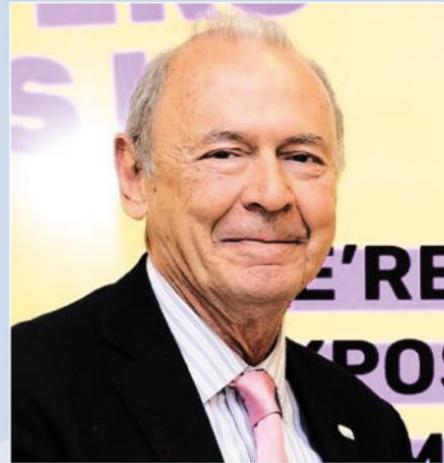


ODONTÓLOGOS de hoy

Volumen 13
Nº 65 junio 2024



Hablamos con Aida Gutiérrez



Francisco Rodríguez Lozano
Distinguido por la O.M.S.



XXI
Congreso
SECIB
14-15 NOV'24 GIRONA



Éxito científico y de participación en SEGER 2024

X Simposio Internacional 20 años Avances en Cáncer Oral

eman la zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

3 - 5 julio
Bilbao



Zirkonzahn[®]
Human Zirconium Technology

ticare
MOVING FOR CARE

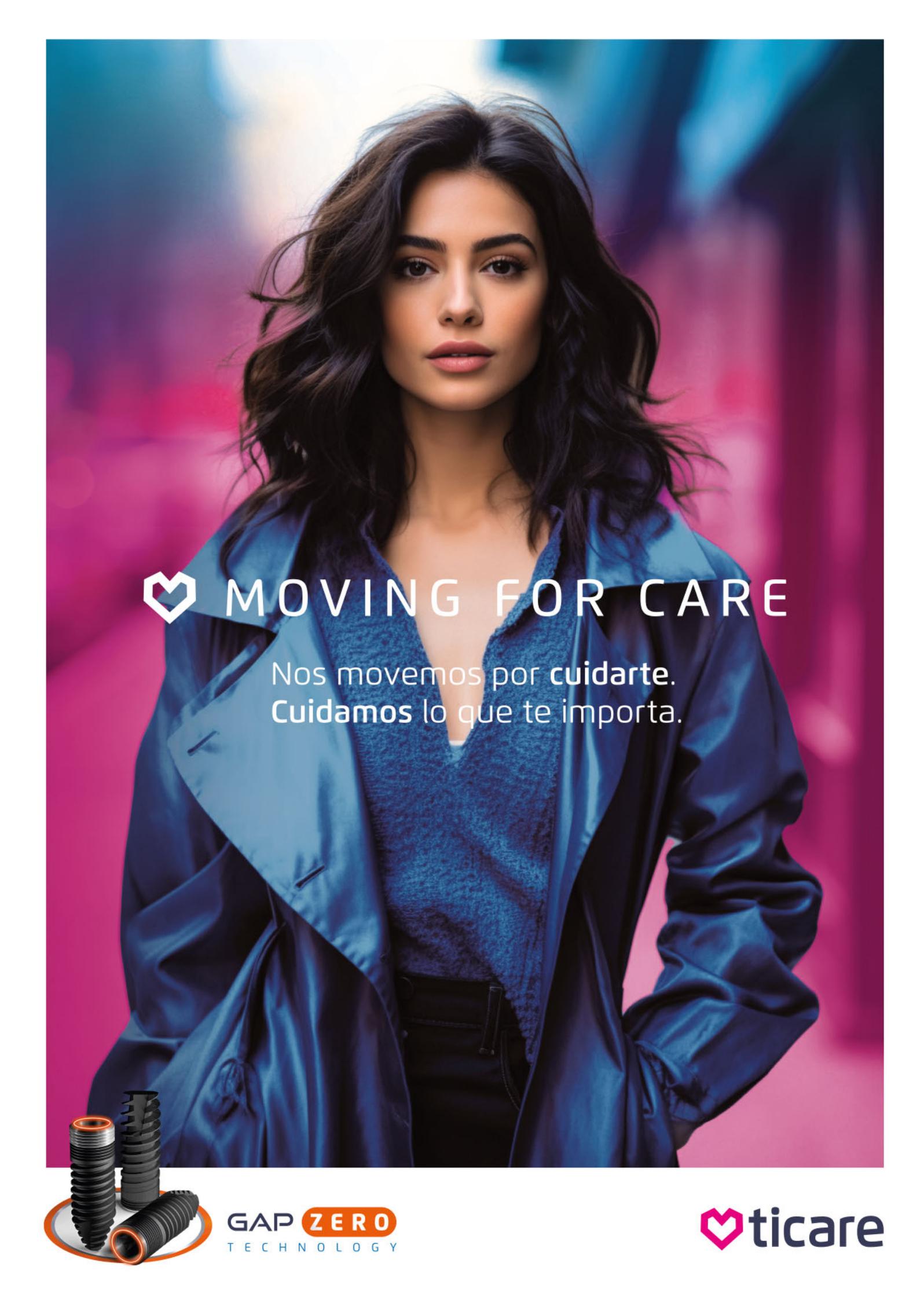
NSK

MC
ACADEMIA FOTOGRAFICA

FINCLINIKS[®]
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

30 antón
1994-2024

sonría
xfavor



 MOVING FOR CARE

Nos movemos por cuidarte.
Cuidamos lo que te importa.



GAP **ZERO**
TECHNOLOGY

 **ticare**

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

🔗 “Pues sí, *Spain is different*: hagamos de la necesidad virtud”

Tribuna de salud pública. 08

🔗 Consecuencias de la pandemia COVID-19 en las desigualdades de acceso a servicios de salud bucodental en España

Actualidad 10

- 🔗 SEGER 2024
- 🔗 Congreso de la SECOMCyCC
- 🔗 Congreso de la Sociedad Española de Odontopediatría
- 🔗 Francisco Rodríguez Lozano premiado por la O.M.S.
- 🔗 Máster Ortodoncia Integrativa Avanzada.
- 🔗 II Jornadas de Salud Bucodental

Entrevista 18

🔗 Aída Gutiérrez Corrales

Ciencia y salud 27

- 🔗 Radiolucidez periapical: No siempre es un quiste, ni es odontogénica ni secundaria a pulpitis
- 🔗 TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS
- 🔗 Estética y blanqueamiento dental en la era digital

Historia de la Odontología 36

🔗 La anatomía dental en la obra de Martín Martínez

Formación 40

Empresas 42

- 🔗 Paquete completo para ampliar el flujo de trabajo digital
- 🔗 Webinar “Cómo hacer una primera visita ideal”
- 🔗 Ticare: Moving for Care
- 🔗 Set Explantación
- 🔗 Actualización librería Ticare para RealGuide
- 🔗 Promociones Ticare Sepa24

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

Oferta

DESDE EL 27 DE MAYO
HASTA EL 28 DE JUNIO DE 2024

¡Flash!

Ti-Max Z **LED**

TURBINAS DE TITANIO · CON LUZ

2 años de garantía

- Cabezal en ángulo de 100°
- Cuerpo de Titanio con DURAGRIP Resistente a arañazos
- Rodamientos de Cerámica
- Óptica de Vidrio Celular
- Portafresas Push Botton
- Spray Quattro
- Sistema de Cabezal Limpio
- Parada rápida
- Microfiltro
- DYNAMIC POWER SYSTEM
- DURAPOWVER CHUCK
- Fácil cambio de cartucho
- Velocidad: 280.000-360.000 min⁻¹
- Tamaño del Cabezal: ø12,1 x H 12,7 mm

POTENCIA 44W



Conexión NSK
MODELO **Z990L**
REF. **PA2373**

Conexión KaVo®
MULTiflex®
MODELO **Z990KL**
REF. **PA2375**

OFERTA 1 + 1

Z990L + Z990L

1.259€* ~~3.482€*~~

2 TURBINAS DEL MISMO MODELO

Z990KL + Z990KL

1.259€* ~~3.482€*~~



Ti-Max Z **LED**

CONTRA-ÁNGULOS DE TITANIO · CON LUZ

3 años de garantía

- Clean Head System (Anti-Retorno)
- Con Luz
- Multiplicador 1:5
- Spray Quattro (2 tipos de Spray: bruma y chorro)
- Velocidad Máxima: 200.000 min⁻¹
- Portafresas Push Button
- Rodamientos de Cerámica
- Microfiltro

SPRAY SWITCH



MODELO **Z95L**
REF. **C1034001**

779€*
~~1.830€*~~



Mira como los contra-ángulos NSK reducen considerablemente la generación de aerosoles.

