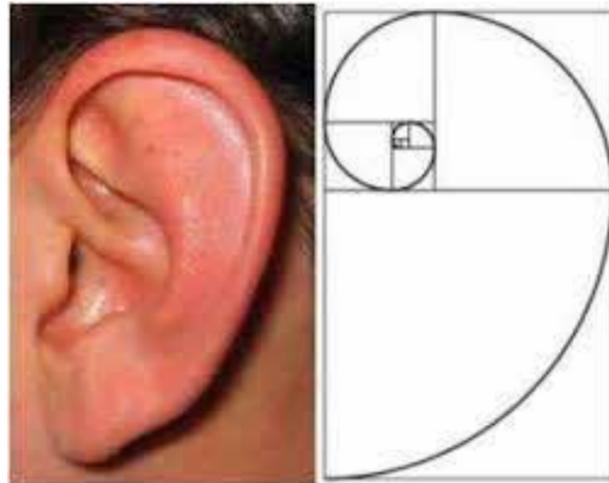


Figura 7.

También los propios dientes (Figura 10) guardan esta proporción, tanto en las dimensiones propias de cada uno, como en la relación de las distintas piezas dentarias.

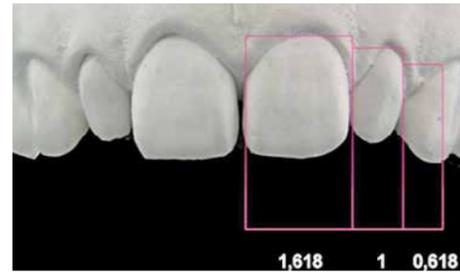


Figura 10.

En la arquitectura, la proporción áurea la podemos observar casi de forma constante (Figura 11).

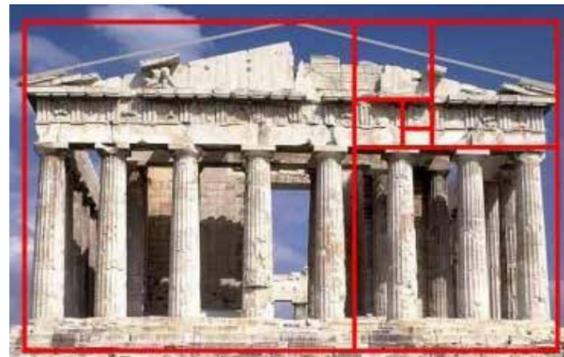


Figura 11.

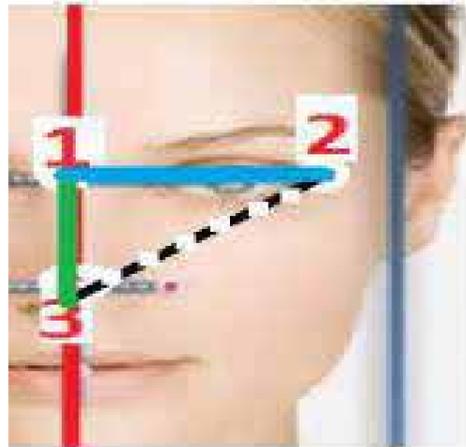


Figura 8.

Los tercios en el perfil facial también guardan esta proporción (Figura 9).

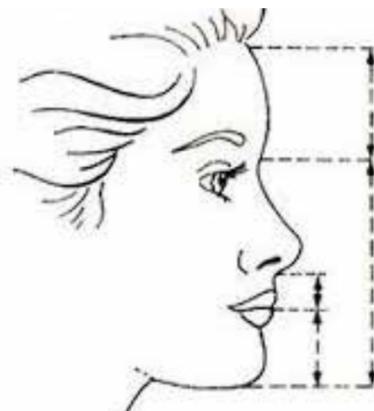


Figura 9.

Resulta sorprendente en la cantidad de objetos que utilizamos diariamente y que guarda esta divina proporción. Por ejemplo, el ratón de nuestro ordenador (Figura 12).

En conclusión, podemos definir a la belleza de un determinado cuerpo, desde un punto de vista puramente objetivo, como aquel ente que guarda proporción y armonía siguiendo las condiciones de la proporción aurea. La naturaleza en su conjunto, acepta y cumple estas proporciones de una forma casi constante. Nuestro cuerpo es un ejemplo perfecto del cumplimiento de los condicionamientos áureos. En el siguiente artículo valoraremos como se cumple en el arte esta proporción de equilibrio y armonía y entraremos en la valoración subjetiva de la belleza.



Figura 12.



