

ODONTÓLOGOS de hoy

Volumen 15
Nº 76 abril - mayo 2026



Alberto Monje
Patrono Fundación Moving for Care
Periodoncista



F. Javier Membrillo
Presidente de la Sociedad Española
Enfermedades Infecciosas y
Microbiología Clínica



EXPODENTAL 2026

**Reforma de la ley de Ordenación de
las Profesiones Sanitarias.
Una llamada a la movilización
(Dra. D. Temprano)**

sepes26 | MÁLAGA 8-10 OCT
55º CONGRESO ANUAL

Zirkonzahn[®]
Human Zirconium Technology

ticare
MOVING FOR CARE

NSK

MC
ACADEMIA FOTOGRÁFICA

FINCLINIKS[®]
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

30 años
1994-2024

sonría
xfavor

RETRATAMIENTOS

ZERO

NO DEJES QUE LA PERIIMPLANTITIS REDUZCA TUS BENEFICIOS



incidencia periimplantitis en paciente



sobrecoste de materiales

Coste oportunidad:



hora de tratamiento

Coste hora/sillón periimplantitis: 600€



pérdida de beneficio

Disminución satisfacción paciente = menos ★★★★★ valoración a la clínica



39,5%
pacientes presentan complicaciones en el seguimiento a 10 años.



citas adicionales por aflojamientos de tornillos



Descarga el informe aquí.

GAP ZERO
TECHNOLOGY

ticare

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 Reforma de la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias): una llamada a la prudencia (y a la coherencia) en defensa de la odontología
- 🕒 El reconocimiento de la Odontología pública
- 🕒 Me gustaría ser valiente, pero mi dentista me asegura que no lo soy

Tribuna de salud pública. 12

- 🕒 Allí donde empieza la salud: “tres décadas tejiendo la odontología pública con vocación y compromiso”

Actualidad 15

- 🕒 Comentarios a la salud oral en España en el último cuarto de siglo
- 🕒 Reunión Ibérica de profesores de prosthodontia
- 🕒 EXPODENTAL 2026 – Más de 20.000 visitantes
- 🕒 International College of Dentists. Reunión en Lisboa
- 🕒 SEPES CLÍNICA - Reunión en torno a los protocolos de rehabilitación oral
- 🕒 Carmen Keogh, presidenta de los dentistas de Navarra
- 🕒 Sociedad Española de Laser y Fototerapia en Odontología
- 🕒 Sigüenza nombró “Hijo Predilecto” al Dr. Francisco Javier Sanz Serrulla
- 🕒 Congreso Mediterraneo de Ortodoncia

Entrevista 30

- 🕒 F. Javier Membrillo
- 🕒 Alberto Monje

Ciencia y salud. 38

- 🕒 Una buena correlación clinicopatológica periódica elemento fundamental de la valoración pronóstica y terapéutica de la leucoplasia oral
- 🕒 Interacción entre factores protésicos y sistémicos en la periimplantitis

Historia de la Odontología 46

- 🕒 La dentista Madame Antoine Burillot, et fils (Rafael y Ramón Alcaide Burillot)

Cultura 52

- 🕒 EL DOCTOR G Y LA CLÍNICA DEL FUTURO

Gestiona tu consulta. 54

- 🕒 Cómo fijar honorarios en Odontología

Formación 56

Empresas 57

EDITOR

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín. México

TRIBUNA DE SALUD PÚBLICA:

F. Javier Cortés Martinicorena

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

get it!

Esteriliza mucho más

Acelera tus flujos de trabajo. Con mayor capacidad, lograrás más, más rápido.

iClave 24

REF: 92412B0100

AUTOCLAVE DE CLASE B DE 24 L

- Autoclave Clase B de 24 L
- 5 ciclos disponibles: B Universal, B Prion, B Rápido, B121, S Rápido
- Dimensiones: 41,5 x 49,2 x 66,9 cm (An x Al x Pr)

3.799€

40.496€

COMPRA YA PAGA LUEGO
* Paga durante 10 meses sin interesese

SOLO **379,90€/MES**



COMPRA YA PAGA LUEGO

* Paga durante 10 meses sin interesese

SOLO **369,90€/MES**



iClave 18

REF: 91812B0100

AUTOCLAVE DE CLASE B DE 18 L

- Autoclave Clase B de 18 L
- 5 ciclos disponibles: B Universal, B Prion, B Rápido, B121, S Rápido
- Dimensiones: 41,5 x 49,2 x 66,9 cm (An x Al x Pr)

3.699€

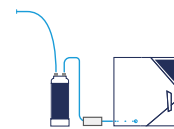
9.578€

Demin30

Demin30 Kit

REF: 98001000

Denim30 - Sistema de agua de conexión directa



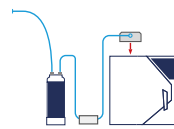
369€

617€

Demin30 Kit

REF: 98001010

Denim30 - Sistema de agua de carga superior



459€

767€

Demin30 Cartucho

REF: 230000

Denim30 - Filtro de resina desmineralizadora



249€

385€



Un ministerio sin competencias presuntamente incompetente

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

La transferencia de la gestión sanitaria a las comunidades autónomas dejó al Ministerio de Sanidad con un margen de actuación limitado. Sobre el papel, esto debería traducirse en un papel coordinador, técnico y estratégico. En la práctica, sin embargo, asistimos a una paradoja inquietante: pocas competencias para mejorar, pero suficiente capacidad para empeorar las cosas.

La situación actual lo ilustra con claridad. España atraviesa una huelga prolongada de médicos y facultativos como nunca se había visto: semanas de paro, una unidad profesional poco habitual y un conflicto enquistado hasta el punto de requerir la intervención del presidente del Gobierno. Mientras tanto, los consejeros autonómicos de sanidad —teóricos responsables de la gestión asistencial— observan con preocupación cómo la falta de diálogo desde el ministerio agrava una crisis que no han provocado ellos.

Las consecuencias son tangibles. Las listas de espera, cuyo control recae en las comunidades autónomas, se ven tensionadas por factores externos a su gestión directa. Cuando el marco estatal falla en lo esencial —la negociación, la regulación coherente, la planificación—, todo el sistema se resiente.

Pero el problema va más allá del conflicto laboral. Afecta a la seguridad y a la calidad asistencial. Existen normas estrictas que limitan las horas de trabajo de un piloto de avión, y nadie las discute: están diseñadas para proteger vidas. Resulta difícil entender por qué ese mismo principio no se aplica con igual rigor en la sanidad. Hoy, un médico puede encadenar jornadas de más de 18 horas y, aun así, verse obligado a tomar decisiones críticas o realizar intervenciones quirúrgicas. No es solo una cuestión de derechos laborales; es una cuestión de sentido común. Nadie querría estar en manos de un profesional exhausto en un momento vital.

A esto se suma otro frente preocupante: la tendencia a redefinir categorías profesionales en función de horas lectivas en lugar de responsabilidades reales. En sanidad, la clave no debería ser cuánto tiempo se ha pasado en formación, sino qué decisiones se toman y qué responsabilidad se asume. ¿Quién responde ante un diagnóstico? ¿Quién define un tratamiento? Diluir estas líneas no fortalece el sistema, lo debilita.

Hoy, un médico puede encadenar jornadas de más de 18 horas y, aun así, verse obligado a tomar decisiones críticas o realizar intervenciones quirúrgicas

La comparación con la aviación vuelve a ser útil. Un piloto asume la responsabilidad final, pero lo hace sobre una aeronave revisada por especialistas. En la sanidad, el facultativo no solo “pilota”: también diagnostica, decide y, en muchos casos, compensa fallos estructurales del sistema. Esa sobrecarga no es sostenible.

Conviene, además, no ignorar la que se avecina. **A la odontología pretenden rebajarla de categoría con estos cambios.** Si no se reacciona a tiempo el daño será irreparable y lamentablemente nos encontramos en un contexto de representación institucional anquilosada y poco dinámica que, si no despertamos nos augura lo peor.

Reforma de la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias): una llamada a la prudencia (y a la coherencia) en defensa de la odontología



M. Dolores Temprano Maroto
Médico-Odontólogo

El debate en torno a la posible reforma de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) ha vuelto a poner sobre la mesa una cuestión tan recurrente como delicada: **la redefinición de competencias en el ámbito sanitario**. Sin embargo, en esta ocasión, la preocupación no radica únicamente en el contenido de los cambios, sino en la dirección que parecen apuntar: una progresiva flexibilización de las funciones clínicas que, en el caso de la odontología, podría afectar directamente a competencias esenciales como el diagnóstico, la planificación terapéutica o la prescripción.

La LOPS (Ley 44/2003) nació con un objetivo claro: **garantizar que cada acto sanitario fuera realizado por el profesional con la formación adecuada, en beneficio de la seguridad del paciente** (Ley 44/2003, BOE nº 280). Este principio, lejos de ser una formalidad jurídica, constituye uno de los pilares sobre los que se ha construido la calidad del sistema sanitario español. **Alterarlo exige algo más que voluntad reformista; exige evidencia, consenso y una evaluación rigurosa de las consecuencias.**

En este contexto, resulta llamativo que algunas de las propuestas que se han deslizado apunten a ampliar competencias hacia categorías profesionales con menor nivel de formación académica. No se trata aquí de cuestionar el valor de otros profesionales sanitarios —cuya labor es imprescindible—, sino de subrayar una realidad incuestionable: **no todas las competencias son transferibles sin más, especialmente cuando implican juicio clínico complejo.**

La LOPS nació con un objetivo claro: garantizar que cada acto sanitario fuera realizado por el profesional con la formación adecuada, en beneficio de la seguridad del paciente

Diversos organismos internacionales han insistido en la importancia de mantener una clara delimitación de funciones en los equipos sanitarios. La *World Health Organization* ha señalado que la redistribución de tareas (“*task shifting*”) puede ser útil en determinados contextos, pero siempre bajo condiciones estrictas de formación, regulación y supervisión (WHO, 2008). **Aplicar este enfoque de manera global en sistemas sanitarios consolidados no parece, precisamente, una decisión prudente.**

Aplicar la redistribución de tareas (“task shifting”) este enfoque de manera global en sistemas sanitarios consolidados no parece, precisamente, una decisión prudente

La literatura científica respalda esta preocupación. Publicaciones como el *Journal of Dental Education* o el *British Dental Journal* han demostrado que la calidad del diagnóstico y la toma de decisiones clínicas están directamente vinculadas al nivel de formación del profesional. Relajar este criterio no es una medida neutra: tiene consecuencias clínicas reales.

A ello se suma la dimensión jurídica. Informes del Consejo General del Poder Judicial advierten de que la ambigüedad en las competencias puede traducirse en inseguridad jurídica y en un aumento de la litigiosidad. Cuando las funciones se difuminan, también lo hacen las responsabilidades.

En odontología, la especificidad es clave, pues por **ahora el odontólogo es el único profesional con capacitación legal y formativa para realizar diagnósticos bucodentales completos y establecer planes de tratamiento integrales**. Sin embargo, la respuesta institucional ante este tipo de debates no siempre ha estado a la altura del desafío. Existe una sensa-

ción entre los profesionales de base de que las instituciones lleguen tarde, reaccionan con una cautela excesiva y, en ocasiones, parecen más adaptarse al contexto que liderarlo.

Pero, además, hay un elemento adicional que no puede ignorarse en el caso de los odontólogos y estomatólogos que ejercen en la Sanidad Pública: la conexión directa entre la reforma de la LOPS y la modificación del Estatuto Marco del personal estatutario.

El odontólogo es el único profesional con capacitación legal y formativa para realizar diagnósticos bucodentales completos y establecer planes de tratamiento integrales

La reordenación de competencias que afecta a toda la profesión no parece un fin en sí mismo, sino un instrumento necesario para rediseñar categorías profesionales dentro de la sanidad pública. Y es precisamente ahí donde la odontología podría verse especialmente afectada, en un sistema donde ya ha tenido históricamente una presencia limitada y con cambios que pueden ser de calado para todos.

En este contexto, la preocupación no es menor: **existe el riesgo de que, bajo el argumento de la eficiencia organizativa, se produzca una equiparación funcional que no respete las diferencias reales de formación y responsabilidad clínica**. No se trata de establecer comparaciones simplistas entre profesiones, pero tampoco de ignorar que no todas parten del mismo nivel de capacitación para asumir determinadas funciones clínicas.

La colaboración interdisciplinaria es necesaria y deseable. **Pero colaboración no es sustitución**. La calidad asis-

tencial depende, en gran medida, de que cada profesional actúe dentro de su ámbito competencial, con claridad y responsabilidad.

Llegados a este punto, la profesión debería hacer también un ejercicio de memoria. La adaptación al Proceso de Bolonia redefinió el encaje académico de la odontología en Europa, alejándola definitivamente de su consideración histórica como especialidad médica. Aquella transformación marcó un antes y un después. Hoy, el riesgo es avanzar un paso más en esa pérdida progresiva de posicionamiento.

Por todo ello, este no es un momento para la pasividad. Es un momento para que la profesión despierte, para que las bases se hagan oír y para que las instituciones asuman un liderazgo claro y sin ambigüedades. Porque cuando las competencias se diluyen, no solo pierde una profesión: pierde el sistema sanitario en su conjunto.

La odontología no necesita privilegios. Pero tampoco puede aceptar retrocesos, se ha empezado con una consulta pública a la ciudadanía, abierta ante un anteproyecto. Ha sido una oportunidad para empezar a despertar.

Porque lo que hoy se presenta como una reorganización técnica, mañana puede consolidarse como una pérdida irreversible de competencias. Y entonces ya no será el momento de reaccionar, sino de lamentar no haberlo hecho a tiempo.

Porque lo que hoy se presenta como una reorganización técnica, mañana puede consolidarse como una pérdida irreversible de competencias



Dr. Med. Dent. Holger P. Meiser – Holger Dental Group, Minnetonka, EE. UU.
TPDM Alexander Lichtmannegger – Zirkonzahn Education Center Brunico, Sudtirolo, Italia

PRETTAU® SKIN®

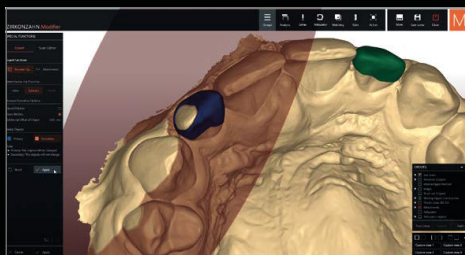
RESTAURACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA CON CARILLAS PRETTAU® SKIN®

- *Determinación de la tonalidad dental con la guía de colores Zirkonzahn Shade Guide Prettau® Line*
- *Realización de tres guías de preparación (incisal, vestibular, proximal) para los dientes 12 y 22; preparación mínimamente invasiva del tejido dental*
- *En el software Zirkonzahn.Modifier: diseño de las veneers ultra delgadas Prettau® Skin® con un espesor mínimo de aprox. 0,15 mm*
- *Elaboración de las estructuras de zirconia Prettau® 4 Anterior® Dispersive®; posterior caracterización con ICE Stains 3D by Enrico Steger y estratificación mínima con Fresco Enamel Fluo*

MÁS INFORMACIÓN
SOBRE EL CASO



r.zirkonzahn.com/pbw



El reconocimiento de la Odontología pública



*Dr. Manuel Ribera Uribe, JMD, DDS, PhD
 Profesor de Gerodontología, Pacientes Especiales y Prosthodontia,
 Presidente del Comité de Ética en Investigación y Medicamentos UIC (Universitat Internacional de Catalunya),
 Académico de la Pierre Fauchard Academy*

No se si todo el mundo sabrá que el título de odontólogo nació en España a inicios del pasado siglo, en 1901. Odontólogos fueron los que cuidaron los dientes de nuestros abuelos y bisabuelos hasta el período 1944-48. Los que ya peinamos canas recordamos incluso a odontólogos ya mayores trabajando en lo que entonces era la Seguridad Social. A partir de entonces la odontología pasó a ser una especialidad de la medicina con el nombre de Estomatología. Supuso eso un cambio sustancial en la formación y en el reconocimiento social y profesional de los dentistas. En 1987, la presión de Europa y la necesidad de adaptación al marco europeo hizo que la Estomatología desapareciera y los dentistas volvieran a ser Odontólogos (licenciados en Odontología hasta que el Plan Bolonia los convirtió en Graduados en odontología). Independientemente de la integración normativa y de la adecuación formativa en Europa, la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) dejó claro que odontólogos y médicos son profesionales sanitarios titulados sin ninguna relación de subordinación, con el mismo nivel de titulación, la misma responsabilidad, la misma capacidad diagnóstica (cada uno en su campo). Sobre el papel legalmente no hay desigualdad, sin embargo, la desigualdad existe obviamente desde el punto de vista estructural y organizativo.

La raíz del problema se encuentra por una parte en el sistema de especialidades. La medicina pública toma como eje el sistema MIR. Todos los médicos que trabajan en atención primaria son Médicos Especialistas en medicina familiar y comunitaria. Los dentistas que trabajan en Atención primaria son odontólogos generales (no hay ni MIR odontológico ni especialidades).

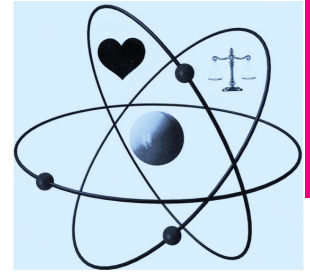
A Ortega y Gasset se le atribuye la frase “Un país que no cuida a sus profesionales, no cuida su futuro.” Los odontólogos públicos

carecen por parte de la Administración del mismo reconocimiento que los médicos (pese a su igualdad jurídica y profesional). Tienen menor acceso a la carrera profesional, menor retribución base, diferente encuadre en los convenios y desde luego menor progresión profesional especialmente en el acceso a los puestos de gestión y planificación.

En España todo gira en torno al MIR. Los dentistas para aspirar al reconocimiento igualitario de modo real necesitarían “parecerse a los médicos especialistas”. No es así en otros países donde, desde el principio, la odontología se incluyó en el sistema de salud. Aquí la asistencia sanitaria se centró en la medicina hospitalaria y más tarde en la primaria. Los primeros médicos estomatólogos empezaron a integrarse en el sistema sanitario en los años 70 dentro de un planteamiento altamente restrictivo en cuanto a prestaciones para la odontología, planteamiento que persiste.