¡Síguenos!

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain

NSK Dental Spain



La Administración Pública y la mercantilización de la asistencia

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Cuando es la Administración del Estado, directamente o por medio de sus organismos autónomos, la que contribuye a la mercantilización de las profesiones sanitarias, nos tenemos que preocupar seriamente por la deriva que esto conlleva.

El Real Decreto 435/2024, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 472/2021, de 29 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2018/958, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de junio de 2018, relativa al test de proporcionalidad antes de adoptar nuevas regulaciones de profesiones, recoge que la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) emita un informe preceptivo, no vinculante, sobre las propuestas de nuevos códigos deontológicos o modificaciones de éstos, obligando a los colegios a motivar cualquier desacuerdo con las observaciones de la CNMC.

Que quien se encarga de controlar la competencia al más puro estilo mercantilista, entre a tutelar la deontología profesional, se nos antoja como poco un gran disparate.

Ya en más de una ocasión nos hemos visto sorprendidos por decisiones que, afortunadamente fueron corregidas por los tribunales, demostrando la falta de sensibilidad de estas instituciones hacia los problemas de salud.

La excusa de la trasposición de directivas comunitarias a la hora de elaborar estas normas, como si fuese algo ajeno no nos convence, en Europa están los mismos partidos que en Madrid y les votamos los mismos ciudadanos.

Las normas deontológicas son una función esencial de los colegios para garantizar el correcto ejercicio profesional y la protección de los pacientes.

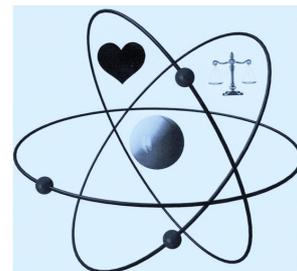
Los códigos son criticables y mejorables, pero siempre en su ámbito de actuación y por quienes tienen la competencia para regular la profesión.

Los Códigos Deontológicos deben redactarse con un decisivo espíritu de servicio al ciudadano que, requiere la asistencia para recuperar o mantener su salud, pero nunca sujetos a intereses de mercado.

El Colegio de Madrid (COEM) ya ha anunciado el inicio de los pasos necesarios para estudiar el correspondiente recurso contencioso-administrativo, ante el Tribunal Supremo.

Esperemos que esto no se quede en la pose habitual, en prensa, de algún alto representante colegial y se siga el ejemplo del COEM.

“Pues sí, *Spain is different*. hagamos de la necesidad virtud”



Irene Roch

Desde el año 1944 en que se modificó el título de Licenciado en Odontología y se transformó en una especialidad de la Medicina hasta el año 1986, el ejercicio profesional de “Dentista” era competencia exclusiva de los médicos especialistas en Estomatología. Lo que hoy conocemos como “Odontología” había venido siendo hasta esas fechas una especialidad más de la Medicina a la que se accedía mediante pruebas de acceso diferenciadas del conocido MIR. Solo cuatro años después, en 1990, se incorporó también a ese sistema de selección. El sistema de formación era extrahospitalario y se impartía en Escuelas Profesionales universitarias, en nuestro caso de Estomatología, Medicina Legal y Forense o Medicina del trabajo tenían un sistema equivalente.

En el año 1986 fue de nuevo creada la Licenciatura de Odontología en España, pero en esta ocasión se hizo ya en base a los referentes europeos, con cinco años de formación y un currículum profesionalizante desarrollado en nuevas Facultades de Odontología que sucesiva y progresivamente fueron sustituyendo a todas las Escuelas de Estomatología de las Universidades públicas españolas. Desde entonces, la nueva profesión de “Dentista” pasó a ser desempeñada también por jóvenes odontólogos y odontólogas. Muy pocos años después dejó de convocarse la formación en la especialidad médica de Estomatología, por lo que, en la actualidad, el acceso a la profesión odontológica en nuestro país, se realiza de manera exclusiva a través de las Facultades de Odontología.

Los criterios aprobados por la Unión Europea que inspiraron el nuevo título profesional facultaban para el ejercicio profesional de manera directa. También contemplaban la creación de las especialidades odontológicas que, en mayor o menor grado, han sido desarrolladas en todos los países miembros con una excepción: la nuestra. Una vez más, España ha demostrado ser incansable en su capacidad de ser diferente (*Spain is different*) y 38 años después, aún no han llegado a sustanciarse las especialidades de la Odontología en nuestro país.

En España se gradúan cada año por encima de 2.000 nuevos dentistas en las 24 Facultades de Odontología públicas y privadas existentes, que en los próximos dos años superarán la

treintena al incorporarse seis nuevas Facultades de Universidades privadas. El 57,3% de los egresados son mujeres habiéndose incrementado este dato en 13 puntos desde 2010 y esta proporción continua al alza.

A fecha 1 de enero de 2021, última fecha publicada por el Instituto Nacional de Estadística a la que he tenido acceso, el número total de dentistas en España era de 39.764, habiéndose producido un significativo incremento del 43% con respecto a los 10 años previos. Actualmente, el 59,8% tienen menos de 45 años, lo que indica una población profesional muy joven inmersa en un profundo cambio generacional.

Los continuos avances de la Odontología, tanto en su vertiente teórica como práctica, discurren paralelos a los de otras profesiones sanitarias, singularmente la medicina, precisando de una permanente actualización y podríamos considerar que, desde hace ya muchos años, han configurado un cuerpo de doctrina específico. De hecho, la necesidad de completar la formación adquirida durante los estudios de grado ha sido una constante en los profesionales odontólogos que masivamente acuden a la formación de postgrado, tanto dentro como fuera del ámbito universitario, para ampliar sus conocimientos, habilidades y aptitudes profesionales buscando adquirir competencias para centrar su ejercicio profesional en los ámbitos de conocimiento especializado que den respuesta tanto a sus preferencias y expectativas profesionales como a las crecientes y cada vez más complejas demandas de salud bucodental de sus pacientes.

... la creación de las especialidades odontológicas que, en mayor o menor grado, han sido desarrolladas en todos los países miembros con una excepción: la nuestra



Desde hace más de veinticinco años se vienen ofertando por diferentes organismos e instituciones de nuestro país programas formativos postgraduados. Pero, en todo caso, los cursos de postgrado que actualmente realizan los dentistas españoles para incrementar sus conocimientos sobre distintas áreas de la Odontología generan dificultades entre la ciudadanía y los propios pacientes a la hora de interpretar su validez real ya que, a menudo, asemejan con terminologías ambiguas -cuando no confusas- la formación impartida por esta vía (especialista, experto, máster, etc.). Además, se trata de una formación muy cara, por lo que el acceso a la misma está marcado por el sesgo de la renta.

la necesidad de completar la formación adquirida durante los estudios de grado ha sido una constante en los profesionales odontólogos que masivamente acuden a la formación de postgrado

En el ámbito universitario, estos programas se han canalizado fundamentalmente por la vía de las enseñanzas propias, que han proliferado de forma exponencial. Sin embargo, se trata de títulos propios que, por su naturaleza, son títulos no oficiales. Y en el ámbito externo a las universidades o extrauniversitario, existe un abigarrado conjunto de ofertas docentes de postgrado sustraídas a cualquier regulación y con escasos requisitos de acreditación o control, frecuentemente mediatizadas por los intereses comerciales o económicos de la industria o las entidades que las sufragan y amparadas o patrocinadas principalmente por cuatro colectivos diferentes: Sociedades Científicas, Colegios Profesionales, Empresas del sector dental y Profesionales privados que imparten diversos programas de formación.