IV Jornada Científica sobre Salud Bucodental y Enfermedades Raras
"Papel de las especialidades odontológicas en el tratamiento interdisciplinar de las enfermedades raras"
24 mayo 2023 Creer-Burgos

08:45	Recepción y entrega de documentación
	inauguración y bienvenida
	D. Aitor Aparicio García. Director Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias CREER
09:00-09:30	Dña. Mónica Cano Rosás. Profesora Contratada Doctora. Departamento de Cirugía. Universidad de Salamanca
	D. Emiliano Díez Villoria. Director Instituto Universitario de Integración en la Comunidad INICO
	D. Ricardo Rivero Ortega. Catedrático de Derecho Administrativo. Rector Magnífico de la Universidad de Salamanca.
09:30-10:00	Dr. David Suárez Quintanilla. Catedrático de Ortodoncia. Universidad de Santiago de Compostela
	Crecimiento Dentofacial y tratamiento de Ortodoncia en las Enfermedades Raras en el niño.
10:00-10:30	Dra Mercedes Gallas Torreira. Profesora Titular de Planificación y Gestión de Clínica Odontológica.
	Retos de la Odontología del SIGLO XIX o Retos de la atención odontológica: la digitalización y la bioinformática.
10:30-11:00	Dr. Federico Martínez López. Profesor colaborador de la Universidad de Murcia.
	Programa Integral de Salud Bucodental de la región de Murcia: tratamiento de las enfermedades raras con afectación oral permanente.
11:00-11:15	Ruegos y preguntas
11:15-11:45	Descanso
11:45-12:15	Dr. José María Malfaz Vázquez. Especialista en endodoncia. Presidente de la Asociación Española de Endodoncia.
	Donde está el éxito en la Endodoncia

12:15-13:15	Dra. Maria Dos Reis Serafim. Universidad Católica de Viseu Dra Mónica Cano Rosás. Universidad de Salamanca
	Manejo Ortodóntico Digital y Calidad de vida oral: aplicando los conceptos actuales a las enfermedades raras.
13:15-13:45	Dr. Joaquín de Nova García. Director del postgrado de especialización en Odontopediatría. Universidad Complutense de Madrid.
	La Odontopediatría en el contexto de las enfermedades minoritarias
13:45-14:00	Ruegos y preguntas
14:00-15:30	Descanso
15:30-16:00	Dr. José Luis Vicente Villardón. Profesor Titular. Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca
	El papel de la estadística y el análisis de datos en la ciencia y el estudios de las enfermedades raras.
16:00-16:30	Juan Carrión Tudela. Presidente de FEDER
16:30-17:00	Dr. Manuel Rodríguez Rodríguez. Especialista en Ortodoncia. Profesor Asociado Universidad de Salamanca. Odontólogo de área de atención Primaria en SACYL
	Fallo eruptivo primario, un problema complejo con solución multidisciplinar
17:00-17:15	Ruegos y preguntas
17:15	CLAUSURA D. Aitor Aparicio García. Director Creer Dña. Mónica Cano Rosás. Departamento de Cirugía. U.de Salamanca

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente: D. Aitor Aparicio García y D^a Mónica Cano Rosás

Secretario: D^a Begoña Ruiz García

Vocales: María Dos Reis Serafim , Federico Martínez López

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente: Dra. Mónica Cano Rosás y Dr. David Suarez Quintanilla

Secretario: Manuel Rodríguez Rodríguez

Vocales: Mercedes Gallas Torreira

El Supremo vuelve a proteger a los contribuyentes y prohíbe a Hacienda centrarse únicamente en los aspectos perjudiciales

Ignacio Gutiérrez Galende
Socio en Galende – Buzón Abogados



GALENDE | BUZÓN
Abogados

El Tribunal Supremo en su sentencia de 28 de febrero de 2023 impone el deber de aplicar la “regularización íntegra” en todas las comprobaciones tributarias, es decir, obliga a la Administración a revisar la situación tributaria global en sus inspecciones, tanto si le beneficia como si le perjudica.

El principio de regularización íntegra es de creación jurisprudencial y supone la obligación por parte de Hacienda de tener en cuenta, no solamente las declaraciones o autoliquidaciones presentadas por el sujeto pasivo en relación con el tributo y período que están siendo objeto de comprobación, sino también aquellas declaraciones que, correspondiendo a períodos que no se encuentran dentro del alcance temporal de las actuaciones de comprobación, tienen una incidencia directa en el período que está siendo comprobado.

El origen de esta sentencia se encuentra en un contribuyente que declaró motu proprio una tasa en un ejercicio posterior al que correspondía; y, posteriormente, la Administración, en el marco de una comprobación, le regularizó exigiéndole esa misma tasa, obviando el pago previo, produciéndose de esta forma un supuesto de doble imposición y de enriquecimiento injusto a favor de la Administración.