En todo este tiempo la realidad social ha cambiado y las estructuras administrativas no lo han hecho con la rapidez y la flexibilidad necesarias con lo que el sistema se ha vuelto injusto. Injusto para los pacientes por cuanto pretendiendo la equidad no la ha conseguido, al contrario, aumenta las diferencias. Y también injusto para los profesionales (en este caso los dentistas). Decía Napoleón que las instituciones deben adaptarse a las necesidades de los hombres, pero es que además deben reconocer el esfuerzo de los que las componen. La odontología pública precisa un gran cambio estructural y organizativo. El largo recorrido de los dentistas los ha llevado, de facto, desde el antiguo sacamuelas hasta llegar a estar profesional y legalmente al mismo nivel que los médicos. No se ciertamente a que espera la Administración para reconocerlo en todos sus aspectos.

Me gustaría ser valiente, pero mi dentista me asegura que no lo soy



Irene Roch

La boca es una maravillosa creadora de sonrisas, capaz de materializar todos los tipos de besos e imprescindible para proclamar todas las palabras. Pero la boca también es un medio hostil: permanentemente húmeda, con temperaturas extremas que oscilan entre los 0 y 60 grados centígrados y donde se ejercen las mayores fuerzas biomecánicas por centímetro cuadrado de nuestro organismo en el diario esfuerzo para masticar. Los dientes son sus habitantes naturales. La han acompañado durante toda su evolución y son indispensables para que todas sus funciones puedan ser llevadas a cabo. A ello se suman las exigencias estéticas y que, cuando sucumben a la hostilidad, sus restauraciones tengan que ser realizadas con materiales igual de resistentes y lo menos visibles posible. En todo caso, se ven obligados a ser fuertes ante la compresión, soportar la flexión y la tensión en grados extremos y resistir la corrosión por la humedad, los cambios de temperatura y la acidez. Pero cuando se produce dolor en los mismos, este dolor es insufrible e insoportable. *"Me gustaría ser valiente, pero mi dentista me asegura que no lo soy"*, afirmaba nada menos que Jorge Luis Borges, el maestro de las palabras medidas exactas, para definir, con un simbolismo dentario, su manera personal de afrontar la vida a través de su boca y sus dientes. Permítanme que me quede con esta expresión de valentía subyugada al dolor causado por los dientes, que el maestro argentino expresaba con palabras exactas. De su mano, quiero referirme a la patrona de la Odontología y a su significado en nuestra profesión, ahora que acabamos de celebrar su festividad en todos los territorios de nuestro país.

En el año 200 de nuestra era, nació en Egipto, más concretamente en la ciudad de Alejandría, Apolonia. Era hija de un cualificado funcionario por lo que recibió una educación de excelencia que sin duda potenció sus grandes aptitudes innatas para el conocimiento y la reflexión. Además, tenía a su disposición la Biblioteca de Alejandría, lo que debió reforzar su formación y sus dotes intelectuales. La tradición dice que Apolonia se convirtió al cristianismo cuando observó que su madre rezaba a la Virgen María para poder concebir más hijos

y, fruto de la formación adquirida a través de sus estudios, parece ser que predicó la fe cristiana desde su juventud, llegando a ocupar uno de los grados máximos de la jerarquía católica: dictante de catequesis.

Entre los años 244 y 248, el emperador Filipo el Árabe preparaba la conmemoración festiva del milenio de la fundación de Roma. Aunque Filipo era pro-cristiano, no evitó que se cometieran sangrientas atrocidades contra los cristianos tras profetizarse diversas calamidades, siendo víctimas de repetidas y sangrientas persecuciones pues representaban un ataque a las creencias politeístas y al orden administrativo establecido. Todas estas persecuciones desembocaron, al final de su imperio, en la conocida como "persecución de Decio", que fue especialmente cruenta.

En ese revuelo y agitación social, Apolonia fue acusada de promover el levantamiento contra la autoridad romana siendo sentenciada a recibir castigo corporal en la boca con la extracción violenta de todos sus dientes y la destrucción de sus maxilares a golpes. ¿Pueden imaginarse mayor tortura...?

San Dionisio, obispo de Alejandría en aquella época, relata los sufrimientos de sus feligreses en una carta dirigida a Fabio, obispo de Antioquía, que se ha conservado. En ella relata que *"en ese tiempo Apolonia, parthénos presbytis (se refiere al cargo de catequista), era considerada importante. Esos hombres la agarraron y con repetidos golpes rompieron todos sus dientes. Entonces amontonaron palos y encendieron una hoguera afuera de las puertas de la ciudad, amenazando con quemarla viva si ella se negaba a repetir, después de ellos, palabras impías, como blasfemias contra Cristo o invocación a dioses paganos. A petición propia, fue ligeramente liberada, saltando ella rápidamente sobre el fuego, quemándose hasta la muerte"*.

El martirio de Apolonia se hizo muy popular durante la Edad Media, tal y como narra Santiago de Vorágine en términos parecidos a los de san Dionisio en la Leyenda dorada, texto fundamental



Martirio de Santa Apolonia, 1603, obra de Guido Reni. Temple sobre lámina de cobre. Museo Nacional del Prado, España.

para la hagiografía cristiana medieval: *"ofrendando devotamente su alma a Dios y dispuesta a sufrir cuantas penalidades quisieran infligir a su castísimo cuerpo dejóse conducir por los malvados esbirros, los cuales lo primero que hicieron al apoderarse de*

la virtuosa virgen fue romperle todos sus dientes con satánica crueldad".

En el siglo XIII, el médico portugués Petrus Hispanus que posteriormente se convertiría en el Papa Juan XXI, en su obra *"The-saurus pauperum"* proponía: *"todo hombre que tenga mal de dientes y se encomiende a Santa Apolonia, y haga oración se le quitará el dolor"*, creando la costumbre de encomendarse a Santa Apolonia o hacerle una "oración" cuando se padecía con los dientes. Esta costumbre se consolidó, alcanzándose la creencia popular de que si cuando se sufría un dolor en la dentadura se rezaba a Santa Apolonia, el dolor desaparecía.

Elevada a la condición de mártir y, posteriormente, santa, *Apolonia* acabó siendo considerada la patrona de la Odontología. Debido a la tradición según la cual le fueron extirpados los dientes como parte esencial de su tortura, a santa Apolonia se la representa en la iconografía como una joven doncella sosteniendo en la mano unas tenazas y sus dientes arrancados sobre una bandeja, junto con la palma simbólica del martirio sufrido. Su festividad se celebra todos los 9 de febrero.

En el ámbito popular, aparece en multitud de coplas, canciones y rimas a lo largo de la historia y la literatura del Siglo de Oro también la recoge con gran frecuencia. Les dejo, para finalizar por hoy, dos de mis referencias preferidas, del Quijote y de la Celestina:

"¡cuitada de mí! –replicó el ama–. ¿La oración de Santa Apolonia dice vuestra merced que rece? Eso fuera si mi amo lo fuera de las muelas, pero no lo ha sino de los cascós".

"(Celestina a Melibea): una oración, señora, que le dixerón que sabías de Santa Apolonia para el dolor de muelas".

Allí donde empieza la salud:

“tres décadas tejiendo la odontología pública con vocación y compromiso”



*M. Carmen Trullols Casas
Odontóloga. Máster en Cirugía bucal e Implantología.
Odontóloga de Atención Primaria.
Vocal de SESPO y co-presidenta de EADPH 2017-2018.*

A lo largo de treinta años he tenido la fortuna de recorrer caminos muy diversos dentro de la odontología, siempre con una misma idea en mente: trabajar para que la salud bucodental forme parte esencial de la salud integral de las personas. Cuando recibí la invitación para escribir este artículo, lo viví como una oportunidad para detenerme y reflexionar sobre un trayecto profesional que, más que una sucesión de etapas ha sido un compromiso constante y evolutivo con la salud pública bucodental. Una mirada atrás por lo construido, pero también consciente de los retos que aún debemos afrontar.

Mi trayectoria en la odontología pública empezó en 1996, en un momento en el que los programas comunitarios dependían en gran medida del esfuerzo individual de profesionales que creíamos firmemente en la prevención. Mi formación como Máster en Cirugía e Implantología en la UB marcó profundamente mi manera de ejercer. Pronto constaté una realidad a menudo poco reconocida: la odontología de atención primaria es quirúrgica, aunque está fuera del ámbito hospitalario, resolviendo situaciones complejas con recursos limitados y un alto nivel de responsabilidad clínica.

Más adelante, en 2008, asumir la organización del congreso nacional de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO) supuso un punto de inflexión. No solo consolidó mi vínculo con esta sociedad científica, sino que me permitió descubrir una comunidad rigurosa y profundamente comprometida con la equidad. A partir de entonces, mi incorporación a su junta directiva ha guiado buena parte de mi actividad profesional y científica. Durante tres años fui la directora del programa PADI del Servicio de Salud Balear, y

La odontología de atención primaria es quirúrgica, aunque está fuera del ámbito hospitalario

mi crecimiento en este ámbito traspasó las fronteras con una perspectiva internacional a través de mi participación desde 2016 en la European Association of Dental Public Health (EADPH), primero como representante de SESPO, y en 2018 con la responsabilidad de organizar su congreso europeo en Palma de Mallorca.

Esta colaboración me permite participar en varios estudios internacionales que demuestran que, aunque los contextos sanitarios difieran entre países, los grandes desafíos de la salud bucodental —los determinantes sociales, las desigualdades en el acceso o la necesidad de políticas preventivas— son universales y requieren una visión coordinada y ambiciosa. La epidemiología demuestra claramente que la caries, la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes o los hábitos preventivos siguen patrones estrechamente ligados a factores socioeconómicos. Estos datos nos obligan a exigir políticas públicas sensibles a la realidad social y estrategias preventivas que no dejen atrás a los grupos más vulnerables.

Nuestro país cuenta con un sistema odontológico mayoritariamente privado, donde la odontología pública sigue siendo minoritaria, poco conocida por la ciudadanía y con una cartera de servicios limitada. Los avances logrados en los últimos años, como la ampliación de la cartera común de servicios, son pasos necesarios hacia una mayor equidad, pero todavía insuficientes para garantizar un acceso justo y sostenido en todas las etapas de la vida.

El carácter descentralizado del sistema sanitario español añade complejidad a este escenario. Las diferencias en prioridades políticas y asignación presupuestaria entre comunidades autónomas dificultan una estrategia nacional coherente. Aunque ya existe una estructura de coordinación interregional que incluye al Ministerio de Sanidad, sociedades científicas como SESPO, el Consejo General de Dentistas y representantes autonómicos, resulta imprescindible reforzarla y dotarla de mayor legitimidad, incorporando la voz de las asociaciones de pacientes.

En paralelo, una parte significativa de mi trabajo se ha centrado en la atención a colectivos especialmente desfavorecidos, como las personas con discapacidad intelectual y neuromuscular. He colaborado con Aspace y con otras entidades sociales. Este ámbito es un reto que exige sensibilidad, formación continua y una auténtica visión comunitaria.

Desde el punto de vista organizativo, considero que el modelo más adecuado para avanzar hacia una mayor equidad pasa por fortalecer progresivamente un sistema público que cuente con la colaboración del sector privado. Aunque la cobertura universal total es un objetivo deseable, a corto plazo resulta poco viable debido a la limitada capacidad asistencial del sector público. Un modelo mixto, bien regulado, permitiría ampliar la cobertura sin renunciar a la calidad ni a la equidad.

En cuanto a prestaciones, debemos ser ambiciosos y claros. El sistema debe garantizar la prevención y el tratamiento de las principales enfermedades bucales en todas las etapas de la vida, asegurando además el acceso universal a los tratamientos que permitan mantener la función, la nutrición y la calidad de vida.

Con toda esta experiencia acumulada, sigo defendiendo que la especialidad odontológica que tendría verdadero sentido en el sistema español sería la de Odontología de Familia y Comunitaria.

Un modelo con formación reglada y supervisada en centros públicos, capaz de integrar la prevención y los tratamientos. Renunciar a este modelo sería un error que acabaría pagando la ciudadanía, especialmente quienes dependen del sistema público para proteger su salud bucodental.

La especialidad odontológica que tendría verdadero sentido en el sistema español sería la de Odontología de Familia y Comunitaria



Con la mirada puesta en el futuro, afronto con ilusión mi participación en el comité organizador del XXI Congreso SESPO Girona 2026. Será un espacio de reflexión sobre innovación, equidad, tecnología responsable y fortalecimiento del ámbito público.

Hoy, tras treinta años, sigo convencida de que la prevención, la equidad y la mirada comunitaria deben seguir guiando nuestro camino. La salud es un derecho. La salud bucodental no puede ser un privilegio, sino un derecho real y efectivo para toda la población.



XXXI CONGRESO
SESPO
Girona 2026

20 - 21 noviembre

sonría xfavor

¿Cómo podemos ayudarte?

WORK FLOW

Expertos en todas las novedades del flujo digital y radiología.

APARATOLOGÍA

Las mejores marcas del mercado a tu disposición.
Te asesoramos en tus necesidades reales.

SERVICIO TÉCNICO

Te ofrecemos un servicio post-venta profesional y de calidad.

Nuevo Vgi EVO

La nueva dimensión del diagnóstico maxilofacial

- Fov 24x19 nativo, sin stitching.
- Protocolos optimizados con baja dosis.
- Planificación quirúrgica avanzada.

Descúbrelo



formlabs 



Cone Beam 3D Imaging
NewTom
what's next

Comentarios a la salud oral en España en el último cuarto de siglo

F. Javier Cortés Martinicorena

En la pasada Expodental, se presentó la monografía editada por la FDE "La salud Oral en España: análisis de un cuarto de siglo" sobre el estado de salud y los servicios de odontología.

Gracias a la labor continuada de un equipo de buenos profesionales -colegas dentistas- disponemos de una visión perspectiva muy útil de cómo va evolucionando la salud oral de los españoles y sus servicios. El resumen es que la salud ha mejorado notablemente en estos 25 últimos años, y más si nos retraemos a los primeros datos de los años 1980, pero no así los servicios públicos que apenas lo han hecho.

La salud es un factor biológico (y social) íntimamente ligado al estatus socioeconómico y así lo vemos encuesta tras encuesta, no importa el país de que se trate. Analizadas por partes, y refiriéndonos solo a los indicadores más comunes sobre la población, la realidad y la proyección que emergen podrían ser las siguientes:

- La **caries dental** en dentición permanente ha descendido claramente, aunque su ritmo de bajada es ahora menor; la fracción tratada de esas lesiones alcanza ya el 66-77% según edades. Lamentablemente, esta es una enfermedad que, con los conocimientos y los medios de hoy, no parece erradicable y nuestra profesión tiene todavía mucho margen de mejora para su control porque los tratamientos preventivos siguen siendo minoritarios. En donde sí que hay que poner el foco es en la caries en dentición temporal que no desciende y se mantiene en una prevalencia considerable (31% a los 5 años) y con una falta de tratamiento generalizada (IR 18% a los 5 años). Esto no es una característica española porque es bastante común al resto de países occidentales. Las nuevas prestaciones de la cartera común de servicios del Sistema Público incluyen la atención dental desde los 0 años y estos serán unos indicadores importantes de la eficacia de la medida implantada.
- Mejora también el número de **dientes presentes** en boca y lo hace también el número de edéntulos entre los mayores, que se reduce un 72%. Cabe esperar todavía una mejora continuada en los próximos años -incluso décadas- debido a este descenso de la caries y el aumento de tratamiento conservador de las generaciones más jóvenes.

- La **salud periodontal** -más difícil de medir que la caries- ofrece cifras fluctuantes pero estables. Las formas menores de afección están muy presentes, pero las severas apenas afectan a un 6-7% de los adultos jóvenes y entre los mayores afectan al 28%.

En consecuencia, y debido a que la enfermedad es un proceso dinámico y las encuestas son una instantánea del momento -siempre hay enfermedad en evolución-, las necesidades de tratamiento, aunque han ido descendiendo paulatinamente, siempre existen y se mantienen en unos niveles que no permiten bajar la guardia: han descendido globalmente un 35-45% según edades y tipos, pero todavía siguen siendo necesarios en un 15-35% según áreas y edades. Por ejemplo, entre el 7-14% de los adultos tiene necesidad de una extracción aun siendo prácticamente el único tratamiento cubierto por la sanidad pública en esas edades. En este descenso hay que ver una mayor preocupación por la salud, la percepción de la necesidad de mantener una boca en buen estado, de mantener una función y una estética adecuadas y la proliferación de clínicas dentales desde finales del siglo pasado, junto a esa mejora de indicadores de salud mencionada anteriormente. Los más mayores arrastran una historia dental que arranca a mediados del siglo pasado cuando ni la preocupación, ni el conocimiento, ni los medios eran los que son ahora. Por tanto, sus indicadores son comparativamente peores y acumulan las mayores necesidades no cubiertas.

La ampliación de la **cartera común de servicios** de salud bucodental del Sistema Nacional de Salud incorpora prestaciones que se quedan muy cortas. Sin duda son bienvenidas porque mejorarán la salud de las personas de los colectivos elegidos, pero estos son muy específicos y no alcanzan a las mayores necesidades de la población. Es necesario reconocer -que la Administración sanitaria reconozca- que la salud oral es inseparable de la salud general y que esta no es plena si la anterior no está atendida. Por suerte, hemos visto que sí lo está en buena parte, pero no con carácter universal y financiado como la salud general, sino con el esfuerzo individual y privado de la población. Somos la única área sanitaria cuyo Sistema Público no protege a las personas más que en una ínfima medida y algún día esta situación deberá cambiar.



antón
Suministros Dentales

Model One 200

¿Busca la unidad dental adecuada que ofrezca un rendimiento excepcional y una comodidad excelente a su paciente a un precio competitivo?



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



 **DIPLOMAT
DENTAL
SOLUTIONS**

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Reunión Ibérica de profesores de prostodoncia

En la Universidad de Santiago

Con el tema *"Prótesis 2030: ¿qué odontólogo estamos formando para la próxima década?"* de fondo, se celebró recientemente en Santiago de Compostela la XXXVII Reunión Internacional de Innovación Docente en Prostodoncia y Oclusión Dental.

Esta importante reunión anual docente estuvo dirigida por el Prof. Urbano Santa Mora de la Universidad de Santiago de Compostela. Los doctores Sandra Fernández Villar y Rafael Martínez de Fuentes, de la Junta Directiva de SEPES, revalidaron con su presencia el apoyo institucional de SEPES a esta Reunión y el compromiso de la sociedad con la comunidad docente de Prótesis Estomatológica.