Permítanme que, por ahora, finalice compartiendo con ustedes lo que considero que son dos reflexiones clave. La primera de ellas es la ratio dentista/habitantes, que en España es de un

dentista por cada 1.192 habitantes, lo que representa una cifra muy elevada teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud recomienda un dentista por cada 3.500 habitantes. España ya triplica prácticamente esta cifra. Y aquí reside la justificación esencial para la determinación de los números clausus en el acceso a la carrera de Odontología que aplican las universidades públicas españolas. Lamentablemente, no ocurre así en todas las universidades privadas que siguen favoreciendo que este indicador continúe alejándose de los estándares europeos.

La segunda reflexión que les ofrezco es que sólo uno de cada dos españoles visita al dentista al menos una vez al año, situando a nuestro país muy por debajo del promedio de la asistencia dental en la Unión Europea. Es cierto que este dato puede tener una lectura positiva por aquello de *hacer de la necesidad virtud*, pues indica que todavía queda un amplio margen de actuación profesional odontológica en nuestro país. Pero en mi criterio, este margen debería ser resuelto no con la masificación de profesionales de la Odontología sino con la mayor cualificación postgraduada del máximo número de ellos y ellas posible. Es decir, comprender que en España no se trata de formar más dentistas ya que su número prácticamente triplica el recomendado por la OMS, sino de ofrecerles formación de calidad durante más tiempo y en términos asequibles en su etapa postgraduada. Este tendría que ser el principal reto de las Facultades de Odontología españolas, tanto públicas como privadas.

Sean ustedes quienes juzguen si realmente es así.

... no se trata de formar más dentistas ya que su número prácticamente triplica el recomendado por la OMS, sino de ofrecerles formación de calidad durante más tiempo

Consecuencias de la pandemia COVID-19 en las desigualdades de acceso a servicios de salud bucodental en España

Jaime Pinilla Domínguez

Profesor Titular de Universidad

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Nuestro país cuenta con un sistema de protección de la salud de carácter universal que procura a los ciudadanos una amplia cobertura de servicios. Sin embargo, no todos los servicios de salud que un usuario pueda necesitar están cubiertos de forma gratuita, por lo que el ciudadano sólo puede acceder a ellos a través de pagos de bolsillo, que en determinadas familias acarrean un importante esfuerzo económico.

La literatura ha encontrado que en España el acceso a servicios de salud bucodental es la principal causa de esfuerzo económico por pagos a servicios de salud no cubiertos. En media, el 7% de los hogares españoles destinan el 10% o más de sus ingresos a pagos en salud bucodental, y un 2% supera el 40%. Los efectos de empobrecimiento financiero lo sufren los hogares con menos renta.

Las enfermedades bucodentales, especialmente la caries dental y la enfermedad periodontal, son afecciones crónicas muy comunes que afectan a todas las edades, desde la primera infancia hasta la tercera edad. La falta de prestaciones públicas conjuntamente con los motivos económicos son una de las razones de que exista un fuerte patrón social en las afecciones bucodentales.

La reciente pandemia COVID-19 ha representado un desafío sin precedentes para los sistemas sanitarios. Esta situación excepcional ha provocado un aumento de las desigualdades en el acceso a diferentes tipos de servicios sanitarios, y muy especial en los servicios de salud bucodental. Antes de la pandemia, en 2019, las necesidades de atención médica insatisfechas por motivos económicos, de distancia o tiempos de espera afectaban sólo a un 0,2% de la población, porcentaje muy inferior al promedio de la UE. Sin embargo, ese mismo año el acceso a servicios dentales presentaba un panorama diferente: el 5% de la población española renunciaba a ella por razones económicas, distancia o tiempos de espera, siendo este porcentaje significativamente mayor en el quintil de ingresos más bajos. En periodo de pandemia, debido a las medidas de contención, el acceso a los servicios sanitarios no COVID se interrumpió de manera drástica. Durante los primeros 12 meses el 25% de la población española había renunciado a una consulta o tratamiento médico, un porcentaje superior al de países vecinos y a la media de la Unión Europea. Ante la situación de emergencia sanitaria, las autoridades y organismos nacionales e internacionales hicieron un llamamiento a limitar la asistencia bucodental presencial a

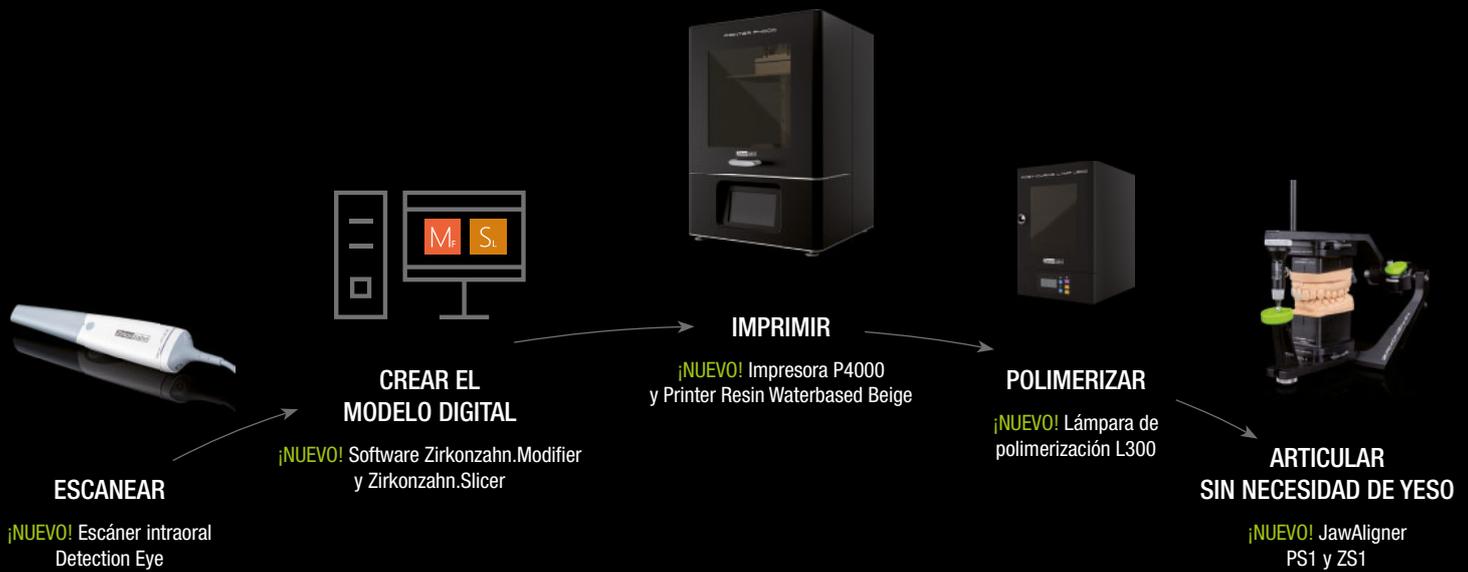
los casos urgentes. Esta circunstancia llevó al cierre a una gran mayoría de clínicas dentales; sólo un 40% continuó prestando servicio, de carácter urgente, a sus pacientes.

Como resultado, las desigualdades preexistentes en el acceso a servicios dentales se han visto incrementadas. El “parón” de la actividad económica afectó particularmente a las actividades y empleos asociados a rentas más bajas (hostelería y restauración, limpieza, pequeño comercio, etc.), sufriendo muchos de estos colectivos un deterioro importante en sus ingresos. Esta circunstancia está detrás del importante aumento en la renuncia a la atención bucodental post-pandemia por motivos económicos, especialmente en los grupos más vulnerables.