Hasta la fecha este principio solo se había determinado exigible en los procedimientos de Inspección, pero no los de Gestión tri-

butaria, a raíz de esta Sentencia este principio se amplía y las principales conclusiones que se extraen son:

- El principio de regularización íntegra desarrolla su potencialidad en el curso de la regularización correctora de la Administración tributaria pudiendo afectar a periodos, conceptos tributarios o sujetos distintos a los determinantes del ámbito objetivo inicial del procedimiento comprobador de que se trate, y tiene por objetivo llevar a cabo todas las correcciones y ajustes necesarios para rectificar o establecer la situación tributaria de manera global, tanto si beneficia a la Administración como si la perjudica. Se trata de un principio vinculado con principios sustantivos (como el de justicia tributaria, del que son corolarios el evitar la doble imposición y las situaciones de enriquecimiento injusto), y con principios de orden procedimental (eficacia, economía y proporcionalidad en el ámbito de una organización al servicio de los intereses generales).
- En el caso en concreto, la Administración conocía, o debía conocer, que la misma tasa objeto de la regularización, ya había sido declarada en un ejercicio posterior y, por tanto, originaron un ingreso antes de la apertura del procedimiento de comprobación. Al ignorar esta circunstancia se ha producido una doble imposición innegable, pues un mismo hecho se han sometido dos veces, primero en el año objeto de la comprobación y, después, en el año siguiente, por el importe indebidamente declarado y no devuelto.
- No puede justificarse el argumento basado en el principio de estancamiento, esgrimido por la Administración. Defender su aplicación en este caso, señala el Tribunal, no sólo haría inviable la aplicación del principio de regularización íntegra en muchos de los supuestos en que sería posible, sino que también impediría a la Administración comprobar hechos que afectasen a una pluralidad de periodos o ejercicios que dogmáticamente pudieran considerarse como estancos o incommunicables.

Esta Sentencia se suma a las últimas resoluciones que el Tribunal Supremo ha dictado en favor de los contribuyentes, siendo un nuevo arma de defensa de estos ante cualquier comprobación, Inspección o Gestión, pudiendo exigir que se revisen todos los elementos tanto los favorables para Hacienda como los favorables para el contribuyente.



TICARE en el Congreso
SEPA-Sevilla 2023

ticare

Conferencia Prof. Mariano Sanz en SEPA'23 | Ticare (2-junio)

El Fórum Corporativo Ticare “Gestión de la Periimplantitis” se integra en el **Simposio de Salud Periimplantaria** dentro del programa oficial de Periodoncia de Sepa Sevilla. La ponencia la impartirá el **Prof. Mariano Sanz**, quien hablará sobre “El concepto del implante individualizado” el próximo 2 de junio.

Conseguir que cada paciente candidato a recibir un implante dental disponga del mejor tratamiento posible, que se ajuste realmente a sus necesidades y características, es un objetivo ampliamente perseguido en la terapéutica de implantes. Ahora, gracias a los avances técnicos y de conocimiento que se han registrado en los últimos años, este deseo se convierte en realidad.

La sesión servirá para mostrar la evidencia científica que avala el concepto del implante individualizado en el ámbito de la **Cátedra UCM-Ticare**, bajo la dirección del Prof. Mariano Sanz. El último estudio publicado bajo esta cátedra “Resultados a un año de implantes dentales con un macrodiseño de superficie híbrida colocados en pacientes con antecedentes de periodontitis” se puede consultar en la página web de Ticare.

Conferencia Dr. Alberto Monje en SEPA'23 | Ticare (2-junio)

El Dr. Alberto Monje impartirá una conferencia en Sepa Sevilla con el patrocinio Ticare bajo el título “Mínima invasión en reconstrucción de defectos alveolares”.

Las complicaciones biológicas y estéticas son el resultado en ocasiones de insuficiencia ósea y de tejidos blandos. En esta conferencia se aportará una estrategia terapéutica basada en regeneración ósea guiada efectiva y predecible para zonas con rebordes edéntulos o donde la extracción de implantes está indicada debido a periimplantitis de severidad avanzada.

Conferencia Dr. Juan Blanco en SEPA'23 | Ticare (2-junio)

El Dr. Juan Blanco impartirá una conferencia en Sepa Sevilla con el patrocinio Ticare sobre la relevancia clínica del pilar intermedio en implantes bone-level.

Recientemente se han publicado en Clinical Oral Implants Research los resultados del estudio desarrollado bajo la Cátedra USC-Ticare sobre utilizar o no pilar intermedios estandarizados en implantes que soportan prótesis parciales atornilladas. Un nuevo ensayo clínico, bajo la dirección del Dr. Juan Blanco, quien compartirá dichos resultados durante la conferencia.

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