La formación en prostodoncia y oclusión dental afronta un momento clave: nuevas normativas educativas, digitalización acelerada, inteligencia artificial, bioimpresión y la transformación de las necesidades sociales ligadas al envejecimiento poblacional. Bajo el marco de "Prótesis 2030" la Reunión planteó un debate sobre qué odontólogo se debe formar desde la universidad en los próximos diez años, qué competencias serán esenciales y cómo garantizar una en-

señanza que sea a la vez eficiente, innovadora, ética y sostenible. Esta reflexión, en palabras del Prof. Santana Mora *"permitirá anticipar retos y construir una visión compartida para la docencia de la prostodoncia y la oclusión dental en Europa."*

¿Qué odontólogo estamos formando para la próxima década?

Esta edición de 2026 reunió a medio centenar de profesores de prostodoncia de España y Portugal.

La próxima edición, dirigida por el Prof. Juan Ignacio Rosales, de la Universidad de Granada, tendrá lugar en Granada en marzo de 2027 y contará de nuevo con el apoyo institucional de SEPES en especial con la bonificación en la inscripción para profesores jóvenes.



EXPODENTAL 2026 – Más de 20.000 visitantes

El **Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales** organizado por **IFEMA MADRID**, con el apoyo de la **Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, Fenin**, ha cerrado su edición 2026 con excelentes resultados según manifiestan desde su comité organizador que, confirman su liderazgo como la plataforma profesional más relevante para el sector dental en España y una de las citas imprescindibles en el calendario europeo.

Desde FENIN ponen el acento en el dinamismo y la fortaleza del sector dental en España. El crecimiento internacional, el perfil profesional de los visitantes y el incremento del negocio generado reflejan la confianza del mercado en esta cita y en la capacidad de la industria para seguir innovando y ofreciendo soluciones que aporten valor a la práctica clínica”.



Sociedades Científicas como **SEPES** y Universidades como la U.I.C. no faltaron.

Odontólogos de hoy estuvo presente y recibió numerosas visitas de amigos y colaboradores.



Empresas líderes mundiales como **NSK** mostraron el interés en esta feria con la presencia de su CEO el Sr. Eiichi Nakanishi que se desplazó desde Japón para asistir al evento.



Ticare contó con un stand abierto. En el centro del stand destacaba una réplica de más de dos metros, que permitía a los visitantes conocer de cerca su tecnología única GapZero® y su integración en la gama de implantes Inhex PerioHybrid®. Entre las soluciones digitales del stand se presentó Ticare 3D App, la herramienta digital exclusiva que facilita la planificación y visualización de tratamientos y ofrece a los profesionales una experiencia más intuitiva y eficiente en su práctica clínica.





Suministros Dentales Antón una vez más acudió al evento con todo su equipo comercial y los miembros de su servicio técnico propio, para dar toda la información sobre los productos y equipos a sus clientes en los diferentes stands donde se exponían sus marcas de distribución



Suministros Dentales Antón una vez más acudió al evento con todo su equipo comercial y los miembros de su servicio técnico propio, para dar toda la información sobre los productos y equipos a sus clientes en los stand donde se exponían sus marcas de distribución



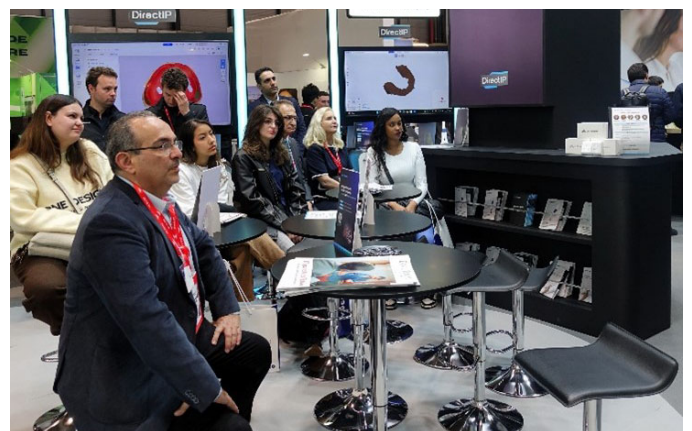
Miguel Ángel Cañizares acudió con su empresa **MActivación 360**.



Santiago Solá junto a Lidia Chacón de Infomed.



El Dr. Jadad impartió unas charlas en el Stand de Alliedstar



ESPECIALIST con María Quintana al frente presento su revolucionario producto de ortodoncia



• 55 CONGRESO ANUAL

sepes26

Málaga

08 al 10 de Octubre

Odontología restauradora disruptiva: desafíos y oportunidades

Palacio de Ferias y Congresos de Málaga

Toda la información en
malaga2026.congresosepes.es



¡Este año
también
ONLINE!

sepes

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PRÓTESIS
ESTOMATOLÓGICA Y ESTÉTICA



Antonio Saiz Pardo
España
Estética Orofacial



Belén Morón
España
Inteligencia Artificial



Carla Vidal
España
Odontología Adhesiva



Cristian Abad
España
Multidisciplinar



Christian Coachman
Brasil
DSD Pasado y Futuro



Darío Adolfi
Brasil
Desafíos Pros Perio



David García Baeza
España
Desafíos Pros Perio



David Montalvo
España
Estética Anterior y Carillas



Davide Farronato
Italia
Cirugía/Implantes



Eduardo Nicolaievsky
USA
Cirugía/Implantes



Eusebio Torres
España
Cirugía/Implantes



Eric Van Dooren
Bélgica
Desafíos Pros Perio



Ernesto Montañés
España
Desafíos Pros Perio



Eva Martos
España
Odontología integrativa



Florin Cofar
Rumanía
Curso con: Florin Cofar



Francisco Martínez Rus
España
Composite y/o Cerámica



Gabriel García
España
Estética Orofacial



Guillermo Pradés
España
Inteligencia Artificial



Idoia Orradre
España
Odontología integrativa



Ignacio Charlén
España
Cirugía/Implantes



Ignacio Faus
España
Multidisciplinar



Jorge André Cardoso
Portugal
Odontología Adhesiva



Lucas Charlén
España
Cirugía/Implantes



Luis Fernando Naldi
Brasil
Estética Orofacial



Marcelo Calamita
Brasil
DSD Pasado y Futuro



Mariano Santamaría
España
Multidisciplinar



Mario Imburgia
Italia
Estética Anterior y Carillas



Markus Blatz
USA
Curso con: Markus Blatz



Martín Laguna
España
Desafíos Pros Perio



Miguel Arroyo
España
Inteligencia Artificial



Miguel Ángel Leal
España
Odontología integrativa



Mónica Bonfanti
España
Inteligencia Artificial



Rafael Piñeiro
España
Composite y/o Cerámica



Ramón Lorenzo
España
Desafíos Pros Perio



Tal Morr
USA
Interdisciplinar



Vicente Faus
España
Multidisciplinar



Wael Att
USA
Interdisciplinar



Wenceslao Piedra
España
Inteligencia Artificial

• 55 CONGRESO ANUAL

sepes26

Málaga
08 al 10 de Octubre

PONENTES

International College of Dentists. Reunión en Lisboa



Los días 17 y 18 de abril tuvo lugar en Lisboa la II Reunión Ibérica Internacional del Colegio Internacional de Dentistas. La primera reunión se había celebrado en España, concretamente en la ciudad de Sevilla en noviembre de 2024.

El encuentro tuvo lugar en la Universidad de Lisboa, donde su director el Dr. João Caramês, presidió la reunión junto al Regent ICD Europa Dr. Santiago Jane, el Regente ICD Portugal Francisco Do Vale y la Regent ICD España Débora Vilaboa, también estuvo presente en la I reunión el Dr. Miguel Pavao presidente da Ordem dos Médicos Dentistas.

Los participantes tuvieron ocasión de visitar las instalaciones de la Clínica odontológica y la nueva área de odontología digital que están haciendo, única en Europa.

Durante la jornada hubo presentaciones clínicas y de proyectos solidarios.

- **“Reabilitações Totais com Implantes - Desafios e Soluções”**. Dr. Jaime Guimarães.
- **“Proyecto solidário Salu Tea”**. Dra. Isabel Maura.
- **“Novas tecnologias no tratamento e manutenção das doenças peri- implantares de um ponto de vista solidário”**. Dr. José María Delgado.
- **“Projeto social Mundo A Sorrir”**. Dra. Mariana Dolores.

- **“New clinical protocols in tooth wear”**. Dras Debora e Beatriz Vilaboa
- **“Técnicas regenerativas no tratamento da Fenda Lábio-Palatina”**. Dra. Inês Francisco

Destacamos por su novedad en España el proyecto **SaluTEA**, de la Dra. Isabel Maura.

El proyecto propone la creación de un espacio de salud dentro de un centro de atención diaria para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de grado 2 y 3. Su objetivo principal es mejorar la adaptación a entornos sanitarios, reduciendo la ansiedad y favoreciendo la colaboración durante exploraciones médicas y odontológicas.

Para ello, se diseña un entorno simulado que reproduce las condiciones reales de una consulta, adaptado a las necesidades sensoriales de los usuarios. Las distintas fases de una visita sanitaria se descomponen en secuencias claras y predecibles, apoyadas con recursos visuales.

Profesionales sanitarios de diferentes especialidades acuden al centro para realizar simulaciones reales de exploraciones rutinarias. Durante estas sesiones, se registran en video las reacciones y dificultades de cada persona usuaria.

Posteriormente, el equipo terapéutico analiza estos registros para identificar barreras específicas y diseñar intervenciones individualizadas. Los terapeutas del centro reproducen de forma periódica las situaciones, aplicando técnicas de desensibilización, exposición gradual y refuerzo positivo.

El entrenamiento se realiza varias veces por semana con el fin de aumentar progresivamente la tolerancia y la cooperación. Además, se busca la generalización de los aprendizajes a contextos sanitarios reales.

De forma periódica, los profesionales sanitarios revisan el proceso, ajustan las estrategias y validan los avances conseguidos.

El proyecto pretende mejorar el acceso a la atención sanitaria, disminuir conductas de evitación y aumentar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias, promoviendo una experiencia médica más comprensible, predecible y menos estresante.



SEPES CLÍNICA - Reunión en torno a los protocolos de rehabilitación oral



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PRÓTESIS
ESTOMATOLÓGICA Y ESTÉTICA

En Barcelona con aforo completo y lista de espera SEPES ha celebrado el viernes 17 y sábado 18 de abril en Barcelona, con la SCOE como sociedad invitada, una nueva edición de SEPES Clínica, un encuentro científico de referencia que ha reunido a 600 profesionales de la odontología restauradora.

El simposio, organizado con un marcado enfoque práctico por los doctores Ernest Mallat y Sandra Fernández Villar, fue diseñado con el objetivo de ofrecer protocolos claros, aplicables y de alta utilidad clínica para el día a día del dentista rehabilitador. Esta orientación y el hecho de que los asistentes pudieran descargar in situ el protocolo de trabajo de cada uno de los trece ponentes que intervinieron ha sido uno de los aspectos más valorados. Un programa centrado en protocolos clínicos

El programa científico ha abordado de forma estructurada distintos protocolos de trabajo en rehabilitación oral, desde restauraciones estéticas con carillas cerámicas hasta rehabilitaciones completas sobre implantes, pasando por técnicas adhesivas, prótesis parciales y soluciones digitales.

Durante ambas jornadas, los ponentes compartieron enfoques basados en la evidencia científica, combinados con la experiencia clínica, con el objetivo de mejorar la predictibilidad de los tratamientos y facilitar la toma de decisiones en consulta.

Entre los expertos participantes destacaron:

- **Ferrán Llansana**, con su protocolo de trabajo para el tratamiento con carillas cerámicas.
- **Jon Gurrea**, centrado en restauraciones parciales posteriores indirectas.
- **Antonio Mendoza**, que abordó la prótesis fija adherida tipo Maryland en el sector anterior.
- **Rubén Agustín**, con el protocolo en preparación orientada biológicamente (BOPT).
- **Albert Verd**, sobre cementado de restauraciones adheridas de cerámica.

- **Martín Laguna**, con el protocolo en implante unitario anterior.
- **Diego Soler**, centrado en aumentos de la dimensión vertical de oclusión (DVO).
- **Ana Orozco**, sobre rehabilitación de arcadas completas sobre implantes.
- **Álvaro Ferrando**, con un enfoque interdisciplinar en restauración previa en ortodoncia.
- **Lucas Queiroz y Matteo Albertini**, que expusieron un protocolo digital para implantes postextracción en el sector posterior.
- **Salvador Gallardo**, con el protocolo de trabajo en prótesis completas.
- **Ernest Mallat**, quien presentó el protocolo en sobredentaduras sobre implantes

Todos ellos aportaron protocolos estructurados y aplicables a la práctica clínica diaria, alineados con el objetivo del simposio

La SCOE, sociedad invitada

En esta edición, SEPES ha contado con la participación de la SCOE como sociedad invitada, reforzando la colaboración institucional y el intercambio de conocimiento entre entidades científicas del ámbito odontológico.

Quedaron un número significativo de profesionales en lista de espera sin posibilidad de asistir presencialmente y ante esta demanda, la Junta Directiva de SEPES ha habilitado el acceso en diferido a las conferencias, permitiendo a los inscritos visualizar los contenidos posteriormente, así como descargar los protocolos de trabajo compartidos por los expertos ponentes durante sus intervenciones.

Con esta edición, SEPES Clínica refuerza su papel como una de las citas formativas más relevantes en el ámbito de la odontología rehabilitadora y restauradora en España, apostando por un modelo de formación útil, estructurado y directamente aplicable a la práctica clínica.



Carmen Keogh, presidenta de los dentistas de Navarra



Carmen Keogh de Pablos (Pamplona, 1985) nueva presidenta del Colegio Oficial de Dentistas de Navarra en las elecciones.

Keogh es licenciada en Comunicación Audiovisual por la Universidad de Navarra y en Odontología por la Universidad Alfonso X el Sabio. Además, es experta en Dolor Orofacial y Trastornos Temporomandibulares; miembro de las Sociedades SEMO (Sociedad Española de Medicina Oral) y SEDCYDO (Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial). Anteriormente a este cargo, ocupó en la Junta de Gobierno del Colegio de Dentistas de Navarra los puestos de Vocal (2013-2018), Vicesecretaria-Vicetesorera (2018-2022) y Secretaria (2022-2025). Actualmente desarrolla su actividad en la sanidad pública, concretamente en la sección de Salud Bucodental.

La elección de Carmen Keogh es fiel reflejo de la evolución de la profesión, que se decanta hacia profesionales femeninas y jóvenes. En su mandato, quiere apostar principalmente por la formación continuada de los colegiados y se compromete a desarrollar una profesión de calidad, defendiendo los intereses de los colegiados junto a la protección de la salud bucodental de la población de la Comunidad Foral de Navarra.

El Colegio de Navarra fue en su día el primero en ser presidido por una mujer, la Dra. Beatriz Lahoz, algo insólito entonces y que no fue bien recibido por algunos de los que hoy en día siguen aferrados a sus cargos. Afortunadamente las cosas han dado un giro, aunque no sea aún de 180 grados.

Sociedad Española de Laser y Fototerapia en Odontología

Del 19 al 21 de febrero se celebró en Barcelona el XVIII Congreso de la Sociedad Española de Láser y Fototerapia en Odontología. El lugar escogido fue el Seminari Conciliar de Barcelona.

Durante 3 días, más de 150 personas pudieron disfrutar de magníficas conferencias sobre temas como el láser en endodoncia, periodoncia, cirugía oral. También se desarrollaron un ta-

ller práctico sobre anquiloglosia, el curso de capacitación y certificación SELO sobre el láser en odontología y el sábado la XIII reunión de higienistas y auxiliares.

El Comité Organizador estuvo presidido por el Dr. Josep Arnabat y el Dr. Daniel Abad. El evento contó con la presencia de destacados ponentes nacionales e internacionales, quienes compartieron

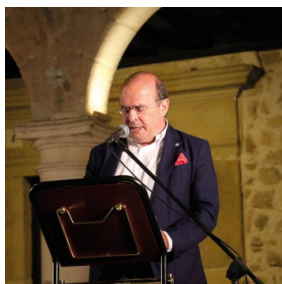
sus conocimientos y experiencias en el uso del láser y fototerapia en Odontología.

El congreso coincidió con la celebración del 25 aniversario de la Sociedad.

Durante el congreso se celebró la asamblea general en la que fue elegida la nueva junta directiva que presidirá el Dr. Daniel Abad Sánchez.



Nueva junta directiva SELO.



Sigüenza nombró "Hijo Predilecto" al Dr. Francisco Javier Sanz Serrulla

En el Pleno celebrado el 10 de abril de 2026, por unanimidad, el Ayuntamiento de Sigüenza acordó conceder a Francisco Javier Sanz Serrulla el título honorífico de "Hijo Predilecto de la Ciudad de Sigüenza".

Médico, odontólogo, investigador, historiador, escritor y periodista, cuenta con una trayectoria excepcional, reconocida a nivel nacional e internacional.

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España donde ocupa el Sillón de Historia.

Su labor ha sido clave para enriquecer la historia y el patrimonio cultural de Sigüenza, preservando y difundiendo memoria histórica, social y cultural de la ciudad.

Seguntino de corazón, destaca por su cercanía, su calidad humana y su constante implicación en la vida cultural de la ciudad, siendo una persona profundamente apreciada por sus vecinos. Un referente en la ciencia, la investigación y la cultura.

La ciudad de Sigüenza agradece su excelencia, sus méritos y su conducta ejemplar, otorgándole este merecido reconocimiento.

Sigüenza es una ciudad medieval situada al norte de la provincia de Guadalajara, conocida como la "Ciudad del Doncel". Es uno de los destinos turísticos más importantes de Castilla-La Mancha por su imponente patrimonio histórico y su casco antiguo, declarado Conjunto Histórico-Artístico.

La ciudad se articula en torno a grandes hitos monumentales:

- **Catedral de Santa María:** Un templo de aspecto fortificado que mezcla estilos románico, gótico y renacentista. En su interior alberga la famosa escultura del Doncel (Martín Vázquez de Arce), una de las obras cumbre del gótico tardío español.
- **Castillo de los Obispos:** Una imponente fortaleza que domina la ciudad desde lo alto. Actualmente es un Parador de Turismo, pero se puede visitar su patio de armas.
- **Plaza Mayor:** De estilo renacentista, es el corazón social de la ciudad, destacando por sus soportales y la fachada de la catedral.
- **Casco Medieval:** Pasear por las "Travesañas" (calles que cruzan la ciudad) permite descubrir la Casa del Doncel, la Iglesia de San Vicente y las antiguas murallas.