El análisis de la situación en España se enriquece al contrastarla con lo acontecido en otros países. En el Reino Unido, donde la pandemia también ha impactado en las desigualdades en salud, se observaron problemas similares de acceso a servicios de salud bucodental seguidos de una ligera recuperación tras la reanudación de la actividad sanitaria. Este paralelismo refuerza la idea de que la pandemia ha sido un factor globalizador en la amplificación de las desigualdades en salud bucodental.

Es imperativo que las políticas de salud pública en la era post-pandémica aborden estas desigualdades de manera efectiva, asegurando un acceso equitativo a la atención bucodental para todos los segmentos de la población. La salud bucodental debe considerarse una prioridad de salud pública, no un bien de lujo para unos pocos. El dolor dental, las infecciones y otros problemas de salud bucodental tienen un efecto importante en la calidad de vida y en la capacidad de las personas para llevar a cabo funciones diarias esenciales como comer y hablar. La atención bucodental debe considerarse un elemento básico y esencial de nuestro Sistema Nacional de Salud.

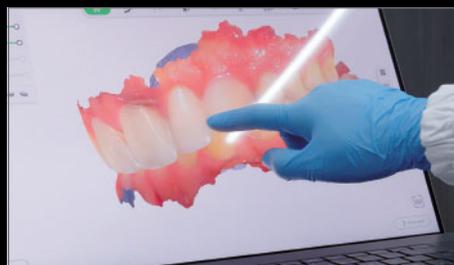
1. Cortés-Martícorena, F.J., Montiel-Company, J., Acha, B., Almerich-Torres T., Martín, J., Campus, G. Encuesta COVID-19 y práctica dental en la primera oleada epidémica en España 2020. RCOE 2021; 26:1, 224-231.
2. López-López, S., del Pozo-Rubio, R., Ortega-Ortega, M. et al. Catastrophic household expenditure associated with out-of-pocket payments for dental healthcare in Spain. Eur J Health Econ 23, 1187–1201 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01420-y>
3. Urgent need for transformative change in NHS dentistry. Lancet Feb 2024 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00352-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00352-0)



¡NUEVO! DETECTION EYE

ESCÁNER INTRAORAL – INTEGRACIÓN PERFECTA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE DATOS DE ZIRKONZAHN

- Digitalización de alta precisión en color natural y tiempo real
- Alta velocidad de escaneo: digitalización de la arcada en menos de 60 segundos
- Visualiza claramente los límites de la preparación
- Escaneo sin polvo para una mayor simplificación del proceso
- Integración óptima en el flujo de trabajo de Zirkonzahn
- Puntas autoclavables y reutilizables, disponibles en dos formatos diferentes
- Opcional: *Cart Basic* para una postura ergonómica



SEGER 2024

La Sociedad Española de Gerodontología, SEGER, celebró los días 9 a 11 de mayo de 2024 su XXII Congreso Nacional y XI Internacional en la ciudad de Barcelona

Con una asistencia que superó ampliamente los cuatrocientos congresistas, la SEGER celebró su congreso 2024. Interesantísimas ponencias a lo largo de los tres días que duró el congreso y varios talleres completaron un evento marcado por el rigor científico y la categoría humana que, desde esta sociedad se trasmite a la asistencia odontogeriátrica.

La prestación de asistencia a las personas residentes en centros de la tercera edad, ocupó un amplio espacio en este Congreso.

El acto de inauguración contó junto con el presidente del congreso Prof. Manuel Ribera, con la presencia del presidente de SEGER Prof. José María Martínez González; con la Sra. María Rosa Pons, directora general de Provisión de Servicios, Departamento de Derechos Sociales, Generalitat de Cataluña; el Dr. Boi Ruiz director de la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud de la Universidad Internacional de Cataluña; el Prof. Carles Subirà Pifarré director de la Escuela de odontología de la U. B. y el Prof. Lluís Giner, Decano de la Facultad de Odontología de la U.I.C. y presidente de la Conferencia de Decanos de Odontología de España.







SEPES Sevilla 2024

53° Congreso Anual

10 - 12 de octubre

EPA-DDS Joint Meeting

Protocolos para la práctica clínica

**INSCRÍBETE ANTES DEL 30 DE JUNIO
CON TARIFA REDUCIDA**

- + CURSO 8 HORAS CON PASCAL MAGNE
- + SIMPOSIO DIGITAL DENTISTRY SOCIETY
- + SIMPOSIO EUROPEAN PROSTHODONTIC ASSOCIATION

- + REHABILITACIÓN
- + PRÓTESIS
- + NEUROCIENCIA
- + PERIO-PROS
- + ESTÉTICA FACIAL

- + CLÍNICO-TÉCNICO
- + ENDO-CIRUGÍA
- + DIRECCIÓN CLÍNICAS DENTALES
- + AUXILIARES-HIGIENISTAS

- + JORNADA ALUMNI
- + COMUNICACIONES
- + WORKSHOPS
- + LUNCH SIMPOSIOS



SEPES

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

**CONSULTA EL PROGRAMA
Y HAZ TU INSCRIPCIÓN AQUÍ**





XXI

Congreso

SECIB

GIRONA

*APUNTA
EN TU AGENDA
LAS FECHAS
CLAVE*

21/06/24

Último día de
cuota reducida

10/09/24

Último día
para enviar tu
comunicación
libre

14-15 NOV'24

www.secibonline.com

Ponentes

Regeneración ósea

David González
Frank Schwarz
Liliana Silva
Luca de Stavola
Frank Zastrow

Tejidos blandos

Gonzalo Blasi
Santiago Carreras
Xavier Mir
David Palombo

Cirugía guiada

Luca Comuzzi
Luigi Laino
Nikos Mattheos

Rehabilitación de maxilares atróficos

Mariano del Canto
Vivek Gaur
César Muelas
Ignacio Mayo

Tratamientos multidisciplinares

Henry García
Raquel Guijarro
Montserrat Mercadé
Xavier Rodríguez

*SIMPOSIO UNIVERSIDADES
TALLERES*



PALACIO
DE CONGRESOS
DE GIRONA



SECIB

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

Congreso de la SECOMCyCC

La Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello (SECOMCyC) ha puesto el broche a una etapa con la organización de este XIX Congreso de Cirugía Oral e Implantología celebrado en Salamanca que, bajo el eslogan “Desde la cuna del saber, innovando en cirugía”, ha servido de punto de encuentro a prestigiosos profesionales de todo el mundo.

A partir del próximo año, y debido al crecimiento de esta especialidad, el encuentro, que hasta ahora se celebraba cada dos años, pasará a denominarse Congreso de Cirugía Oral y Maxilofacial y tendrá periodicidad anual.

Las intervenciones han puesto el foco en el empleo de la vanguardia tecnológica aplicada a la cirugía oral y la implantología desde el punto de vista diagnóstico y quirúrgico, lo que impacta positivamente en la supervivencia de nuestros pacientes

La intervención final estuvo a cargo del Dr. José Vicente Bagán que, abordó la relevancia futura de la inteligencia artificial en el diagnóstico y pronóstico del cáncer oral.



Congreso de la Sociedad Española de Odontopediatría

La SEOP celebró en Girona los días 9 - 11 de mayo su XLV Reunión anual





Francisco Rodríguez Lozano premiado por la O.M.S.

Todos los años con motivo del Día Mundial sin Tabaco, la O.M.S. otorga premios a personas e instituciones. Este año en la sede de Naciones Unidas en Copenhague tuvo lugar el pasado 27 de mayo la entrega de esta distinción a Francisco Rodríguez Lozano, primera ocasión en que se otorga a un español y también primera ocasión en la historia de la OMS en que se entrega a un dentista en todo el mundo.

Anteriormente como instituciones le había sido otorgado al CNPT (Centro Nacional de Prevención del Tabaquismo) que presidió el propio Rodríguez Lozano y a la Unidad de Tabaquismo del Instituto Catalán de Oncología.

Este premio es el colofón a una vida dedicada a la prevención del tabaquismo, primero en España y después en Europa. Merecido en opinión de quienes son testigos de su trayectoria en defensa de la salud. Desde aquí felicitamos a Rodríguez Lozano.

Además de su trabajo en defensa de la salud, Rodríguez Lozano se ha distinguido por su intenso trabajo por conseguir la presencia de los dentistas en las instituciones donde se trabaja en pro de la salud, motivo por el que doblemente hay que felicitarle, ser el primer dentista en el mundo en recibir esta distinción es un orgullo para toda la profesión.

Máster Ortodoncia Integrativa Avanzada. Universidad Católica de Ávila

Formación en Sistema Damon® ORMCO con el Dr. Ramón Perera Grau en el Máster OIA®

El Máster de Ortodoncia Integrativa Avanzada (Máster OIA®), que dirige la Dra. Caridad Hernández Pando, tuvo el privilegio de contar con el Dr. Ramón Perera Grau, que ha impartido un módulo especializado en el Sistema Damon®.

Durante las sesiones, el Dr. Perera ha compartido su experiencia y conocimiento sobre el Sistema Damon y la actualización que ha supuesto Damon Ultima. Los alumnos pudieron aprender de primera mano las ventajas de esta técnica, que incluye una menor fricción en los brackets, tiempos de tratamiento más cortos y una mayor comodidad para los pacientes y un gran impacto en la estética no solo de la sonrisa sino a nivel facial.

Este máster también cuenta con la colaboración de Marcel Martín como profesor de fotografía dental.



II Jornadas de Salud Bucodental

Organizadas por el Colegio de Higienistas de la Comunidad Valenciana

El pasado 25 de mayo, en el edificio de la Fundación Universidad-Empresa de la Universidad de Valencia, ADEIT, el Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, celebró su segunda edición de las Jornadas de Salud Bucodental.

El objetivo de estas Jornadas de Salud Bucodental es ofrecer anualmente a todos sus colegiados, resto de profesionales sanitarios y estudiantes, una jornada de formación continuada multidisciplinar, que aborde el papel del higienista dental en la clínica dental, en las diferentes áreas odontológicas, y en concreto, en su competencia clave, la educación y prevención de la salud bucodental, para llegar a una sociedad del bienestar.

La jornada contó con una asistencia de más de 150 asistentes entre higienistas dentales, odontólogos y estudiantes.

El programa de actividades de la jornada contó con 7 ponencias ofrecidas por los Dres. Rubén Agustín, Vicedecano de Odontología, de la Universidad de Valencia, Verónica Ausina, Tony Flichy, Pablo Freitas; e higienistas dentales: Ana Abadía, Silvia Oltra, Silvia Martínez y Ana Mejías. Todos ellos, profesionales sanitarios de la sanidad pública y privada, que no dudan en tender la mano y colaborar en la mejora de la competitividad del higienista dental. Oradores y ponencias que lograron el efecto *Wow* por la frescura de las intervenciones, el nivel didáctico y lo terrenal de

los inputs ofrecidos, que se pueden llevar a la practicidad desde el minuto uno.

El Colegio Oficial de Higienistas Dentales en línea a uno de sus objetivos estratégicos, continuará invirtiendo en la formación continuada de sus colegiados.



X Simposio Internacional - X International Symposium
20 años Avances en Cáncer Oral
20 years of Advances in Oral Cancer
3-5 Julio 2024 Bilbao. España



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea
Dpto. Estomatología



CONSEJO DENTISTAS
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE DENTISTAS DE ESPAÑA



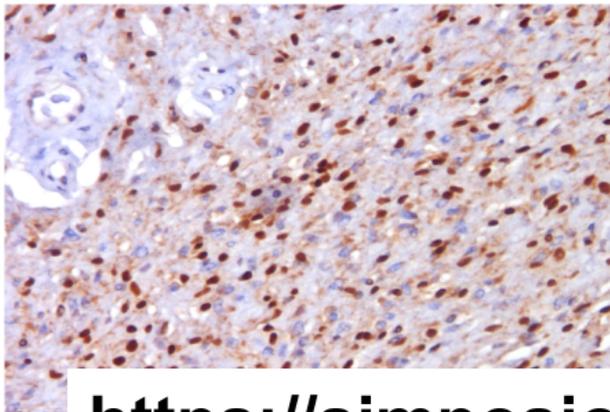
SECIB



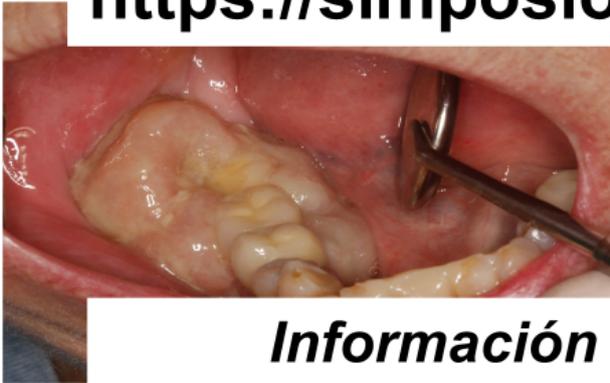
SEMO



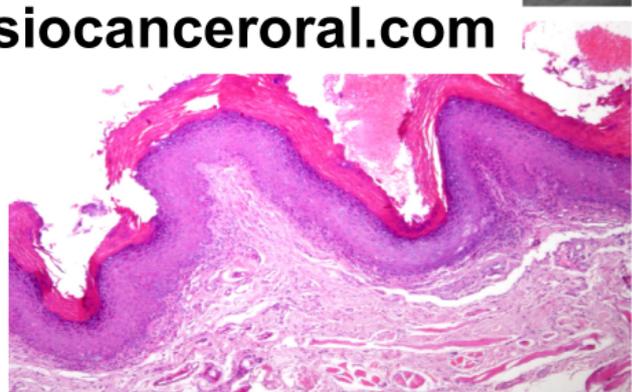
SEGER



<https://simposiocanceroral.com/>



Información / Information
secretaria@simposiocanceroral.com



AIPMB

Bizkaia Aretoa UPV/EHU
Bilbao (Spain)



EUROPEAN ASSOCIATION OF ORAL MEDICINE

Hablamos con Aída Gutiérrez Corrales

Odontóloga



Aída Gutiérrez (Sevilla, 1990) tiene una mirada verde y franca que irradia una energía contagiosa y una autenticidad sorprendente. A pesar de su juventud, ha logrado hacerse un sitio propio dentro de la odontología. Está implicada en instituciones académicas, profesionales y científicas, sin olvidar su actividad clínica, donde despliega de manera especial su empatía y su capacidad innata para crear vínculos con las personas.

Su curiosidad insaciable y el deseo constante de aprendizaje son rasgos que la definen tanto en lo personal como en lo profesional y que la han llevado a construir un currículum apabullante con las aulas y los laboratorios de ciudades como Sevilla, Praga (donde descubrió su "alma tarantina"), Pescara (Italia) o Nantes como telón de fondo.

Quienes la conocen bien aseguran que pone una pasión y una dedicación incansable en todo lo que hace, llegando en ocasiones al límite de sus fuerzas. Sobre esa entrega a los demás, aun a riesgo de jugar a veces en su contra, pivota el clima de ilusión, de complicidad y de confianza que logra establecer siempre entre quienes la rodean: colegas, alumnos, pacientes y amigos.

Entusiasta de la música y el deporte, encuentra en estos rincones de su vida momentos de renovación y conexión consigo misma. También en su familia -es adoración lo que siente por sus padres, sus hermanos y su abuela- y en sus amigos, quienes, rendidos al encanto de su sonrisa luminosa e inspiradora, son ya legión.

Doctora *cum laude* en Odontología, acumula numerosos másteres y estancias en el extranjero en su amplia formación. Actualmente es profesora del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla y presidenta de la Comisión Científica del Colegio de Sevilla, entre otros puestos y actividades.