CONGRESO MEDITERRANEO DE ORTODONCIA

Un año más el Congreso de Ortodoncia de los Países del Mediterráneo, celebrado en Casablanca, contó con numerosos y prestigiosos ponentes de toda Europa, países del Magreb, Oriente Medio, Estados Unidos, Brasil, Corea, un congreso con un altísimo nivel científico, presidido por el Dr. Zouhair Abidin.

El alma del congreso fue el Dr. Zakaria Bentahar.

Los representantes por parte de España estuvieron Los Dres. Ramón Perera, Ramón Mompell y Pérez Varela además de Marcel Martín y Pau García (vicepresidente de Ormco).

Fue un gran éxito de participación tanto en las ponencias como en los actos sociales.



Dr. Zouhair Abidin.

Dr. Zakaria Bentahar.

Para rematar la fiesta pasaron dos días en Marrakech con excursión al desierto de Agafay, con paseo en Camello, cena típica marroquí y hospedaje en unas jaimas extraordinarias.



Mesa redonda con los Dres. Ramón Mompell y Pérez Varela.



Stand de Ormco con el Dr. Perera y Pau García.



Dr. Ramón Perera



Dr. Mohammed Alharbi, Pau García y Dr. Zakaria B.

Hablamos con F. Javier Membrillo

Presidente de SEIMC



Francisco Javier Membrillo de Novales, médico, es el actual presidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, preside la Alianza Latinoamericana en Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y es jefe de la Unidad NRBQ-Infecciosas del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" de Madrid.

La SEIMC cuenta con casi 5.000 socios y como nos cuenta su presidente está abierta también a los odontólogos. Actualmente cuenta con 15 grupos de estudio y cinco grupos de trabajo en los que más de la mitad de los socios están participando. También cuenta con un campus online con más de 43.000 inscritos de España y Latinoamérica con muchísimas actividades científicas, la mayoría de ellas gratuitas. Ofrece un máster para paliar las carencias formativas de los médicos que no se pueden especializar en enfermedades infecciosas y otras actividades.

España es el único país de la Unión Europea que no cuenta con la especialidad de enfermedades infecciosas, algo que suena especialmente a los odontólogos que también llevan años reivindicando las suyas, siendo esta reivindicación de la especialidad de enfermedades infecciosas su principal batalla en este momento.

En la entrevista nos centramos en COVID-19 pero animamos a todos los lectores a entrar en la página web de esta sociedad científica donde encontrarán información de alto interés.

¿La infección por COVID es algo que nos debe preocupar seis años después del inicio de la pandemia?

Desde 2022, con la llegada de la variante ómicron del virus, la preocupación por el virus ha disminuido por su menor potencial patógeno. Pero no podemos olvidar que los pacientes graves siguen existiendo, que las mutaciones siguen ocurriendo, y que el potencial pandémico sigue existiendo ante potenciales nuevas mutaciones. Estamos ante el séptimo coronavirus conocido que infecta a humanos... y tres de estos siete han aparecido en lo que llevamos de siglo. Esto nos muestra el riesgo de volver a situaciones como la de 2020, que existe.

¿La idea de que el COVID es como un catarro y con paracetamol y agua vasta, evitando acudir a los servicios sanitarios, es acertada?

Depende del caso. A día de hoy, en la mayor parte de los casos, la respuesta es sí. COVID-19 es un virus que causa un cuadro catarral de vías altas leve. Pero, en algunas personas, especialmente en los ancianos y en los inmunodeprimidos, COVID-19 sigue causando enfermedad grave "como las de 2020", ingresos en UCI y muertes. Por eso el reto es entender que el paciente leve, aunque no tenga riesgo o este sea mínimo, debe evitar contagiar ese "virus de catarro" al que potencialmente puede ser grave.

¿Es fácil distinguir un a gripe u otra infección por virus respiratorios del COVID?

Por los síntomas no, es prácticamente imposible. Pero por suerte tenemos excelentes métodos de diagnóstico microbiológico. Tenemos que saber usarlos, cuándo y cómo. Es un error el concepto que tanto se oía en 2021 y 2022 de “me hago una prueba, y si da negativa puedo ir a visitar a mi abuelo”. Tu abuelo también corre riesgo de enfermedad grave por otros virus respiratorios, como por ejemplo el metapneumovirus humano, y tienes que protegerlo igual.

¿Disponemos de tratamientos específicos para el COVID? ¿Merece la pena usarlos?

Tenemos varios antivirales que son muy útiles cuando se utilizan en los primeros días de la enfermedad: remdesivir, Paxlovid, y puede que en breve otro más, ensitrelvir. Su uso es importante en esas personas de alto riesgo... pero no cuando llegan al hospital una semana después, sino justo cuando parece que solo tienen un catarro leve. Ahí es donde reducen el riesgo de hospitalización, UCI y muerte. Por eso el diagnóstico precoz en ancianos e inmunodeprimidos es fundamental.

¿Cuáles son las fases del curso de la infección y desarrollo de la enfermedad?

Aquí poco ha cambiado. Generalmente tenemos una fase de cuadro catarral o pseudogripal, tras la que la mayor parte de los pacientes se curan espontáneamente, pero algunos pasan a una segunda fase inflamatoria en la que se produce un síndrome de distrés respiratorio agudo que genera la enfermedad grave.

La COVID-19 suele entenderse en dos grandes fases: una fase inicial de replicación viral, en la que el SARS-CoV-2 entra en las células respiratorias, se multiplica y produce un

Desde 2022, con la llegada de la variante ómicron del virus, la preocupación por el virus ha disminuido por su menor potencial patógeno. Pero no podemos olvidar que los pacientes graves siguen existiendo...

daño tisular directo, y una fase inflamatoria/inmunológica, en la que la respuesta del huésped puede desregularse y desencadenar una lesión pulmonar difusa con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). En esta segunda etapa, más que el virus en sí, lo que domina es la cascada inflamatoria, la disfunción endotelial y el aumento de permeabilidad alveolocapilar, que explican la hipoxemia y la gravedad clínica.

La vacunación frente a COVID-19 es uno de los mayores hitos de la historia de la Medicina, por la rapidez de su desarrollo y la magnitud del esfuerzo de ponerla a disposición de toda la Humanidad en pocos meses

¿La vacuna sigue siendo esencial en la prevención de la infección por COVID?

Sin duda alguna. La vacunación frente a COVID-19 es uno de los mayores hitos de la historia de la Medicina, por la rapidez de su desarrollo y la magnitud del esfuerzo de ponerla a disposición de toda la Humanidad en pocos meses. Y tenemos que entender que su inmunidad es similar a la de la vacuna de la gripe en cuanto a la estacionalidad. La vacuna reduce el riesgo de contagio (moderadamente), y de enfermedad grave (mucho). Siempre que nos pongamos la dosis de recuerdo. No se trata de contar si tengo dos, tres o veinte dosis. Lo importante es vacunarme cada otoño, si estoy en los grupos de riesgo.

¿Cuál es el mecanismo de funcionamiento de la vacuna?

Es una gran pregunta, que sirve para desmontar todas las teorías conspiratorias. Las vacunas de ARN mensajero utilizan nuestra maquinaria celular durante unas pocas horas para fabricar una proteína del virus que es frente a la que generamos anticuerpos. Ese ARN, como todos teníamos y tenemos en nuestros libros de Biología del instituto, desaparece en unas horas, sin que quede ningún rastro en nuestro genoma (el ARN no se convierte mágicamente en ADN). No hay edición genética ninguna.

¿Qué riesgos puede tener la vacunación? ¿Justifican estos su contraindicación?

Como todas las vacunas, como todos los medicamentos, puede haber efectos secundarios, que casi siempre son menores. El riesgo de efectos adversos es mucho menor, por ejemplo, que el de la vacuna de la fiebre amarilla, que no dudamos en ponernos antes de hacer un viaje internacional a zonas endémicas. No es cierto que los hospitales escondan millones de muertos, ni que haya una epidemia de miocarditis e infartos. De hecho, está demostrado que el riesgo de miocarditis es muy superior por la infección por COVID-19 que por la vacuna. Ni es cierto que produzca esterilidad, de hecho, el 90% de la población española se vacunó en 2021 y la natalidad no ha bajado sino subido, y la mortalidad desde luego en la población general es muy inferior a la del desgraciado año 2020.

Para protegeros a vosotros mismos: una revisión o procedimiento dental siempre debe retrasarse si el paciente está con “catarro” o con “gripe”, tenga hecha prueba de antígenos o no, sea positiva o negativa

¿Quién debe vacunarse?

Sin duda los ancianos, los inmunodeprimidos, y sus cuidadores (lo que incluye al personal sanitario)

¿Cuánto dura el efecto protector de las vacunas?

Es una buena pregunta. De forma similar a la vacuna de la gripe, parece que el efecto protector disminuye tras entre 3 y 6 meses. Por este motivo, en algunos casos en EEUU se recomienda vacunar a las personas de riesgo cada 6 meses. Esto es un tema de debate actualmente.

¿Qué sabemos del COVID persistente? ¿Hay tratamiento actualmente?

Desgraciadamente no, no tenemos ensayos clínicos que hayan demostrado clara eficacia de ningún tratamiento. Lo que sí está demostrado es que vacunarse reduce el riesgo de que, en caso de padecer COVID-19, este genere un COVID persistente. Este fenómeno parece similar al que ya se conocía tras otras infecciones virales como el dengue, y sus causas parecen ser múltiples y no siempre presentes en todos los pacientes.

Nos puede resumir unas recomendaciones esenciales a tener presentes por los odontólogos.

Para protegeros a vosotros mismos: una revisión o procedimiento dental siempre debe retrasarse si el paciente está con “catarro” o con “gripe”, tenga hecha prueba de antígenos o no, sea positiva o negativa. Y vacunarse todos los otoños, por supuesto. Y para proteger a los pacientes, trabajar siempre con mascarilla... y no trabajar si somos nosotros los que tenemos el “catarro” o la “gripe”, por muy llena que tengáis la agenda.

¿Qué es SEIMC y por qué es necesaria la creación de la especialidad de Enfermedades Infecciosas en España?

SEIMC es la sociedad científica de referencia en el estudio multidisciplinar de las enfermedades infecciosas y la microbiología clínica en España, agrupando a casi 5000 profesionales (entre los que por supuesto puede haber odontólogos). Consideramos que las enfermedades infecciosas son una rama de la Medicina de extrema y creciente complejidad, como nos muestran no solo la COVID-19 sino otras noticias cada vez más frecuentes: Mpox, Crimea-Congo, Nilo occidental, gripe aviar... Y para formar a profesionales médicos que sepan manejar las infecciones graves y complicadas, necesitamos dejar de ser el último país de la Unión Europea sin especialidad de Infecciosas. Confiamos en que esta reclamación se convierta en una realidad en los próximos días.

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



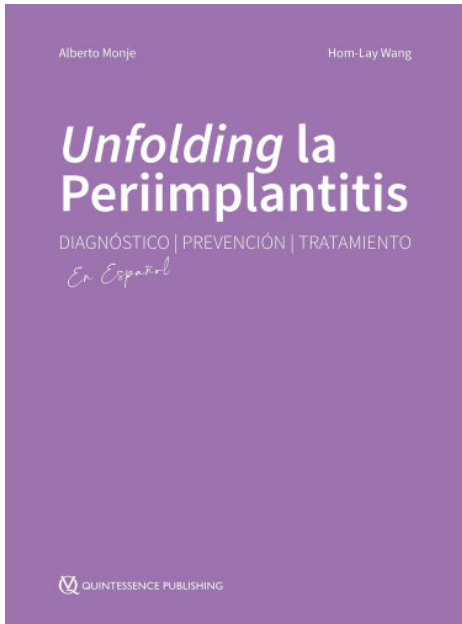
antón
Suministros Dentales

**Todo lo que necesitas
para tu clínica dental**



Hablamos con Alberto Monje

Doctor en Odontología (PhD)
Periodoncista



Master in Science en Periodoncia por Departamento de Periodoncia y Medicina Oral de la Universidad de Michigan, USA (2013-2016). Recipiente de ITI Scholarship 2016-2017 en el Departamento de Cirugía Oral de la Universidad de Berna (Suiza). Board americano en Periodoncia por la Academia Americana de Periodoncia (ABP). Miembro de expert council, Osteology Foundation. Miembro de junta ejecutiva de SEPA. Doctor en Odontología (PhD) por la Universidad de Granada (2019). Editor asociado de revista "Journal of Esthetic and Restorative Dentistry", "Clinical Implant Dentistry and Related Research" e "International Journal of Oral Implantology". Profesor adjunto de departamento de Periodoncia, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona. Profesor adjunto de departamento de Periodoncia y Medicina Oral, Universidad de Michigan, Ann Arbor. Profesor visitante en departamento de Periodoncia, Universidad de

Berna, Suiza Autor de más de 160 publicaciones en revistas internacionales en el área de periodontal e Implantología y numerosos capítulos en libros referentes en el area. Clínica exclusiva en periodoncia e implantes, CICOM, Badajoz. Co-editor del libro: "Unfolding peri-implantitis".

¿Qué te impulsó a estudiar odontología?

Desde muy joven tuve interés por las ciencias de la salud, pero lo que realmente me atrajo de la odontología fue su combinación única entre biología, técnica y toma de decisiones clínicas. Me parecía, y me sigue pareciendo, una disciplina en la que el conocimiento científico se traduce de forma muy directa en beneficio para el paciente. Esa capacidad de impactar de manera tangible en la salud y calidad de vida de las personas fue, sin duda, el principal motor.

¿Qué recuerdos destacas de tu etapa universitaria?

Recuerdo especialmente la etapa clínica, porque es donde realmente tomas conciencia de la responsabilidad que implica la profesión. También destacaría la importancia de los mentores: profesores que no solo enseñaban técnica, sino que transmitían criterio clínico y pensamiento crítico. Con el tiempo, te das cuenta de que esa base es lo que marca la diferencia en tu desarrollo posterior.

¿Cómo diseñaste tu formación internacional?

Fue un proceso progresivo, no algo completamente planificado desde el inicio. A medida que avanzaba, entendí que, si quería profundizar realmente en áreas como la periodoncia e implantología, tenía que salir fuera y formarme en entornos con alta exigencia académica y clínica. Busqué centros con tradición investigadora y con volumen clínico relevante. Y sí, encontré lo que buscaba, pero también algo más importante: entendí que la formación no es un destino, sino un proceso continuo.

¿Cómo valoras la enseñanza de la odontología en España?

España tiene una base formativa sólida, pero creo que existe margen de mejora en la integración entre ciencia y práctica clínica. En ocasiones, la enseñanza puede estar demasiado orientada a la técnica y menos al razonamiento clínico basado en la

evidencia. El reto está en formar profesionales que no solo sepan hacer, sino que sepan por qué hacen lo que hacen.

Periodoncista o implantólogo ¿Cuál de las dos es la más importante en tu práctica?

Para mí no son disciplinas separadas. La implantología moderna no puede entenderse sin una base sólida en periodoncia. En mi práctica, la periodoncia es el pilar sobre el que se construye todo lo demás. El manejo de los tejidos y la comprensión de la enfermedad son fundamentales.

¿La implantología viene tras el fracaso de la periodoncia?

Esa es una visión simplista que hoy en día está superada. El objetivo no es sustituir dientes por implantes, sino mantener la salud oral a largo plazo. Hay casos en los que el implante es la mejor opción, pero siempre dentro de una planificación global. No se trata de fracaso, sino de indicación adecuada.

Recientemente se presentó el Estudio Delphi SEPA-Ticare, sobre salud periimplantaria que coordinaste con la Dra. Ana Molina. ¿Qué nos puedes destacar de sus conclusiones?

Una de las principales conclusiones es la necesidad de estandarizar criterios en salud periimplantaria. Existe variabilidad en

diagnóstico y tratamiento, y eso dificulta avanzar como comunidad científica. El estudio pone de manifiesto la importancia del mantenimiento, la prevención y la toma de decisiones basadas en consenso y evidencia.

¿Qué es gapZero®?

Es un concepto que busca minimizar o eliminar el microgap en la conexión implante-pilar, que es un factor clave en la colonización bacteriana y en la inflamación periimplantaria. La idea es ir más allá del diseño convencional y abordar el problema desde el origen, combinando ingeniería y biología para mejorar la estabilidad a largo plazo.

En el tercer cuatrimestre del pasado año se editó la edición en lengua española del libro *Unfolding la Periimplantitis DIAGNÓSTICO- PREVENCIÓN- TRATAMIENTO*. ¿Cómo nació esta obra? ¿A quién va dirigida?

Nace de la necesidad de ordenar el conocimiento existente y ofrecer una visión estructurada del diagnóstico, la prevención y el tratamiento. Está dirigido tanto a clínicos como a profesionales interesados en profundizar en esta patología, con un enfoque práctico pero basado en evidencia. Nace de la necesidad de ordenar el conocimiento existente y ofrecer una visión estructurada del diagnóstico, la prevención y el tratamiento. Está dirigido tanto a clínicos como a profesionales interesados



en profundizar en esta patología, con un enfoque práctico pero basado en evidencia.

En febrero y durante el Congreso de Ticare se presentó la Fundación Moving for Care, de la que eres patrono. ¿Qué opinión te merece esta iniciativa de Mozo Grau – Ticare? ¿Cuál es su objetivo? ¿Qué supone para ti estar en este patronato?

Es una iniciativa con un fuerte componente científico, centrada en mejorar la salud periimplantaria. Para mí, formar parte del patronato es una responsabilidad y una oportunidad para contribuir desde la odontología a un impacto más amplio. Es un proyecto con propósito real.

La clínica te plantea preguntas, y la investigación te ayuda a responderlas. Personalmente, intento mantener un equilibrio, porque creo que es ahí donde realmente se aporta valor

¿Dónde te encuentras más cómodo en la faceta de clínico o en la de investigador?

Ambas facetas son complementarias. La clínica te plantea preguntas, y la investigación te ayuda a responderlas. Personalmente, intento mantener un equilibrio, porque creo que es ahí donde realmente se aporta valor.

¿Qué proyecto tienes en marcha actualmente?

Principalmente centrados en periimplantitis, salud periimplantaria y desarrollo de protocolos clínicos más predecibles. También en la integración entre innovación tecnológica y práctica clínica.