Aída, tu actividad está ligada a la Universidad de Sevilla, en la que eres profesora; al Colegio Oficial de Odontólogos de Sevilla, donde eres vocal de la Junta de Gobierno y presidenta de la Comisión Científica, y a SECIB y SEOENE, dos sociedades científicas en las que participas de manera muy activa. ¿De dónde sacas toda esta energía? ¿Cómo te organizas para sacar todo este trabajo adelante?

La verdad es que no es tarea fácil porque todos disponemos de las mismas horas al día, pero humildemente diría que la clave está en la organización del tiempo y en hacer pequeños sacrificios, ya que, como todo en la vida, el quid está en el equilibrio. En

mi caso, he tenido la suerte de haber crecido rodeada de personas muy disciplinadas, constantes y metódicas, cuya capacidad de trabajo siempre me asombra.

Otro aspecto importante, si no el que más, es que sin duda tiene que gustarte. Y ahí no entra el hábito, sino la pasión. Digamos que eso no lo eliges o entrenas, sino que lo sientes... Algo parecido al amor, pero en este caso por la profesión.

Cada cosa que haces tiene que acabar mereciéndote la pena en el cómputo total. Si no, la entrega y las horas dedicadas a ello comienzan a perder sentido. Todos sabemos que el tiempo es muy valioso. Supongo que la clave está en invertirlo en aquello



que nos haga felices y consiga sacar lo mejor de nosotros mismos con la retroalimentación del deber cumplido, pero, sobre todo, con la realización y el orgullo personal del buen hacer, mucho más en una profesión sanitaria como la nuestra.

En cuanto a la capacidad de trabajo, es sin duda porque me enseñaron lo que conlleva pertenecer a un equipo. Yo misma he podido comprobar que esa es la clave para obtener resultados e ir cumpliendo objetivos. Absorber todo lo que ofrecen las sociedades científicas, el ámbito colegial o la Universidad requiere que una deba entregarse en cuerpo y alma, ya que siempre se recibe más de lo que se da, aunque coincido contigo en que demanda mucha energía, por lo que la base es tener grandes compañeros, más que solo colegas de profesión, que ante cualquier flaqueza te refuerzan, un equipo de trabajo que se apoya y aún fuerza para remar en la misma dirección. También he de reconocer que he tenido mucha suerte en mi vida profesional, porque todos mis capitanes de barco han sido maravillosos líderes y grandes personas por lo que siempre he tenido buenos referentes a los que tomar como ejemplo. La verdad es que me siento muy afortunada.

¿Cómo fue el principio de todo? ¿Por qué decidiste estudiar Odontología?

Sin duda gracias a la influencia de la profesión de mi padre, aunque creo que ser la mayor de mis hermanos tam-

bién tuvo una repercusión en el devenir de mi carrera. En primer lugar, recuerdo durante mi niñez a mi padre trabajando en casa con su ordenador o sus diapositivas antiguas (las cuadradas de proyector) y sentarme en su regazo para enseñarme lo que hacía. Aquello despertó en mí un especial interés y, por qué no, una admiración que fue calando en mi interior y fue desarrollándose al punto que al acabar mis estudios obligatorios tuve muy claro lo que quería hacer.

Por otro lado, mi padrino, José María Llamas Carreras (Chiquito), querido y reconocido ortodoncista, solía venir a casa frecuentemente a preparar los casos con mi padre y yo, con los ojos de una niña, admiraba en secreto su trabajo en común sin darme cuenta de que quizás aquello iba consolidándose en mi interior. Ahora creo que, de forma inconsciente, se fueron forjando en mí las raíces de mi profesión.

Luego, con el paso de los años, quizá por ser la mayor de tres hermanos, desarrollé una empatía hacia los demás. Siempre me ha importado el bienestar de los que me rodean y me siento absolutamente plena cuando contribuyo a ello. En parte puede ser por eso por lo que tengo una implicación especial, valga la redundancia, con los pacientes especiales.

De igual forma, creo que la decisión de qué carrera elegir nos viene grande a la mayoría cuando estamos en pleno proceso de madurez, pero diría que supe elegir bien siempre con la ayuda y apoyo de mis padres, a los que les debo ser feliz con mi trabajo cada día. Elegí Odontología porque así lo sentí y ahora que me dedico a la especialidad de los pacientes especiales y a la cirugía bucal no puedo sentirme más afortunada. Además, la Odontología nos permite un trato directo con personas, ofreciendo soluciones a problemas que cambian las vidas de los pacientes. El sentirse realizado profesionalmente gracias a paliar el dolor de los demás o a contribuir en mejorar sus vidas es algo muy gratificante a nivel personal. Además, la odontología ofrece la posibilidad de compaginar horarios cómodos para la conciliación de la vida familiar y adaptar el ritmo de trabajo según el momento personal o profesional que cada uno esté atravesando. Es una entrega muy bonita que a día de hoy hace que todo merezca la pena.

“La odontología nos permite paliar el dolor de los demás o contribuir a mejorar sus vidas y eso es algo muy gratificante a nivel personal”



¿Quiénes han sido tus referentes profesionales?

Para responder a esta pregunta tomaré una frase de Isaac Newton en una carta dirigida a Robert Hooke en 1676: "Si he llegado a ver más lejos que otros es porque me subí a hombros de gigantes". Tengo la suerte de haber tenido a grandes profesionales que me han enseñado a amar la profesión y el buen hacer. A ellos les debo hoy todo mi agradecimiento. En el ámbito universitario, sin duda, está el Dr. Daniel Torres, como mentor en investigación y apoyándome durante mi carrera de posgrado, cuya capacidad de trabajo nunca dejará de sorprenderme. El Dr. Guillermo Machuca es otro gran referente para mí en el ámbito de los pacientes especiales. Estoy en deuda con él por abrirme un camino tan bonito en mi profesión y enseñarme tanto cada día. Las doctoras M^a Ángeles Serrera y Maribel González son mis compañeras de Facultad que me regalan su amistad cada día y a las que admiro por dónde han llegado y por ser mujeres tan luchadoras. En el ámbito colegial tengo que citar a los doctores Luis Cáceres y Rafael Flores, junto a sus juntas de gobierno, que me han sabido transmitir el buen hacer de la profesión, el don de gentes y cómo el trabajo en equipo se multiplica por el bien común. El Dr. David González Padilla, cirujano maxilofacial, ha sido también una persona excepcional y muy generosa conmigo durante mis prácticas hospitalarias. A mi padrino, Chiquito Llamas, le debo en gran parte lo que soy hoy en día y le aprecio enormemente como persona, más allá de como el reconocido ortodoncista perteneciente a la escuela de Angle que es. Estas personas siempre han creído en mí y me han apoyado a lo largo de los años, por lo que les estoy tremendamente agradecida. Un punto y aparte merece el Dr. José Luis Gutiérrez Pérez. Ellos son mis "gigantes".

Tener un padre tan relevante en la profesión como el tuyo, ¿cómo te marcado?

Esta quizá sea la pregunta más difícil de la entrevista, así que voy a permitirme abrirme a los lectores y ser totalmente sincera. A lo largo de los años, he crecido viendo las dos versiones de José Luis, la de padre y la de referente de profesión. A veces he intentado separarlas, pero con el tiempo comprendí que resulta imposible debido a la admiración que siento hacia él por ambas vías. Hoy en día, si analizo mi visión con perspectiva, le reconozco como uno de los referentes en la Cirugía Oral y Maxilofacial; como un perfecto líder, ya sea en el Hospital Universitario Virgen del Rocío o en la Facultad de Odontología; a uno de los mejores ponentes que embelesa con su oratoria. Pero también veo al José Luis que se alegra por los logros de sus hijos o que sufre las posibles dificultades en la vida de los que les rodean, que disfruta alternando libros frente a una puesta de sol en Cádiz o en su rol de chef familiar, como buen pucelano que es, amante



de la carne roja y el buen vino. De todo lo que representa, de todas sus vertientes, lo mejor es su versión humana.