Consejo a un joven odontólogo

Que invierta en formación de calidad y, sobre todo, en desarrollar pensamiento crítico. No todo vale, y no todo lo nuevo es mejor. Es importante aprender a filtrar y a construir criterio propio.

¿Y a quien quiera investigar?

Que tenga paciencia y constancia. La investigación es un proceso exigente, pero muy enriquecedor. Y, sobre todo, que busque buenos mentores y entornos donde se fomente la excelencia.

¿Clínico o investigador?

Ambas facetas son complementarias. La clínica te plantea preguntas, y la investigación te ayuda a responderlas. Personalmente, intento mantener un equilibrio, porque creo que es ahí donde realmente se aporta valor.



Imprescindible en tu biblioteca odontológica

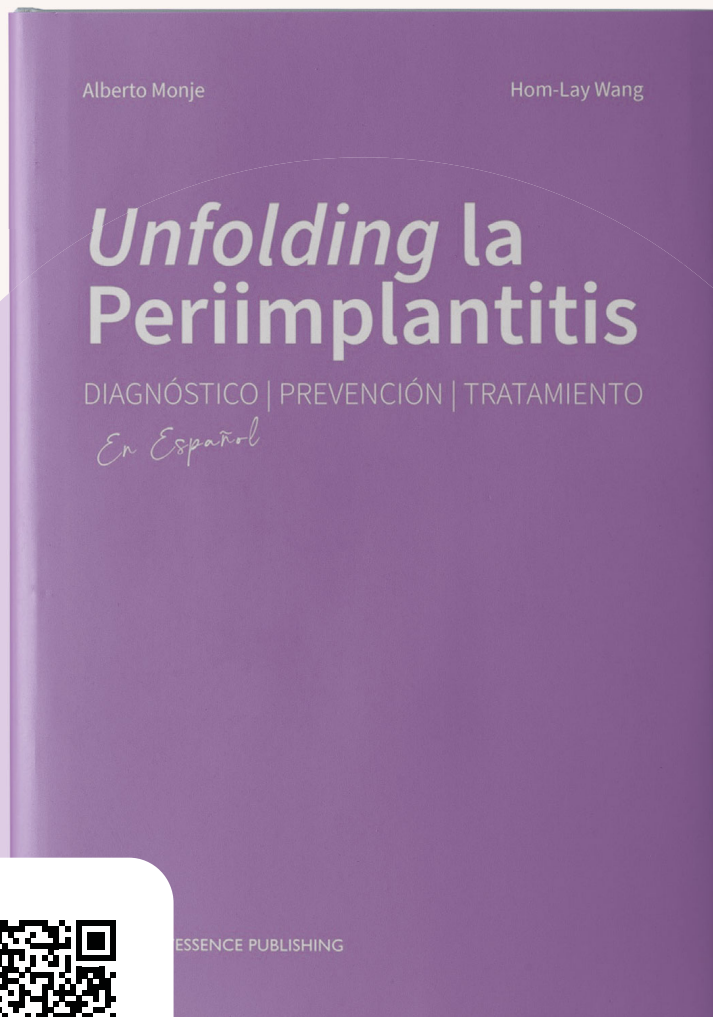
Domina la periimplantitis con una visión clínica completa y actualizada.



Esta obra reúne a referentes internacionales para ofrecer un abordaje integral que va desde la prevención hasta las técnicas más avanzadas de tratamiento y regeneración.

Con más de 800 páginas y un enfoque basado en la evidencia, esta obra se convierte en una herramienta imprescindible para implantólogos y periodoncistas que buscan tomar decisiones clínicas más precisas, predecibles y eficaces.

Hazte con él en
tienda.gacetadental.com
606 948 236



TIENDA
GD

Organiza:

GD

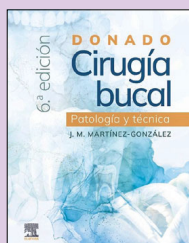
Impulsa:

Peldaño

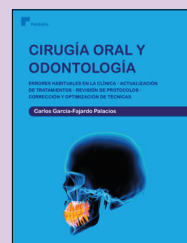
Otros libros de interés:



Estética y blanqueamiento dental en la era digital.



Donado.
Cirugía bucal.
Patología y técnica



Cirugía oral y odontología.
Errores habituales en la clínica.

Una buena correlación clinicopatológica periódica elemento fundamental de la valoración pronóstica y terapéutica de la leucoplasia oral

*Iñaut Amezaga Fernández, Irene Lafuente Ibáñez de Mendoza, José Manuel Aguirre Urizar.
Departamento de Estomatología. Servicio Clínica Odontológica. Facultad de Medicina y Enfermería.
Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Campus de Leioa*

La leucoplasia oral convencional (LOC) es el trastorno oral potencialmente maligno (TOPM) más frecuente y emblemático, que se define como una “placa predominantemente blanca con riesgo cuestionable, tras excluir otras enfermedades o trastornos conocidos que no conlleven un mayor riesgo de cáncer”⁽¹⁾. La LOC representa un importante reto para los profesionales responsables de la salud oral, tanto en su diagnóstico como en su manejo, dada la ausencia de marcadores pronósticos de su desarrollo maligno y de tratamientos efectivos para la reducción de su riesgo de transformación maligna⁽²⁾. La LOC afecta aproximadamente al 3,4 % de la población, más habitualmente a hombres mayores de 50 años, y se localiza sobre todo en el borde y cara ventral de la lengua, la mucosa yugal y el suelo de boca⁽³⁾. Es común su asociación con el consumo de tabaco y alcohol, aunque un porcentaje importante se desarrolla en no-fumadores. La tasa de desarrollo maligno de la LOC se sitúa por lo general por debajo del 10 %, habiéndose observado un mayor riesgo en las mujeres, las lesiones no-homogéneas y las que muestran displasia epitelial^(3,4). La presencia de displasia epitelial es el marcador pronóstico más importante⁽⁴⁾.

La leucoplasia multifocal proliferativa (LMP) es un TOPM específico que se caracteriza por la presencia de múltiples leucoplasias orales, que se extienden y proliferan en otras localizaciones, y tienen un porcentaje de transformación maligna

superior al 50%^(5,6). La LMP es común en mujeres, sobre todo en la encía y la lengua, con múltiples lesiones homogéneas y no-homogéneas, que en ocasiones se hacen verrugosas.

Conocer los aspectos clinicopatológicos y evolutivos de la LOC y la LMP es fundamental para la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer oral. A continuación, presentamos un caso representativo de estas patologías.

Caso clinicopatológico

Hombre de 66 años, que fue atendido por primera vez en 2012 en el Servicio Clínica Odontológica de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), para valorar la presencia de múltiples placas blancas homogéneas en mucosa yugal, palatina, y en la cara ventral de lengua, de varios meses de evolución (**Figura 1**). El paciente refería no consumir alcohol, ser exfumador desde hace 25 años, y no presentar antecedentes médicos de interés. Nuestro diagnóstico clinicopatológico inicial fue de Leucoplasia Multifocal Proliferativa. El paciente fue informado de la importancia del trastorno y de la necesidad de realizar controles de forma periódica cada 2 o 3 meses.

En 2014, se observó un aumento progresivo de la lesión ventral lingual, que alcanzó el frenillo (**Figura 2**), por lo que se decidió realizar una biopsia incisional, que mostró hiperqueratosis y displasia epitelial de bajo grado.



Figura 1. Aspecto clínico de las lesiones en la primera visita (2012).



Figura 2. Extensión de la lesión del suelo de boca hacia el frenillo lingual (2014).

En 2017, la lesión desarrolló áreas verrugosas, por lo que se realizó otra biopsia incisional, que de nuevo mostró hiperqueratosis y displasia epitelial de bajo (Figura 3). En ese momento se procedió a la extirpación de la lesión en su totalidad con márgenes.

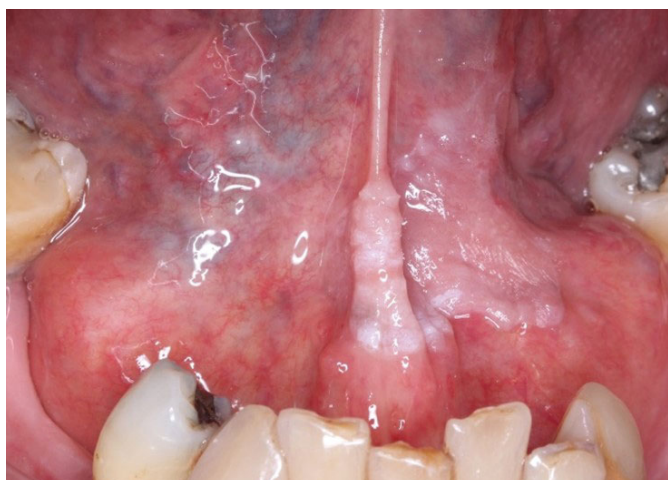


Figura 3. Evolución de la leucoplasia ventral y del suelo de boca, que adquiere un aspecto verrugoso-nodular (2017).

Posteriormente se realizaron controles sin que aparecieran modificaciones clínicas significativas. En 2023 se identificó la aparición de una nueva placa blanca homogénea en la cara ventral izquierda de la lengua. El paciente siguió siendo controlado hasta que en enero de 2026 reconocimos aumento de la lesión leucoplásica, alcanzando el frenillo lingual y parte del suelo de la boca, y aunque era predominantemente homogénea, la zona anterior presentaba un aspecto verrugoso (Figura 4.A). Por ello, se tomó una biopsia incisional de toda la zona verrugosa anterior. El análisis histopatológico reveló una proliferación neoplásica exofítica con hiperqueratosis, constituyendo proyecciones verru-



Figura 4.A. Aspecto clínico de la lesión en la visita de enero de 2026.

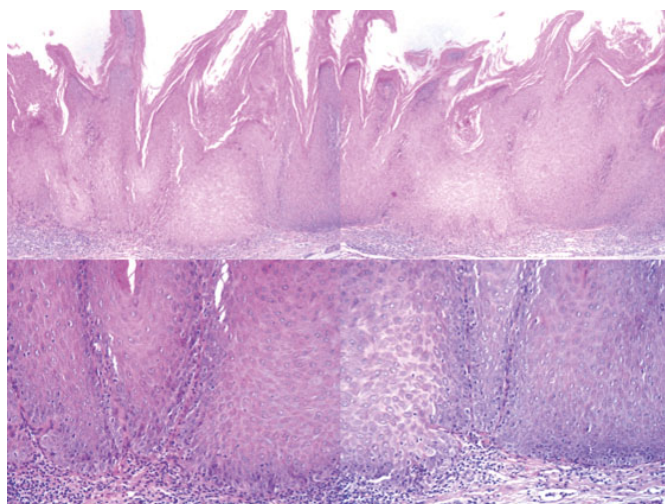


Figura 4.B. Aspecto histopatológico de la lesión; donde se reconoce la proliferación neoplásica epitelial escamosa exofítica e hiperqueratósica, con crecimiento empujante e infiltrado crónico limitante (H&E).

gosas y gruesos crecimientos crestales empujantes, limitados por un infiltrado linfocitario coriónico. No se reconoció infiltración neoplásica, observándose displasia epitelial de alto grado en los márgenes de la lesión.

El diagnóstico clinicopatológico final la lesión fue de Carcinoma verrugoso. El paciente se derivó al Servicio Hospitalario de Cirugía Maxilofacial correspondiente, para realizar el estudio oncológico de la lesión y su manejo terapéutico apropiado.

Conclusión

Este caso clínico subraya la importancia de realizar un control activo periódico de por vida de todos los pacientes que presentan un trastorno oral potencialmente maligno, como la Leucoplasia multifocal proliferativa, que presenta un alto riesgo de malignización, por el momento impredecible. Estos pacientes deben

ser monitorizados cada 2 o 3 meses, explorando, fotografiando y biopsiando las lesiones cuando aparezcan datos de sospecha; lo que permitirá hacer una identificación temprana del desarrollo maligno. El diagnóstico precoz del cáncer oral es la competencia sanitaria y la responsabilidad profesional más importante de la Odontología.

El cáncer oral se sitúa entre el 5º y el 10º puesto en la lista de cánceres más frecuentes en el ser humano. La Organización Mundial de la Salud ha señalado un incremento del cáncer oral en las últimas décadas, que ha pasado a ser un problema sanitario muy importante en muchos países, incluyendo España⁽⁷⁾. Además, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el índice de supervivencia de los pacientes con cáncer oral no ha mejorado, presentando todavía una mortalidad y morbilidad muy elevadas, con una supervivencia global que no alcanza el 50% a los 5 años en nuestro país⁽⁸⁾. En la actualidad asistimos al descubrimiento de nuevos aspectos preventivos y diagnósticos sobre esta patología neoplásica tan grave y tan importante para los profesionales sanitarios responsables de la salud oral.

Por ello, desde hace 22 años, el Departamento de Estomatología de la Universidad del País Vasco/EHU viene organizando cada 2 años el Simposio Internacional de Avances en Cáncer Oral, que en esta ocasión cumple su XIª Edición, que se realizará en Bilbao del 10 al 12 de junio de 2026 bajo el lema “*Cuida la boca, evita el cáncer*”.

El Comité Organizador ha planificado la realización de Talleres teórico-prácticos de 3 horas en la mañana del miércoles 10 de junio, sobre “*La Biopsia Oral*” y “*El diagnóstico clinicopatológico de Patología neoplásica oral y maxilofacial*”.

El taller “*La Biopsia Oral*” está dirigido a aquellos profesionales odontólogos que quieran aprender o mejorar la técnica diagnóstica de la biopsia oral, y comprende una parte teórica sobre las indicaciones y los procedimientos de la biopsia oral y otra segunda práctica realizando diferentes tomas biopsias en material animal.

Por otro lado, el taller “*Diagnóstico clinicopatológico de patología neoplásica oral y maxilofacial*” tendrá un formato clásico de “sesión clinicopatológica”, sobre casos de patología neoplásica de la mucosa oral, de partes blandas, ósea maxilofacial, y glandular salival. Los participantes en el taller recibirán un mes antes del Simposio información clínico-radiológica y acceso al escaneo digital de las láminas histopatológicas. Durante el Taller se presentarán los diferentes casos de manera secuencial, exponiendo la clínica, el diagnóstico y su tratamiento y pronóstico, así como las consideraciones específicas de cada patología, discutiendo los aspectos clinicopatológicos controvertidos.

¡Os animamos a que os inscribáis y participéis en el Simposio y esperamos veros en junio en Bilbao!

Os dejamos el acceso a la web:

<https://simposiocanceroral.com/>

Referencias

1. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, *et al.* Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* Noviembre de 2021;27(8):1862-80. doi:10.1111/odi.13704
2. Aguirre-Urizar JM. Oral leukoplakia: still an enigmatic disorder. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2025;30(5):e730-735. doi:10.4317/medoral.27214.
3. Aguirre-Urizar JM, Lafuente-Ibáñez de Mendoza I, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and meta-analysis of the last 5 years. *Oral Dis.* 2021;27(8):1881-1895. doi:10.1111/odi.13810.
4. de Freitas Silva BS, Batista DCR, de Souza Roriz CF, Silva LR, Normando AGC, dos Santos Silva AR, *et al.* Binary and WHO dysplasia grading systems for the prediction of malignant transformation of oral leukoplakia and erythroplakia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest.* 2021;25(7):4329-4340. doi:10.1007/s00784-021-04008-1.
5. Lafuente Ibáñez de Mendoza I, Lorenzo Pouso AI, Aguirre Urizar JM, Barba Montero C, Blanco Carrión A, Gándara Vila P, *et al.* Malignant development of proliferative verrucous/multifocal leukoplakia: A critical systematic review, meta-analysis and proposal of diagnostic criteria. *J Oral Pathology Medicine.* 2022;51(1):30-38. doi:10.1111/jop.13246.
6. Bagán JV, Jimenez Y, Sanchis JM, Poveda R, Milian MA, Murillo J, *et al.* Proliferative verrucous leukoplakia: high incidence of gingival squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med.* 2003;32(7):379-382. doi:10.1034/j.1600-0714.2003.00167.x.
7. Amezaga-Fernández I, Marichalar-Mendia X, Lafuente-Ibáñez-de-Mendoza I, López-de-Munain-Marqués A, Aguirre-Urizar JM. Evolution of oral and oropharyngeal cancer in the Basque Country (Spain) from 1986-1994 to 2012-2017. *Med Oral Pat Oral y Cirug Bucal.* 2025;30(6):e925-e933. doi: 10.4317/medoral.27518.
8. Amezaga-Fernández I, Aguirre-Urizar JM, Suárez-Peñaranda JM, Chamorro-Petronacci C, de Mendoza ILI, Marichalar-Mendia X, García-García A. Epidemiological, clinical, and prognostic analysis of oral squamous cell carcinoma diagnosed and treated in a single hospital in Galicia (Spain): a retrospective study with 5-year follow-up. *Med Oral Pat Oral y Cirug Bucal.* 2023;29(1):e36-e43. doi: 10.4317/medoral.26047.

El valor de la Odontología es crucial en la prevención, el diagnóstico precoz y el pronóstico del cáncer oral en España

El Cáncer oral presenta en España una elevada mortalidad, ya que la supervivencia no supera el 50% a los 5 años, lo que le sitúa en el grupo de los cánceres más malignos de nuestro país. Este terrible pronóstico tiene múltiples causas, siendo la más significativa la de su diagnóstico tardío, ya que mayoritariamente se realiza en estadios avanzados, así como el alto porcentaje de recidivas y el frecuente desarrollo de segundos cánceres, que presentan los pacientes con cáncer oral.

Más del 90% del cáncer de la cavidad oral corresponde al carcinoma de células escamosas, que se produce a partir de la mucosa de la boca. En el desarrollo del cáncer oral intervienen, múltiples factores de riesgo, siendo los principales en España el consumo de tabaco y alcohol y la mala salud oral, incluyendo la mala higiene, la falta de dientes, la ausencia de saliva, el trauma crónico, y otros.

El papel de la Odontología y de los odontólogos es determinante en España en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer oral. La Ley determina su competencia y responsabilidad en la prevención y el diagnóstico de las enfermedades orales, incluyendo las de cáncer y las de precáncer.

Reducir la incidencia y mejorar el pronóstico del cáncer oral en España son unos objetivos sanitarios muy importantes, que están relacionados directamente con la actividad de los profesionales odontólogos, que son el colectivo sanitario que mayor relación tiene con la cavidad oral. Su implicación en la prevención y el diagnóstico precoz de esta patología neoplásica maligna no tiene duda.

En este contexto sanitario se enmarca el **Simposio Internacional de Avances en Cáncer Oral**, cuya XI edición vamos a realizar en **Bilbao del 10 al 12 de junio de 2026**, y cuyos objetivos son: **Conocer, Actualizar y Discutir los avances en la patogenia, el diagnóstico y el tratamiento del Cáncer oral**.

XI Simposio Internacional - XI International Symposium Avances en Cáncer Oral Advances in Oral Cancer June 10-12 Junio // 2026



Departamento Estomatología
Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea



SEMO



SECIB



SEGER



AIPMB



IAOP



ACOE



SOBEP

más información en <https://simposiocanceroral.com/>
secretaria@simposiocanceroral.com

Interacción entre factores protésicos y sistémicos en la periimplantitis

Dr. Iván Herrera,

Especialista en Periodoncia que ejerce en Barranquilla, Colombia
Especialista en Farmacia Clínica con Máster en Farmacovigilancia y en Infectología Clínica



El doctor Iván Herrera Ustariz examina en este artículo las implicaciones clínicas y sistémicas que determinan la progresión de la enfermedad periimplantaria en el paciente.

Introducción

La periimplantitis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta los tejidos blandos y duros que rodean los implantes dentales osteointegrados. A pesar de los elevados índices de supervivencia reportados para los implantes dentales, la creciente prevalencia de las enfermedades periimplantarias ha generado una preocupación sustancial en la práctica clínica que se refleja en la literatura científica contemporánea. La evidencia actual respalda un modelo etiopatogénico multifactorial en el que la interacción entre el biofilm bacteriano, los factores locales asociados al diseño protésico y las condiciones sistémicas del paciente determinan la progresión de la enfermedad periimplantaria.

y la precisión del ajuste protésico influyen directamente en la acumulación y maduración del biofilm, así como en la estabilidad del sello mucoso periimplantario.

Rehabilitaciones sobrecontorneadas o con perfiles de emergencia mayores a 30° dificultan el control de la placa por parte del paciente y favorecen una inflamación crónica de los tejidos blandos, facilitando la transición de mucositis periimplantaria a periimplantitis. Asimismo, la presencia de microgaps en la interfaz implante–pilar puede actuar como reservorio bacteriano, perpetuando el estímulo inflamatorio y contribuyendo a la pérdida ósea marginal.

Desde el punto de vista biomecánico, la distribución inadecuada de las cargas oclusales, los contactos prematuros y las fuerzas excéntricas no controladas pueden inducir microdaño óseo periimplantario. Aunque la sobrecarga oclusal no se considera un factor etiológico primario independiente, su coexistencia con inflamación inducida por biofilm puede acelerar la progresión de la pérdida ósea, actuando como un cofactor modificador del daño tisular.



Figura 1. Periimplantitis. Paciente con Diabetes Mellitus tipo 1.

Factores protésicos en la etiopatogenia de la periimplantitis

Los factores relacionados con la rehabilitación sobre implantes desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de la salud periimplantaria. El diseño protésico, el perfil de emergencia, el contorno transmucoso, el tipo de conexión implante–pilar



Figura 2. Periimplantitis. Corona cementada; exceso de Biomaterial.

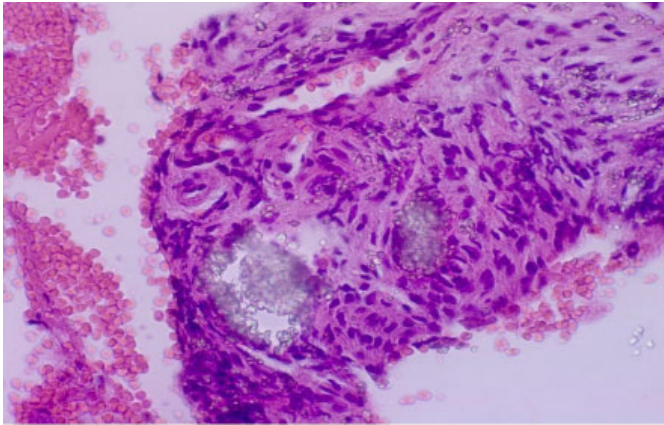


Figura 3. Fragmento de epitelio y conectivo de la mucosa conteniendo múltiples cristales (cemento residual) disgregados en el tejido.

Influencia de factores sistémicos y farmacológicos

Las condiciones sistémicas del paciente modulan de manera significativa la respuesta inflamatoria periimplantaria. Las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, hábitos nocivos como el tabaquismo y estados de inmunosupresión se han asociado consistentemente con una mayor prevalencia de periimplantitis y con resultados terapéuticos menos predecibles.

De especial relevancia clínica es el impacto de los tratamientos farmacológicos que interfieren con la remodelación ósea y la angiogénesis, incluyendo los agentes antiirresortivos, antiangiogénicos e inmunomoduladores utilizados en osteoporosis, oncología y en enfermedades autoinmunes. Estos fármacos pueden alterar de manera significativa la homeostasis ósea periimplantaria, incrementando el riesgo de complicaciones graves como la osteonecrosis de los maxilares relacionada con medicamentos.

La coexistencia de periimplantitis y alteraciones farmacológicamente inducidas del metabolismo óseo, representa un escenario clínico complejo, en el que la progresión de la enfermedad puede ser más agresiva y la respuesta al tratamiento menos favorable. En este contexto, se enfatiza la importancia del reconocimiento temprano de estos pacientes y de la adopción de estrategias preventivas específicas en la práctica implantológica.

Impacto sistémico de la periimplantitis

Aunque la periodontitis ha demostrado una asociación consistente con diversas enfermedades sistémicas, el impacto sistémico de la periimplantitis ha sido menos explorado. No obstante, la evidencia disponible sugiere que la periimplantitis no se limita a una inflamación local, sino que puede contribuir a una carga inflamatoria sistémica .

Estudios experimentales en modelos animales han mostrado que la periimplantitis inducida se asocia con alteraciones hematológicas y bioquímicas reversibles, compatibles con una respuesta inflamatoria sistémica mediada por citocinas. En humanos, los escasos estudios clínicos disponibles han identificado asociaciones entre periimplantitis y marcadores de riesgo cardiovascular, como niveles elevados de triglicéridos, ácido úrico y leucocitos, junto con concentraciones reducidas de vitamina D. Asimismo, se han descrito correlaciones positivas entre estos parámetros sistémicos y la severidad clínica de la inflamación periimplantaria.

Desde el punto de vista biológico, la periimplantitis presenta una respuesta inflamatoria más extensa e intensa que la periodontitis, caracterizada por un infiltrado predominantemente neutrofílico y una mayor expresión local de mediadores proinflamatorios, entre ellos IL-1 β , IL-6, TNF- α y metaloproteinasas de matriz, particularmente MMP-8. Estos mediadores, ampliamente implicados en procesos sistémicos como la aterogénesis y el deterioro del control glucémico, podrían actuar como vínculo biológico entre la inflamación periimplantaria crónica y determinadas condiciones sistémicas.

Los mecanismos propuestos incluyen la diseminación hematogena de bacterias orales y sus productos, así como la liberación persistente de mediadores inflamatorios capaces de amplificar el estado inflamatorio sistémico. Si bien la evidencia actual no permite establecer una relación causal definitiva, estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar la periimplantitis dentro del contexto de la salud integral del paciente.

Diagnóstico y estratificación del riesgo

El diagnóstico de la periimplantitis debe basarse en una evaluación clínica y radiográfica sistemática que permita identificar signos tempranos de inflamación periimplantaria, sangrado al



Figura 4. Cultivo de Implante, perdido por Periimplantitis.



Figura 5. Inflamación de tejidos periimplantares por acumulación de biopelícula en la prótesis.

sondaje, aumento de la profundidad de sondaje y pérdida ósea progresiva. La correcta diferenciación entre mucositis periimplantaria y periimplantitis establecida es fundamental para implementar medidas terapéuticas oportunas y evitar la progresión de la enfermedad.

En pacientes con antecedentes de enfermedades sistémicas o bajo tratamiento con fármacos de riesgo, la estratificación individualizada del riesgo debe formar parte integral de la planificación implantológica. En estos casos, la toma de decisiones debe apoyarse en una valoración exhaustiva del balance riesgo–beneficio, priorizando la prevención y la estabilidad biológica a largo plazo.

Implicaciones terapéuticas y enfoque clínico

El manejo de la periimplantitis requiere un enfoque integral y personalizado, orientado no solo al control del biofilm y la descontaminación de la superficie implantar, sino también a la corrección de los factores protésicos y biomecánicos subyacentes y a la optimización del estado sistémico del paciente. La evidencia actual respalda la necesidad de combinar estrategias preventivas, terapias de mantenimiento y, cuando está indicado, abordajes quirúrgicos cuidadosamente seleccionados.

En pacientes con riesgo de osteonecrosis de los maxilares relacionada con medicamentos, el enfoque terapéutico debe ser particularmente conservador, enfatizando la prevención, la planificación interdisciplinaria y el seguimiento clínico estrecho,

con el objetivo de minimizar la aparición de complicaciones severas.

Conclusiones

La periimplantitis representa una patología compleja en la que convergen factores biológicos, protésicos y sistémicos. La comprensión profunda de esta interacción es esencial para la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo eficaz de la enfermedad. Un enfoque clínico basado en la evidencia científica, complementado por una planificación protésica rigurosa y una adecuada selección del paciente, resulta fundamental para optimizar los resultados a largo plazo de la rehabilitación implantoportada y reducir la incidencia de complicaciones mayores, incluidas aquellas de potencial impacto sistémico y la osteonecrosis de los maxilares.

Bibliografía.

1. Albrektsson T, Isidor F. Consensus report of Session IV. In: Lang NP, Karring T, Lindhe J, editors. Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology. London: Quintessence, 1994. p. 365-369.
2. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, *et al.* Peri-implant diseases and conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S286-S291.
3. Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. *J Clin Periodontol.* 2015;42(Suppl 16):S158-S171.
4. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2008;35(Suppl 8):282-285.
5. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S246-S266.
6. Heitz-Mayfield LJA. Peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2008;35(Suppl 8):292-304.
7. Serino G, Ström C. Peri-implantitis and plaque control. *Clin Oral Implants Res.* 2009;20(2):169-174.
8. Kim Y, Oh TJ, Misch CE, Wang HL. Occlusal considerations in implant therapy. *Clin Oral Implants Res.* 2005;16(1):26-35.
9. Monje A, Aranda L, Diaz KT, *et al.* Maintenance therapy and periimplant diseases. *J Dent Res.* 2016;95(4):372-379.
10. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Smoking and dental implants. *J Dent.* 2015;43(5):487-498.
11. Rocuzzo M, Bonino F, Dalmasso P, Aglietta M. Implants in periodontally compromised patients. *J Clin Periodontol.* 2012;39(11):1144-1152.
12. Sanz M, Chapple IL. Clinical research on peri-implant diseases. *J Clin Periodontol.* 2012;39(Suppl 12):202-206.
13. Marx RE. Bisphosphonate-induced osteonecrosis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(9):1115-1121.
14. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, *et al.* MRONJ - 2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(10):1938-1956.
15. Otto S, Pautke C, Opelz C, *et al.* Osteonecrosis of the jaw. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(11):2837-2845.
16. Camps-Font O, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, GayEscoda C. Implants and antiresorptives. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2016;21(1):e65-e75.
17. Giovannacci I, Meleti M, Manfredi M, *et al.* MRONJ around implants. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(8):1012-1018.
18. Aghaloo T, Hazboun R, Tetradis S. Pathophysiology of MRONJ. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2015;27(4):489-499.
19. Herrera Ustariz I. Anticuerpos monoclonales y osteonecrosis de los maxilares. *Dental Tribune Hispanic & Latin America,* 2025.
20. Herrera Ustariz I. Osteonecrosis de los maxilares: pautas clínicas para evitarla. *Dental Tribune Hispanic & Latin America,* 2024.

Artículo cedido por Dental Tribuna Latinoamérica

23^º CONGRESO
SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL
9^º AVCIB

PALACIO DE CONGRESOS

VALENCIA
26_27 NOVIEMBRE '26



ORGANIZA

 **SECIB**

www.secibonline.com

La dentista Madame Antoine Burillot, et fils (Rafael y Ramón Alcaide Burillot)

AUTORES:

Javier Sanz Serrulla
María José Solera Piña
María Teresa Casero Gómez



Anuncio en la Puerta del Sol esquina a la calle Montera: "M^{lle}. Antoine et fils. Dentistas de SS.MM" (1895).

En un anuncio insertado en "El Eco Seguntino", en la ciudad de Sigüenza, durante el verano de 1894, se dice que Madame Antoine era natural de Lyon y había hecho su carrera en Nueva York, tomando el título en la Escuela Odontológica de París. Iba acompañada de su hijo, el Dr. Burillot¹. En una de las varias salidas a provincias durante el mes de agosto, como hicieran tantos otros celebrados dentistas madrileños, se anuncia como "dentista parisién establecida en Madrid hace años²". En efecto, Madame Antoine, como era conocida en la capital del Reino, ejercía su profesión de dentista en las localizaciones más céntricas, como la calle de las Infantas o, después, la Puerta del Sol. Su caso no era diferente a los de otros tantos europeos que aspiraban a ser dentistas cuando en España no había otra posibilidad de adquirir el título de "Cirujano-Dentista" sino a través de un examen, más teórico que práctico, en la Facultad de Medicina de la Universidad Central y había marchado al país más

próspero en la educación dental a través de sus *"dental colle-ge's"*, los EE.UU. de Norteamérica. Extraña, en cierta medida, que no obtuviera, como otros, su título en aquel país, sino que regresara a *"l'École Dentaire de Paris"* o bien a *"l'École de Chirurgie et Dispensaire Dental de Paris"* para hacerse con el título que le permitiera en lo sucesivo el ejercicio legal.

En 1882 aparece en el diario "La Voz de Murcia" un anuncio de Madame Antoine, pero de su gabinete madrileño³ y el 24 de julio de 1883 en "El Noticiero Bilbaíno"⁴. A partir del 17 de noviembre de este año empieza a incluirse en los periódicos de la capital, como hacen tantos otros colegas incluso de renombre, el anuncio "Mad. Antoine e hijo", tras el éxito de éste -el joven cirujano-dentista D. Rafael Alcaide- unos días atrás operando a D. José Resker "de la terrible enfermedad que padecía en la boca"⁵, y más adelante, como se verá, incluirá a un tercer dentista, su también hijo Ramón.

Ahora bien, en 1872 encontrábamos a la directora del "Colegio de Señoritas", en la calle de Prim, nº. 19, en Córdoba, llamada Antonia Burillo de Alcaide "profesora con título superior", mientras "El Señor Burillo, padre de la directora, la auxiliará en todo lo que se refiera á la enseñanza de idiomas y algunos otros elementos⁶ ..." Tiene que tratarse de la misma persona, de nombre y apellidos iguales, e infrecuentes, que después se dedicara al estudio de la Odontología en los Estados Unidos. De otro lado, un año después la prensa cordobesa recoge una visita al colegio destacando que "las enseñanzas del idioma francés e italiano son en él comunicadas con perfección y sencillez"⁷, lo cual refuerza la hipótesis de que bien pudiera tratarse de esta futura dentista y ahora maestra, "de Lyon", toda vez en que esta ciudad francesa está tan próxima a la región del Piamonte. Esta actividad docente fue brillante en Córdoba hasta el punto de que dejaba "sus colegios de Andalucía por venir á Madrid á donde la llamaban diferentes familias conocedoras de sus escelentes dotes para la enseñanza", de tal manera que el 1 de mayo de 1878 se abriría un nuevo colegio en la madrileña plaza de Santa Ana, "de enseñanza elemental y superior para señoritas"⁸.

¿Dentista de la Casa Real?

En los anuncios publicitarios insertos en la prensa madrileña, y en la de provincias, hace exhibición de su servicio profesional a la Casa Real española como dentista de Sus Majestades. Cuando instala su gabinete en la Puerta del Sol se anuncia ostensiblemente en el balcón -véase imagen-, doblando hacia la calle de la Montera, de esta manera: M^{LI} ANTOINE ET FILS DENTISTAS DE SS.MM. No era un anuncio discreto como para haber sido denunciado en caso de ser falso, si bien su expediente no consta, como otros, en el Archivo del Real Palacio, debiéndose deducir que tal vez pudiera asistir a los monarcas, y augusta familia, en casos puntuales habiendo sido reclamada puntualmente.

En 1887, conservando la clínica de la calle Infantas, dan noticia de que "El creciente favor que el público dispensa á Mme. Antoine e hijos, dentistas de sus majestades, los ha decidido a instalar un nuevo gabinete en la Puerta del Sol, número 13, segundo, donde continuarán trabajando sin alterar los precios ordinarios y corrientes, conocidos ya de su numerosa clientela"⁹, queriendo aumentar ésta al dirigirse a "los señores forasteros que durante las fiestas de San Isidro acuden a esta poblacion impulsados por el deseo de hallar alivio á sus padecimientos de la boca"¹⁰.

Estos reclamos llevaban, lógicamente, y como tantos un interés comercial, pero también tuvo sitio la prensa para destacar su solidaridad con los más necesitados que quedan demostrados "entre los desheredados de la fortuna residentes en Madrid, curando gratuitamente á cuantos se han presentado en su gabinete... y aliviando la situación de algunas familias, á las cuales faltaba hasta lo mas preciso"¹¹.

Algunos de sus éxitos profesionales quedaron impresos, tal que en 1888, de esta manera: "Nunca recomendaremos bastante los trabajos y operaciones practicados incesantemente en los gabinetes de nuestra acreditada dentista Mad. Antoine é hijos; los elogios justísimos de toda su numerosa clientela suben de punto en las ocasiones que es llamada por su natural tendencia al consuelo y alivio de cuantas personas soliciten sus cuidados. Su constante laboriosidad y los nuevos adelantos en la profesión puestos en practica por su buen talento, la colocan á la altura que se merece entre todas las notabilidades conocidas respecto á este punto, siendo objeto constante de merecida ovacion". Y añade: "Con un éxito maravilloso fuimos operados ayer en su gabinete de la Puerta del Sol núm. 13, administrándonos el anestésico local de la Cocaína azoada, los Sres. D. Manuel Perez Ortiz, D. Carlos Guzman y Avila y D. José Lopez de Aro, quedando admirablemente satisfechos y sin sentir mas que una pequeña molestia á pesar de ser los tres casos difíciles, segun apreciacion del doctor que presencié la operacion"¹². En Córdoba capital, calle de la Concepción, nº 24, andaba en el verano de 1889¹³ y en 1890 su periódico habitual avisaba de haber regresado "de su expedicion de verano", sin concretar el lugar¹⁴.