Durante muchos años se me han acercado compañeros diciéndome lo que le aprecian, lo que supone para ellos, cómo les ayudó... y eso es la parte que más orgullosa me hace sentir como hija. Creo sinceramente que por encima de ser uno de los médicos más reconocidos del país o autor de numerosas investigaciones, gerente del Servicio Andaluz de Salud, catedrático, tres veces decano de la Facultad de Odontología, etc., lo que más orgullo le produce es influenciar a los que les rodean con su ejemplo y compartir sus logros con su familia. Ese es el quid de su personalidad. Mi padre, por encima de todo, es una persona ejemplar, humilde, buena y generosa y ahí radica que sea un rey Midas del siglo XXI, convirtiendo en oro lo que toca, principalmente a la gente que le acompaña.

En cuanto a mí, la parte agri dulce ha sido la de huir del famoso "ser hija de" y de tener cumplir una serie de expectativas, lo que, en mi caso particular, ha provocado un mayor nivel de autoexigencia que, en algún momento, me ha llevado a tener que bajar el ritmo y dar un paso atrás para coger impulso. Aprendí con ello que todos somos humanos, que las comparaciones son odiosas

y que me siento inconmensurablemente orgullosa de llevar sus genes. Se dice que la primera hija es la versión femenina del padre, algo así como Atenea lo es a Zeus en la mitología griega. Para mí, el haber heredado parte de su carácter, la pasión por la cirugía bucal o el interés por la música clásica hace que me sienta orgullosa de ser Aída Gutiérrez a la vez que aumenta mi admiración por él cada día. En todas sus vertientes.

Has completado tus estudios en diferentes países. ¿Cómo ha influido esta circunstancia en tu formación?

Sin duda esta parte de mi formación ha sido la más gratificante a nivel personal, fuera del mundo de la odontología. Mis padres nos educaron a mis hermanos y a mí como “ciudadanos del mundo” desde pequeños, inculcándonos el aprendizaje de idiomas como una diversión más que una imposición, por lo que al llegar a la adolescencia, eso nos ha permitido ser más libres y perder el miedo a cruzar la frontera. Mi último año de carrera lo cursé en la Charles University de Praga, República Checa gracias a una beca Erasmus. Por aquel entonces, Odontología pertenecía aún a la carrera de Medicina y recuerdo las clases magistrales en aulas de madera con forma de semiluna y la clínica con ese semblante de los edificios de la Europa del Este. En un principio, por la influencia de mi padrino, el Dr. Llamas, iba a especializarme en Ortodoncia. Yo misma fui paciente y amante de los beneficios de esta especialidad, pero, gracias a Praga, ese año comprendí que mi camino iba hacia la cirugía bucal y descubrí mi “alma tarantina”. Realicé intervenciones quirúrgicas que me producían una felicidad que no sabía cómo expresar y, aunque las clases eran en inglés y los exámenes bastante complicados, Praga me regaló, por un lado, la pasión por la cirugía bucal y, por otro, una cultura europea vivida desde su interior.

Tras esto, volví a mi Sevilla natal para comenzar mis estudios de posgrado con el Máster Propio de Cirugía Bucal y el Máster Oficial en Ciencias Odontológicas, el cual me permitió cursar una Beca Erasmus Plus en la Universidad de Chieti-Pescara, en Italia. Fue una estancia de un semestre basado principalmente en investigación y fue totalmente un regalo. Allí descubrí la suerte que tenemos en España de poder realizar prácticas los propios alumnos directamente con pacientes, ya que en Italia las intervenciones las realiza principalmente el profesor a ojos de sus pupilos. Esta estancia me enseñó la calidez humana de los italianos, quienes me incluyeron en líneas de investigación abiertas y me acogieron como a una más, sin nombrar la belleza del país y su cultura gastronómica.

Por último, tras terminar esta beca y volver a Sevilla para la finalización de los másteres, comencé otro Máster Oficial de Odontología Médico Quirúrgica e Integral, el cual era la primera edición, y me permitió compaginar la investigación con la práctica quirúrgica,

“La mayoría de los recién graduados emigra buscando experiencia laboral y ahorrar para volver a España pudiendo afrontar económicamente el máster con el que soñaban. Pero la realidad es muy diferente y al final nuestros dentistas acaban dedicando unos 5 años de su vida a trabajar en el extranjero y las ganas de la formación desaparecen con el paso de los años”

gica, despertando en mí la curiosidad por el doctorado. Gracias a la recomendación del Dr. Daniel Torres, pude realizar una estancia de investigación internacional predoctoral en la Universidad de Nantes, Francia. En este caso no fue tan fácil, ya que el nivel de exigencia -al ser un laboratorio dedicado a patologías del metabolismo óseo, investigación animal, etc.- fue tan alto que de estar tres meses me propusieron quedarme casi un año, ya que era el mínimo de tiempo requerido para poder obtener resultados oportunos. ¡Ni te cuento lo que son los tecnicismos en un francés con acento bretón! Sinceramente fue la estancia que más me costó, pero la más gratificante, porque gracias a la misma hoy en día estoy acreditada como contratada doctora, así que, como diríamos en el sur, “que nos quiten lo bailao”.

Por cerrar el ciclo, tras volver y comenzar los estudios de doctorado, conocí a los doctores Volland y Jöergens (Universidad de Frankfurt) que acudían a impartir ponencias en la Universidad de Sevilla como invitados. Gracias a su ayuda y colaboración, pude finalmente publicar mi tesis doctoral y actualmente pertenezco a su ONG “Daktari for Massaai”, con la que colaboro en verano realizando un proyecto precioso de atención odontológica en Tanzania. Llevamos la odontología a los lugares más recónditos que te puedas imaginar. Y esto es lo que da sentido a la primera frase con la que he querido responder tu pregunta.

¿Tú qué les recomiendas hoy a los odontólogos recién graduados? ¿Trabajar de manera inmediata? ¿Especializarse primero? ¿En España? ¿En el extranjero?

Esta pregunta tiene tantas respuestas que, digamos, depende de la situación personal unida a las ambiciones de cada persona que nos esté leyendo. Me explico. Al terminar el Grado en Odontología, muchos alumnos deciden buscar un trabajo con el que empezar a obtener seguridad disfrazada de experiencia o porque



es la única opción factible con la que estabilizarse económicamente; otros deciden buscar “suerte y fortuna” en el extranjero (normalmente Francia o Reino Unido son los dos destinos más recurrentes por cercanía y condiciones laborales), y un tercer grupo apuesta por continuar su formación con un posgrado o cursos de especialización.

Tras meditar esta pregunta, poniéndome en la piel de los tres grupos mencionados a través de mis alumnos y sus inquietudes, diría que ante la gran oferta de formación que tenemos hoy en día el alumno recién graduado se muestra muy perdido en cuanto a elegir bien. La primera recomendación sería que elijan una formación de calidad. En este sentido, recomendaría másteres oficiales o cursos de especialización/posgrados avalados por la Universidad (mejor que aquellos que prometen prácticas sin mucho sustento teórico), porque al igual que “la cultura es aquello que se queda cuando se olvida lo aprendido”, una formación de calidad es lo que garantiza un aprendizaje que no se olvida, que nos prepara para saber actuar ante las posibles complicaciones y que favorece la especialización del dentista. La segunda recomendación sería que, ante la necesidad de trabajar, lo hagan 1-2 años, ya que el hábito de estudio suele perderse y, bajo mi punto de vista, existe el riesgo de acomodarse ante la remuneración del trabajo, pero la vida laboral es muy larga y, si alguno tie-

ne clara la especialización en alguna rama odontológica, le diría que intentara compaginarlo, ya que hoy en día la mayoría de los cursos o másteres se promocionan permitiendo que el alumno pueda realizarlo cumpliendo a la vez con su trabajo. La tercera recomendación, relativa al extranjero, se la recomendaría a todo recién graduado simplemente por la realización personal que la aventura supone, por la ganancia de un idioma y la experiencia laboral, aunque este apartado digamos que merece un punto y aparte por su complejidad.