Tres años después podemos leer un mensaje del mismo cariz: "Restablecido de la difícil operacion practicada en mi boca, y de la que ya tiene conocimiento el público y todos mis amigos, deseo manifestar mi gratitud pos sus profundos conocimientos en en la profesion á la señora dentista madame Antoine y su señor hijo. Propagará por todas partes, uniéndose á sus numerosos clientes, la justísima y merecida fama de sus trabajos, su servidor, Pablo Guzman de Martos"¹⁵. Estos anuncios de agradecimiento y reconocimiento no eran infrecuentes en la prensa de la época, como hemos comprobado otras veces.

Más allá de sus intervenciones de ámbito local, Madame Antoine Burillot fue reclamada de Portugal, “con objeto de practicar una difícil operación en la boca á un alto funcionario de aquella nación¹⁶”, saliendo el 29 de octubre de 1888 para regresar el 9 de noviembre con éxito, elogiando los periódicos de aquel país “sus profundos conocimientos y larga práctica en los trabajos de la boca¹⁷”.

El 21 de octubre de 1882 encontramos su primer anuncio en la prensa madrileña, apareciendo domiciliada en la calle de las Infantas, nº. 12, 2º, como “Especialista en el aseo y operaciones de la boca¹⁸”, detallando en sus breves esquelas posteriores que “limpia la dentadura por 6 rs. y coloca piezas americanas”. Debió coger fama pues un suelto, sin su rótulo, decía el 10 de mayo de 1884 en el mismo medio –“La Correspondencia”- que “El resultado favorable que para la higiene está dando el laborioso gabinete de la dentista madame Antonie, en la calle de las Infantas, núm. 12, hace que la ciencia médica la proteja, y nosotros la recomendamos á nuestros lectores muy eficazmente para todas las operaciones de la boca¹⁹”. Pero ésta no era la única recomendación de la prensa pues en septiembre de 1884 se puede leer que “Nada más higiénico ni de mejor resultado contra el cólera que el aseo de la boca. Llamamos la atención del público, recordándole nuevamente á la entendida dentista madama Antoine, inventora del procedimiento que usa, con gran éxito y acierto, premiado en Paris hace once años, y que el público ya conoce para su satisfacción²⁰”.



Resulta al menos curiosa su implicación en una valoración de dentífricos, tal como se recoge, una vez más, en la prensa: “La acreditada dentista de Madrid Madame Antoine et fils, después de haber practicado en su gabinete de consultas diversas comparaciones de los distintos dentífricos conocidos sin exceptuar los extranjeros, se ha decidido por el **Licor del Polo** de nuestro convecino señor Orive, para aplicarlo en sus operaciones á la numerosa clientela que favorece sus estudios²¹...”

Dentista “de provincias”

El 27 de julio de 1884 se anuncia escuetamente en el cántabro “La Voz Montañesa”, en el nº 8 de la calle de Somorrostro²², domicilio de la “Fonda Gran Europa”, y coincide con el dentista norteamericano William C. Tinker, asimismo establecido en la capital de España, y domiciliado en Agosto en el Hotel de Castilla del Sardinero, quien “ha traído consigo los instrumentos ne-

cesarios para hacer las extracciones de muelas sin dolor, por medio del protóxido de ázoe, según lo viene practicando hace muchos años²³”. La misma “expedición veraniega” realizó un año después, comunicando en la prensa madrileña su regreso a la capital.

Será el 9 de octubre de 1887 cuando sepamos de su estancia en Pamplona, en la Fonda “La Perla”, con uno de sus hijos, el cual permanecería después de la marcha de la madre a Madrid²⁴. En mayo de 1893 está, con sus hijos, en Jerez²⁵ y en octubre en León, teniendo fama las dentaduras que había “colocado”.



MADAME ANTOINE ET FILS
DENTISTAS DE SS. MM.
 Establecida en la Puerta del Sol número 13
MADRID

Para complacer á las personas de los pueblos vecinos se detendrá algunos días mas, suplicando á los clientes no demoren su venida, por tener compromisos contraidos en otros puntos.

Sus precios módicos pueden apreciarse por la siguiente tarifa:

Colocación de dientes y muelas, desde 5 á 50 pesetas uno; limpieza de la dentadura, 5; orificaciones, 20; empastes, 5; extracciones, desde 2:50 á 10, según el caso.

Operaciones, por difíciles que sean, á precios convencionales. Elixir y polvos dentífricos, á 2 y 2,50 pesetas.

Fonda de la Bejarana

“El Eco Seguntino”, 8 de julio de 1894.

Los hijos de Madame Antoine.

Desgraciadamente no existen los expedientes de ambos, Rafael y Ramón Alcalde Burillot (o Burillo), en el Archivo Histórico Nacional, sección Universidades, donde deberían constar en tanto que lograron sus títulos de cirujanos-dentistas y, el primero, de médico. No obstante, algunos datos de la prensa diaria pero también de la profesional nos permiten siquiera un bosquejo de su actividad dentística. El primero tuvo vocación por la milicia y a finales de siglo ingresó en el Ejército, mientras el segundo se había independizado, de ahí que no parezca nada improbable que Madame Antoine se retirara en fechas próximas al final del siglo XIX.

Rafael Alcaide y Burillot (+ 1929).

Como su madre, y tantos otros célebres colegas, marcha en verano a provincias para ofrecer sus servicios, lo cual queda reflejado en la prensa local que contratan a su llegada. El 6 de octubre de 1886 se anuncia en León este “fils de Mme. Antoine”, domiciliándose temporalmente en la Plazuela del Conde Luna, 2. pral²⁷. Dos días después, en otro diario de la misma capital, se anuncia “Con permiso de S.M. la Reina Regente” permaneciendo “hasta la próxima feria²⁸”, practicando la “Extracción de muelas por los agentes anestésicos²⁹”. De aquí pasó a Oviedo, instalándose en el Hotel de Madrid³⁰. En la temporada estival siguiente, se dirige a Córdoba y aparece como don Rafael Burillot y parará en la Fonda Española³¹.

Sus aspiraciones se orientaron con éxito al ámbito de la milicia y en 1897 se da cuenta en la prensa profesional de que este secretario de actas de la Sociedad Odontológica Española “ha sido nombrado segundo médico del ejército”, partiendo “para las provincias vascongadas á ocupar su destino como médico de un regimiento como médico de un regimiento de Artillería³²”. En 1905 sabemos por la prensa de Jerez de la Frontera que “El médico primero de Sanidad Militar, D. Rafael Alcaide, destinado al Escuadrón de Gran Canaria, ha sido llamado á Madrid, en comisión de servicio³³”. En marzo de 1923 se da cuenta en el diario militar “Ejército y Armada” de cómo el teniente coronel Rafael Alcaide era nombrado “secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la sexta región³⁴”. En 1925, donde se da cuenta de haber sido destinado al Ministerio de la Guerra “el teniente coronel médico don Rafael Alcaide Burillo³⁵”.

Rafael Alcaide regresó a Madrid y falleció el 20 de agosto de 1929. Se le cita en la revista “La Odontología” como “ilustrado odontólogo y prestigioso Jefe de Sanidad Militar”, quien en esos días se encargaba de “la creación del Cuerpo de Odontólogos militares³⁶”.

Ramón Alcaide y Burillot (1871 - 1932).

A primeros de 1887, aparece esta noticia en prensa: “Ha tomado el título de cirujano dentista el aventajado jóven D. Ramon Alcaide y Burillot, hijo segundo de la acreditada y laboriosa dentista Mad. Antoine³⁷”, apareciendo a partir de entonces los anuncios como “Madame Antoine e hijos”.

Sin embargo, encontramos en 1891 el anuncio de un tercer gabinete en la calle Hortaleza, nº 20 y 22, 1º, bajo el rótulo de “ALCAIDE. DENTISTA”, tratándose de Ramón³⁸, quien muy probablemente se independizaría en busca de otros ámbitos y así sabemos de la instalación de un “Instituto Dental de Madrid”, del que sería director, para preparación de los aspirantes al título de “Cirujano-Dentista”, acreditado con tal denominación³⁹.

En 1898 trasladó su consulta al nº. 31, entresuelo, de la calle de Alcalá⁴⁰, pasando el Instituto al número 37 de esta calle. En 1903 pasaría a la calle de Peligros, nº. 20⁴¹, si bien, con motivo de una estafa que le tienden dos compañeros, aparece como “dentista de la calle de la Montera⁴²”, en el nº 21, y en 1924 anuncia nueva consulta en el barrio de Cuatro Caminos, calle Artistas, 3⁴³.

A principios de 1901 se anunciaba de esta manera en el periódico “El Liberal”, destacando sus éxitos en el extranjero, la fundación del mencionado Instituto o el dispensario que tenía en el Hospital de la Princesa. No obstante sus ocupaciones, se anuncia en provincias, en Sevilla y en Burgos, año de 1901, y el 31 de octubre de este año se anuncia en “La Correspondencia de España” que “Ha regresado de América el dentista D. Ramón Alcaide⁴⁴”. En 1903 está de paso en Cartagena, dos años después está de paso en la “Fonda del Norte” de Guadalajara⁴⁵, en 1906 en Zamora, “Fonda del Comercio”⁴⁶ y en 1924 en el “Hotel Palax” de Badajoz, y en esta estancia la prensa local incluye una poesía de Salvador Rueda, “A mi hábil dentista don Ramón Alcaide”:

*Es toda boca para tí un joyero
donde el rojo coral de cada encía
muestra en deslumbrante orfebrería
perlas en brillantísimo reguero.*

*Tus manos son dos duendes milagrosos
que cuidan del joyero peregrino
y ellas son el artífice divino
que las prende en sartares luminosos.*

*Causan admiración al verlas
tus áureas obras de afamado artista;
labrador en marfil, no eres dentista,
eres un rico engastador de perlas⁴⁷.*

Quedó incluido en el peculiar libro “Caricatura dental” de su colega Manuel Rochina⁴⁸, domiciliado en el cercano gabinete de la calle del Barquillo, nº. 30, que acompañó a la caricatura con el siguiente soneto:

*Es de exquisito trato, inteligente,
grande de corazón, buena figura;
es en la intimidad una criatura
y de carácter franco, independiente.*

*No mira el porvenir, sino el presente,
cualidad que perdona mi censura,
aislado le dejó su desventura
y él la soporta digno, penitente.*

*Tuvo un gran solitario y un caballo
y ha tenido otras cosas que me callo
que le valieron muchos parabienes.*

*Estuvo en Buenos Aires y en la Habana
de donde trajo un bolso de centenes
que repartió en su casa una mañana.*

No es del todo comprensible la noticia que sobre su persona se incluye en el “Boletín Oficial de la provincia de Oviedo” del 5 de noviembre de 1929 en una cédula de emplazamiento en materia criminal que dice: “ALCAIDE BURILLO, Ramón, de 58 años de edad, casado, Cirujano Dentista, vecino de Madrid, cuyo domicilio se ignora y que residió últimamente en Grado (Oviedo); comparecerá en término de diez días ante el Juzgado de instrucción de Pravia, a prestar declaración en causa número 64 del año actual, instruída en virtud de denuncia del mismo por delito de ejercicio público e ilícito de la profesión de Odontólogo⁴⁹”.

Ramón Alcaide Burillot, subinspector de Odontología en Madrid, falleció el 6 de enero de 1932⁵⁰. Era viudo desde 1924 de una colega de su madre, la Cirujano-dentista María de la Encarnación Torrente⁵¹. Ella y su hijo, el médico y odontólogo Ramón Alcaide Torrente, se anunciaron en Madrid (calle Peligros, nº. 13) y en la ciudad materna de Guadalajara (calle Estudio, nº. 14, y más tarde en la calle Mayor baja -después Miguel Fluiters-), donde ejercieron juntos la misma profesión.



Ramón Alcaide (Caricatura del dentista M. Rochina).

Notas

1. Sanz, J. *La mujer en la Odontología española*. Revista Vasca de Odontostomatología, 5, 1996, págs. 259-270.
2. *La Voz Montañesa*, nº. 2880, 2 de agosto de 1884, pág. 1.
3. *La Voz de Murcia*, nº. 7440, 21 de septiembre de 1882, pág. 3.
4. Arrieta, J. *Madame Antoine, la primera dentista de Bilbao*. El Correo, 4 de agosto de 2020.
5. *La Correspondencia de España*, nº. 9813, 2 de febrero de 1885, pág. 1.
6. *Diario de Córdoba*, nº. 6663, 3 de noviembre de 1872, pág. 4.
7. *El Album*, nº. 40, 31 de agosto de 1873, pág. 6.
8. *La Correspondencia de España*, nº. 7423, 19 de abril de 1878, pág. 4.
9. Ídem., nº. 10628, 28 de abril de 1887, pág. 2.
10. Ídem., nº. 10644, pág. 1.
11. Ídem., nº. 12722, 4 de febrero de 1893, pág. 3.
12. Ídem., nº. 11101, 18 de agosto de 1888, pág. 3.
13. *Diario de Córdoba*, nº. 12080, 2 de agosto de 1889, pág. 3.
14. *La Correspondencia de España*, nº. 11862, 26 de septiembre de 1890, pág. 2.
15. Ídem., nº. 12088, 10 de mayo de 1891, pág. 2.
16. Ídem., nº. 11171, 30 de octubre de 1888, pág. 3.
17. Ídem., nº. 11182, 10 de noviembre de 1888, pág. 2.
18. Ídem., nº. 8978, 21 de octubre de 1882, pág. 4.
19. Ídem., nº. 9545, 10 de mayo de 1884, pág. 2.
20. Ídem., nº. 9672, 14 de septiembre de 1884, pág. 4.
21. *El Correo*, nº. 2202, 4 de abril de 1886, pág. 1.
22. *La Voz Montañesa*, 27 de julio de 1884, pág. 1.
23. Ídem., nº. 2883, 6 de agosto de 1884, pág. 1.
24. *El Tradicionalista*, nº. 282, 9 de octubre de 1887, pág. 3.
25. *El Guadalete*, nº. 11396, 23 de mayo de 1893, pág. 2.
26. *La provincia*, nº. 17, 10 de octubre de 1893, pág. 2.
27. *El Porvenir de León*, nº. 2393, 6 de octubre de 1886, pág. 1.
28. *El Diario de León*, nº. 32, 8 de octubre de 1886, pág. 3.
29. Ídem., nº. 35, 12 de octubre de 1886, pág. 1.
30. *El Carbayón*, nº. 1748, 27 de noviembre de 1886, pág. 1.
31. *Diario de Córdoba*, nº. 11364, 5 de julio de 1887, pág. 3.
32. *La Odontología*, 5, 1897, pág. 163. En este número se incluye su monografía presentada al Concurso de Premios de la Sociedad Odontológica Española con el título “Irregularidades de los dientes”, págs. 129-155.
33. *El Guadalete*, nº. 15356, 11 de febrero de 1905, pág. 2.
34. *Ejército y Armada*, nº. 5448, 28 de abril de 1923, pág. 1.
35. *El Telegrama del Rif*, nº. 8717, 24 de octubre de 1825, pág. 2.
36. *La Odontología*, septiembre de 1929, pág. 455.
37. *La Correspondencia de España*, nº. 10516, 6 de enero de 1887, pág. 3.
38. Ídem., nº. 12270, 10 de noviembre de 1891, pág. 4.
39. Sanz, J. *Historia de la Odontología Española*. Madrid, CEU Ediciones, 2021, pág. .
40. *La Correspondencia de España*, nº. 14578, 4 de enero de 1898, pág. 2.
41. Ídem., nº. 16665, 23 de septiembre de 1903, pág. 3.
42. Ídem., nº. 21008, 19 de agosto de 1915, pág. 7.
43. *La Libertad*, nº. 1744, 25 de octubre de 1925, pág. 6.
44. *La Correspondencia de España*, nº. 15973, 31 de octubre de 1901, pág. 3.
45. *Flores y Abejas*, 19 de noviembre de 1905, pág. 6.
46. *Heraldo de Zamora*, nº. 2670, 17 de febrero de 1906, pág. 2.
47. *Correo de la Mañana*, nº. 3369, 26 de diciembre de 1924, pág. 2.
48. Rochina y Murillo, R. *Caricatura dental*. Madrid, 1913, pág. 27.
49. Boletín Oficial de la Provincia de Oviedo, nº. 252, 5 de noviembre de 1929, pág. 4.
50. *La Odontología*, 1, 1932, pág. 62.
51. Ídem., 3, 1924, pág. 183.

XLVII REUNIÓN DE LA SEOP

XIV REUNIÓN DE LA SPOP

V REUNIÓN IBÉRICA DE ODONTOPEDIATRÍA

14, 15 y 16 de Mayo de 2026

ZARAGOZA



Auditorio de Zaragoza
c/ Eduardo Ibarra, 3
50009 Zaragoza



WWW.SEOPZARAGOZA.COM

EL DOCTOR G Y LA CLÍNICA DEL FUTURO

José Santos Carrillo Baracaldo.
Médico Estomatólogo.
Catedrático de Odontología por la UEM.
Escritor y artista plástico



Era el año 2130. La ciudad despertaba con un murmullo apenas perceptible, un susurro de zumbidos metálicos que flotaban en el aire: taxis voladores surcando el cielo, obedientes a trayectorias invisibles.

El doctor G abrió los ojos cuando su despertador cuántico lo envolvió en una melodía sutil, elegida para acompañarse con sus últimas ondas cerebrales. La ciencia lo había confirmado: un buen despertar podía dictar la armonía de todo un día.

En la mesa, el desayuno orgánico aguardaba como un pequeño ritual de bienestar, diseñado al detalle por su entrenador cardiosaludable.

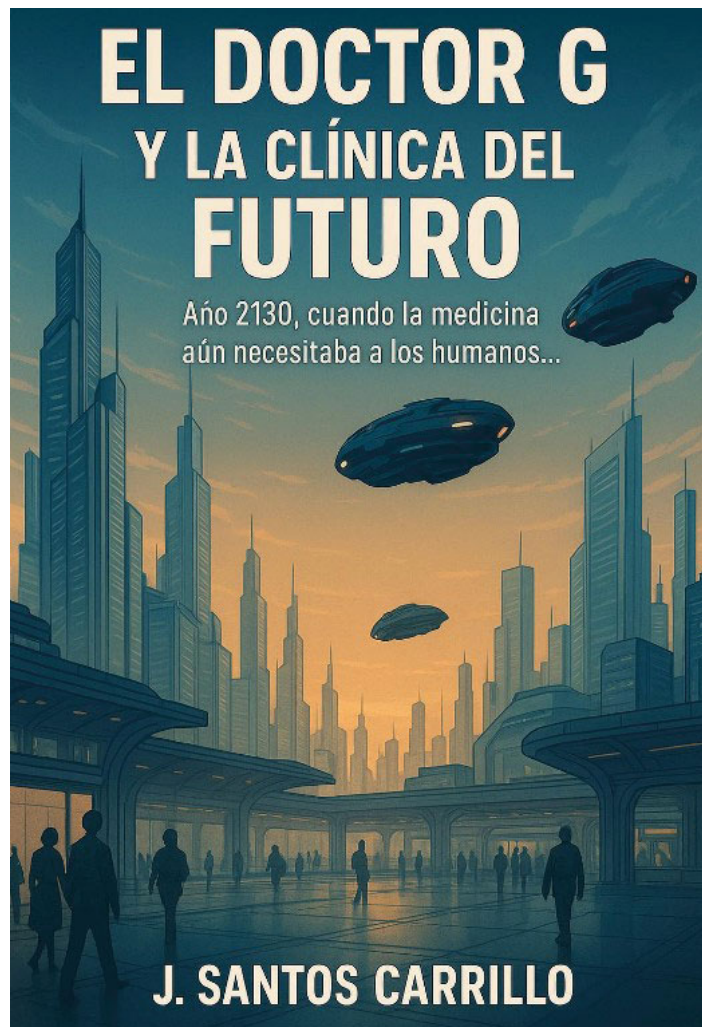
A sus 68 años, G mantenía la vitalidad de un atleta. Su único tropiezo había sido un diente perdido en un accidente deportivo, pero el Dr. V, su fiel ayudante, lo había devuelto a la vida gracias a células madre extraídas de la propia pulpa dental y modeladas en una impresora biológica tridimensional. Una proeza de la medicina y la tecnología.

Su clínica, especializada en ancianos, atendía a pacientes que superaban con naturalidad los cien años. En ocasiones, G relataba cómo había tenido que retirar viejos implantes metálicos, vestigios de una época en que la ciencia aún no comprendía los riesgos de lo inerte. Aquellos días quedaron atrás, sustituidos por una medicina exclusivamente biológica.

G era feliz en su rutina. Sabía, sin embargo, que aún le aguardaban largas horas de trabajo: al menos 15 semanales hasta alcanzar la jubilación, que las autoridades habían retrasado hasta los 87 años. Según la propaganda oficial, el sacrificio sería recompensado con décadas de bienestar, e incluso con la promesa de programas de antienvjecimiento. Pero a G le asaltaban dudas: ¿valía la pena prolongar la vida más allá de lo que dictaba el cuerpo?

De pronto, un sonido punzante se coló en su mente. Su compañera, con un suave codazo, le recordó que debía levantarse para acudir a la clínica; si no, que hubiera cotizado más, porque como autónomo no le quedaba más remedio que seguir trabajando.

Entonces, la ilusión se quebró. El calendario del móvil marcaba el año 2026. G, con sus 68 años doloridos, despertaba de su sueño. Sabía que debía trabajar al menos cinco años más para sobrevivir, aunque fuera a costa de fármacos. Frente al espejo, una lágrima silenciosa rodó por su mejilla. Y, sin embargo, al pensar en sus pacientes, en todo lo que aún podía ofrecerles, una leve sonrisa iluminó su rostro. Con ella emprendió el camino hacia otro día de labor.



RETRATAMIENTOS

ZERO

NO DEJES QUE LA PERIIMPLANTITIS REDUZCA TUS BENEFICIOS



incidencia periimplantitis en paciente



sobrecoste de materiales

Coste oportunidad:



hora de tratamiento

Coste hora/sillón periimplantitis: 600€



pérdida de beneficio

Disminución satisfacción paciente = menos ★★★★★☆ valoración a la clínica



39,5%
pacientes presentan complicaciones en el seguimiento a 10 años.



citas adicionales por aflojamiento de tornillos



Descarga el informe aquí.

GAP ZERO
TECHNOLOGY

ticare

Cómo fijar honorarios en Odontología



Juan Carlos Mejía Ossa
Director de la Clínica Oral Country de Bogotá,
Autor del libro "Convierta su consultorio en una empresa exitosa"

Introducción

¿Por qué algunos pacientes viajan miles de kilómetros para atenderse con un odontólogo en Colombia, mientras otros cambian de clínica por una diferencia mínima en el precio de un tratamiento en la misma ciudad?

La respuesta a esta pregunta requiere entender que **los honorarios no son solo números: son la traducción del valor que el paciente percibe en el trato, la formación, la experiencia y la tecnología que ponemos a su servicio.**

Competir únicamente por precios es un error que destruye el valor, la credibilidad y la sostenibilidad de nuestra consulta.

En un mundo en el que la Odontología ya no tiene fronteras, **donde la digitalización abre puertas a pacientes locales e internacionales**, competir únicamente por precios es un error que destruye valor, credibilidad y sostenibilidad. El odontólogo debe aprender a cobrar de manera justa y dejar claro que formación, servicio, experiencia y tecnología digital se traducen en el valor de sus honorarios.



Cómo fijar precios en odontología

Definir honorarios no puede reducirse a copiar lo que cobra la competencia. **Cada tarifa debe reflejar la combinación única de formación académica del profesional, experiencia clínica, tecnología aplicada y calidad del servicio humano.** Cuando los precios se fijan de manera consciente, se construyen marca, sostenibilidad y respeto, evitando dinámicas que terminan devaluando la profesión.

Quien fija sus precios basados únicamente en la competencia cae en una espiral peligrosa. Termina convertido en una simple variable de negociación, erosiona la percepción de valor de su servicio y se acostumbra a un paciente que solo regatea, olvidando que quien lo atiende es un profesional. Además, pierde la capacidad de justificar incrementos futuros.

Como afirma Ana Salazar, experta en pricing: "Un aumento bien gestionado del 1% puede incrementar la utilidad hasta en un 11%". **La guerra de precios nunca es una estrategia saludable: deteriora la calidad, reduce la rentabilidad y termina perjudicando al paciente, que recibe menos de lo que espera y merece.**

El precio no es costo ni gasto: es percepción de valor

Para el paciente, el gasto es lo que teme; para el odontólogo, el costo es lo que calcula. Pero lo que realmente debe existir entre ambos es la percepción compartida del valor. **El pa-**

Basarse solo en la competencia es caer en una peligrosa espiral, en la que se erosiona la percepción de valor de su servicio y atrae a un paciente que solo regatea por el precio

ciente no paga un procedimiento aislado: paga lo que ese tratamiento significa en su vida. Menos dolor, mejor estética, mayor durabilidad, menor tiempo y más confianza son beneficios que superan la simple visión de un presupuesto.

También intervienen las emociones: sentirse bien consigo mismo, mejorar su autoestima y proyectar seguridad personal y profesional. **Un automóvil de alta gama nunca será percibido como barato, porque su precio refleja calidad y confianza; lo mismo ocurre en odontología.**

Cuando el paciente entiende el valor, el precio deja de ser un problema: quien compite por precio pierde, quien construye valor gana. Y recordemos: se pierden más pacientes por servicio que por honorarios.

Cuando el paciente entiende el valor, el precio deja de ser un problema: quien compite por precio pierde, quien construye valor gana

Cómo generar valor con la odontología digital

El valor no se explica con palabras: se demuestra con resultados. La odontología digital ofrece oportunidades únicas para justificar honorarios diferenciales. La **ortodoncia invisible** permite planificar con inteligencia artificial, programar movimientos lógicos, reducir visitas y ofrecer comodidad y estética con la posibilidad de mostrar simulaciones antes de iniciar el tratamiento.

La rehabilitación digital con sistemas CAD/CAM y tecnología 3D facilita la colocación de carillas, coronas y lentes cerámicos con mínima invasión, rapidez y resultados naturales. **El láser dental aporta precisión**, menos dolor, cortes limpios y recuperación más rápida, con aplicaciones múltiples en todas las especialidades. **La endodoncia con magnificación eleva el éxito de los tratamientos** al detectar con mayor precisión conductos complejos.

La planificación quirúrgica digital disminuye riesgos y tiempo operatorio, aumentando confianza y predictibilidad. **La radiología digital reduce la cantidad de radiación** y mejora la calidad de diagnóstico, con la posibilidad de integrar imágenes en software de planeación y telemedicina. Finalmente, **el escáner intraoral**

aporta máxima precisión, comodidad y un flujo digital seguro.

Todas estas herramientas refuerzan la confianza del paciente y muestran que la odontología moderna no se mide en precios, sino en valor tangible.

El papel del servicio humano en la diferenciación

La tecnología sorprende, pero lo que el paciente recuerda es cómo le hicimos sentir. **La empatía, la escucha activa y el trato cercano generan fidelidad.** El servicio humano convierte la excelencia clínica en experiencias memorables. Un paciente puede irse por precio, pero regresa por servicio. Uno que se va por mal servicio, jamás volverá, sin importar el costo.

Estrategia de precios y objetivos

Antes de fijar honorarios, **el odontólogo debe preguntarse si se busca ganar mercado, abrir un nuevo segmento, maximizar volumen o margen, o fidelizar con calidad y servicio.** La respuesta definirá su estrategia de precios.

Como recuerda Ana Salazar, "aumentar el volumen de pacientes en un 1% mejora la rentabilidad en un 3%". **El precio, entonces, debe ser estratégico y coherente con los objetivos del consultorio, no con la ansiedad de competir por ofrecer el servicio más barato.**

Conclusión

La Odontología moderna no tiene fronteras de calidad o servicio, ni compite en precios: compite en valor, precisión y confianza. La digitalización abre dos grandes caminos: exportar servicios, atrayendo pacientes de otras ciudades o países, y fortalecerse en el mercado local, donde cada vez más personas valoran la excelencia y están dispuestas a pagar por ella.

El paciente puede olvidar cuánto pagó, pero jamás olvidará el valor que recibió ni cómo lo hicimos sentir. **El reto no es vencerlo de pagar más, sino mostrarle que su inversión en salud, confianza y calidad de vida es invaluable.** Ese es el camino de la odontología sin fronteras.

La digitalización abre dos grandes caminos: atraer pacientes de otras ciudades o países, y fortalecerse en el mercado local, donde cada vez más personas valoran la excelencia y están dispuestas a pagar por ella

(Nota: Este artículo ha sido cedido a ODH por Dental Tribuna Latinoamérica)

TICARE en SEPA Granada



Sepa26
Granada
20 — 23/May
2026

Taller

Ignacio Lorenzo Vignau

Claves para el éxito en cirugía guiada
Jueves, 21 Mayo
11.30 - 15.00

ticare MOVING FOR CARE
sepa2026.es

Sepa26
Granada
20 — 23/May
2026

Charla

Simón Pardiñas

Complicaciones quirúrgicas y protésicas en implantología oral
Jueves, 21 Mayo
17.30 - 19.00

ticare MOVING FOR CARE
sepa2026.es

Sepa26
Granada
20 — 23/May
2026

Taller

Jerián González

Cuando mantener o explantar un implante con periimplantitis
Jueves, 21 Mayo
15.30 - 19.00

ticare MOVING FOR CARE
sepa2026.es

Sepa26
Granada
20 — 23/May
2026

Taller

Alberto Salgado

Manejo de tejidos blandos alrededor de dientes e implantes en el sector anterior estético
Viernes, 22 Mayo
09.00 - 13.30

ticare MOVING FOR CARE
sepa2026.es

Sepa26
Granada
20 — 23/May
2026

Charla

Carla Fons

Fernando Noguero

Octavi Camps

Tendencias clínicas en la prevención de la periimplantitis
Viernes, 22 Mayo
12.00 - 13.30

ticare MOVING FOR CARE
sepa2026.es



Optimizar procesos, el objetivo del curso de prótesis con Ticare BioCAM

Ticare afianza un año su apuesta por la formación a protésicos y prostodoncistas.

El próximo 8 de mayo, en horario de 09:30 a 18:30h, tiene lugar el curso "Optimización de procesos con Ticare BioCAM", impartido por el Sr. Francesc Masip.

Durante la jornada, se abordarán temas como la instalación de librerías, tejidos blandos y perfiles de emergencia, pasividad de estructuras y ejes de inserción o soluciones mecanizadas y anguladas que ofrece el centro de fresado BioCAM.

Todo ello bajo la voz de la experiencia que ofrece Francesc Masip, protésico desde más de 34 años, especializado en tecnología CAD-CAM y en impresión 3D dental.

 ticare

Optimización de procesos con Ticare BioCAM

Sr. Francesc Masip

8 mayo 2026
09:30 a 18:30h
Inscripción gratuita



Ticare BioCAM, línea de prótesis personalizada fabricada en nuestro centro de fresado de Ticare

BioCAM

La formación tiene lugar en las instalaciones de Ticare, donde los asistentes podrán comprobar de primera mano cómo se fabrica en el centro de fresado.

Más información e inscripciones en
www.ticareimplants.com/formacion

Ticare lanza un set de topes de fresa optimizado Menos elementos, más precisión

 ticare

NOVEDAD

SET TOPES DE FRESA
Menos
elementos,
más
precisión



El nuevo Set de Topes de Fresa es la perfecta solución de compromiso para realizar el **alveolo con precisión** con los mínimos componentes posibles.

El sistema responde a una necesidad habitual en clínica: garantizar la profundidad de fresado con seguridad desde las primeras fases del procedimiento, minimizando al mismo tiempo la complejidad instrumental. Se emplean fresas con tope para controlar con precisión la profundidad hasta la fresa de $\varnothing 3,2$ mm. Estos topes de fresa garantizan que el alvéolo alcance la profundidad deseada de forma precisa y segura.

En cuanto a su uso, una vez definida la profundidad de fresado, las fresas posteriores a dicha secuencia se utilizan sin tope, ampliando únicamente el diámetro del alveolo ya establecido.

Este lanzamiento ya se encuentra disponible en la **tienda online Genetic**.

<https://genetic.ticareimplants.com/tienda/instrumental-quirurgico/set-bandeja-topes-fresa-basico-n461/>

Zirkonzahn.Implant-Planner: Colaboración segura en la planificación del implante

El Zirkonzahn.Implant-Planner permite mejorar la colaboración entre el laboratorio y el consultorio, así como compatibilizar la planificación de una rehabilitación dental estética con los implantes (Backward Planning). A partir de los datos digitales combinados del paciente (datos DICOM, escaneos de modelos, escaneos intraorales y escaneos faciales en 3D), y teniendo en cuenta la estructura ósea, así como un set-up, el profesional determina en primer lugar la posición óptima del implante (en cuanto a función y estética).

Debido a que el software lo guía paso a paso en la planificación del implante, le facilita el trabajo desde la primera fase hasta la última. Gracias a esto, no es necesario un conocimiento profundo del software. Los datos de la planificación se pueden transferir al laboratorio en modo muy sencillo e inmediato con la función «transferencia de datos».

En el laboratorio se produce la guía quirúrgica, la restauración dental, la cucharilla (cubeta) de impresión y/o el modelo con los análogos de laboratorio. De esta manera es posible entregar al dentista todos los componentes necesarios para la colocación inmediata de la rehabilitación soportada por implantes (Immediate Loading). Además, pueden fabricarse una cubeta de impresión individual y/o un modelo con análogos de laboratorio.

Zirkonzahn



Cada fase de trabajo se integra completamente en el flujo de trabajo existente de Zirkonzahn. Gracias a la función de intercambio de datos abiertos, la producción también puede realizarse con sistemas CAD/CAM de otros fabricantes o mediante técnicas de impresión 3D.

En mayo, el sector Maxilofacial se da cita en Oviedo



Del **28 al 30 de mayo** de 2026, **Oviedo acogerá el 28º Congreso Nacional SECOMCyC**, de la Sociedad Española de Cirugía Maxilofacial y de Cabeza y Cuello.

En estos días, se abordarán diferentes temáticas en formatos de mesa redonda dentro del programa general. Temas como la cirugía craneofacial, prótesis ATM, lesiones neurológicas, cirugía estética facial o nuevas tecnologías y diseños en implantología serán algunos de los puntos fuertes del programa.

En esta cita, Ticare reafirma su compromiso con SECOM, sociedad con la que colabora desde el inicio de su recorrido en implantología hace ya más de 25 años.

Varios Combi Pro2

DISPOSITIVO PARA TRATAMIENTO PERIODONTAL

Contenido:

- Unidad de control Varios Combi Pro2
- Pieza de mano ultrasonidos VA2-LUX-HP-Ti
- Manguera ultrasonidos VA2-LUX-HP-Ti
- Depósito Prophy
- Manguera Prophy
- Pieza de mano para aeropolido (Prophy)
- Pedal de control inalámbrico
- Soporte
- Manguera de aire
- Manguera de agua
- Cable de red
- Set de botellas de irrigación
- Set CLM
- Puntas ultrasonidos: G8, G16 y P20
- Polvo FLASH pearl (300 g)

Especificaciones:

- Dimensiones: A 249 × P 290 × Al 215 mm (sin los depósitos)
- Peso: 3.5 kg
- Fuente de alimentación: AC 220 - 240 V, 50/60 Hz
- Frecuencia de trabajo (ultrasonidos): 28 - 32 kHz
- Potencia máxima (ultrasonidos): 11 W

get it!

**COMPRA YA
PAGA LUEGO**

* Paga durante 10 meses sin intereses



SOLO **589,90€** /MES

VARIOS COMBI PRO2

Dispositivo para
Tratamiento Periodontal
Varios Combi Pro2
REF. Y1500505



Tratamiento
Periodontal Subgingival
Kit Perio
REF. Y1500470



Para pieza de mano Perio
Boquilla Jet
REF. TA10770106



5.899€*
~~9.789€*~~



**COMPRA YA
PAGA LUEGO**

* Paga durante 10 meses sin intereses



SOLO **181,90€** /MES

ICART PROPHY2

Carrito de soporte
iCart Prophy2
REF. S9898



Para iCart Prophy2
Kit botella de agua
REF. Y1500719



Solución desinfectante
b.clean
REF. BCL600



1.819€*
~~3.042€*~~



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