Muchos jóvenes odontólogos se están yendo al extranjero, pero de manera obligada...

Desgraciadamente tienes razón. Te puedo contestar esta pregunta por mi contacto con los alumnos de último curso del Grado y el asesoramiento que ofrecemos a los jóvenes egresados desde el Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla (CODS). Por poner un ejemplo, uno de los países más demandados es Francia, donde cada año emigran en torno al 10% (cifra en aumento) de los alumnos con ofertas de trabajo muy atractivas. La mayoría emigra buscando experiencia laboral y ahorrar para volver a España pudiendo afrontar económicamente el máster con el que soñaban. Pero la realidad es muy diferente y al final nuestros dentistas acaban dedicando unos 5 años de su vida a trabajar en el extranjero y las ganas de la formación desaparecen con el paso de los años. El mercado laboral en el mundo odontológico para los recién graduados es complicado en cuanto se les requiere un mínimo 2-3 años de experiencia. Creo que esta es una de las principales razones por las que eligen contratos más allá de la frontera, además de la inexistencia de números clausus o los contratos con mínimos porcentajes para el dentista que ofrecen las franquicias. Eso es una realidad y por ello seguimos trabajando desde las diferentes instituciones públicas para mejorar las condiciones de trabajo e intentar garantizar el bienestar de nuestros dentistas recién egresados.

Por último, una especial mención al reconocimiento de las formaciones de posgrado en el extranjero. Otra vía de trabajo en expansión, ya que muchos dentistas deben realizar pruebas de evaluación en el país de destino para poder trabajar de especialistas y eso frena también la decisión de realizar una especialidad en España.

¿Y cómo crees que debería ordenarse la formación de los odontólogos especialistas, ya sea en Cirugía Bucal o en cualquier otra especialidad odontológica?

No tengo duda al respecto. Considero que cuando algo funciona muy bien lo que hay que hacer es “copiarlo” y no emplear esfuerzos inútiles en “reinventarlo”. Me refiero a que en España

contamos con un sistema de formación de especialistas en las profesiones sanitarias que es un ejemplo para el mundo entero: los MIR, EIR, FIR, QIR, PIR, etc. (médicos, enfermeros, físicos, farmacéuticos, químicos, psicólogos, etc. internos residentes).

Prácticamente todas las especialidades odontológicas que podrían ser aprobadas por las instancias competentes del Ministerio de Sanidad y Consumo cuentan con trayectorias intachables de formación especializada, de tres años de duración y con los mismos requisitos y exigencias que las especialidades ya reconocidas en Europa, en el ámbito universitario, aunque, al no disponer de estas especialidades de manera oficial en nuestro país, el título obtenido sea un título propio. Con la creación de las especialidades en la Odontología, considero que estos centros universitarios serán el referente para las mismas a través de la oportuna acreditación por parte de las comisiones nacionales de las especialidades, que también tendrán que crearse de manera análoga a las que ya están consolidadas en el mapa sanitario español e, insisto, constituyen un auténtico modelo de éxito.

También estás muy involucrada en el campo de la investigación y, fuera de la Universidad, en la formación continuada de los odontólogos. De todos los “frentes” que tienes abiertos, ¿en cuál te encuentras más cómoda?

No te voy a negar que en mi caso he ido sintiéndome más o menos cómoda, como comentas, en base al momento personal. En primer lugar, suelo definir la investigación como correr una maratón a ritmo de *sprint*, en el sentido de que el mundo de las publicaciones avanza muy rápido y demanda mucha dedicación. Aunque también es cierto que, una vez que entras en él, acabas recogiendo los frutos de lo sembrado a pesar de la energía que demanda. Durante años, gracias a un equipo en la Universidad de Sevilla liderado por el Dr. José Luis Gutiérrez y el Dr. Daniel Torres, comencé mi andadura en el mundo de las publicaciones y el Doctorado y reconozco que no es tarea fácil, pero invito a todo aquel que tenga la curiosidad a que se inicie. Una vez comienzas a dar los primeros pasos y a entenderlo desde dentro, cada vez resulta más gratificante. Diría que ningún inicio es fácil, pero que merece la pena. Fuera de la Universidad, colaboro con el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde hace años en proyectos de investigación o realizando ensayos clínicos. Es toda una experiencia poder contribuir a todos los avances que van saliendo adelante, pero diría que en este ámbito es crucial rodearse de un equipo responsable y comprometido, ya que los resultados suelen aparecer a lo largo de los años y demanda mucha dedicación, aun así el trato con los pacientes que esta parcela me ha permitido conocer me ha regalado grandes y gratificantes experiencias.

En cuanto a la formación continua, pertenezco a la Comisión Científica del CODS (Colegio de Dentistas de Sevilla) y diría que ahora mismo me siento muy cómoda en este ámbito. Este ritmo es difícil mantener en el tiempo, pero ahora mismo los cursos de formación a nivel colegial u organizados por sociedades científicas me permiten conocer a dentistas de primer nivel con los que actualizar conceptos ya adquiridos, a la vez que reencontrarme con compañeros a lo largo de los años. Ahora mismo disfruto mucho el hecho de formar parte de la formación continuada de los odontólogos.

¿Construir un currículo tan completo como el tuyo te ha supuesto sacrificar en gran medida tu vida personal?

Pues no te niego que quienes me conocen dirían que sí, porque son ellos quienes lo han “sufrido”. Todos hacemos sacrificios a lo largo de nuestra carrera, sobre todo con las personas más cercanas a nuestra vida cotidiana, disminuyendo nuestra disponibilidad para ganar horas de trabajo o para responder a un simple email urgente y ausentándonos incluso en momentos importantes por la asistencia a cursos o congresos. Esto lo he vivido en persona y me ha costado bajar el ritmo, ya que lo disfrutaba tanto que no era consciente de la velocidad que he llevado durante años. Muchos a mi alrededor me preguntan “¿Cómo sacas tanta energía?” o me dicen “¡No paras, no sé cómo lo haces!”. Comentaba anteriormente que en esta entrevista me abro a los lectores de la forma más sincera y humana, y espero que mi ejemplo sirva para saber que a veces uno se encuentra en la cresta de la ola y siente que puede con todo y otras simplemente necesita bajar el ritmo para continuar. Aunque recalco la importancia de la dedicación y la constancia, también diría que hay que aprender a decir que no a tiempo, a poner límites cuando no llegamos a lo que nos gustaría y, sobre todo, intentar tener cerca a quienes se alegran por nuestros logros porque, al final, el éxito compartido es doblemente bueno.

¿Tu tiempo de ocio lo compartes con personas relacionadas con la profesión o tus amigos pertenecen a otros mundos?

Durante muchos años la profesión me ha regalado momentos de ocio con compañeros de trabajo, como nos ocurre a todos supongo, solo que el pertenecer a diferentes instituciones o sociedades científicas me ha permitido conocer personalmente a un distinto rango de personas que antes admiraba por sus investigaciones, libros, forma de exponer o gestionar equipos, etc. y hoy en día son amigos más allá de su faceta odontológica. Con unos aprendo mucho, como lo hago con el Dr. Guillermo Machu-

ca sobre cine, con otras compañeras a las que tengo un gran aprecio hago el camino del Rocío, con otros comparto viajes que quedan en el recuerdo como con la Junta del Colegio de Dentistas de Sevilla o vivencias con compañeros del Máster de Cirugía durante tantos congresos de SECIB. En la vida profesional también encuentras personas, como en mi caso la profesora Leticia Bagán, de Valencia, que se han convertido en amigos muy especiales. Diría que con el paso del tiempo valoro mucho los equipos de trabajo porque el conocer a las personas detrás de los “apellidos” es muy gratificante y me hace aprender cada día. Pero también conservo grandes amigos y amigas de la infancia, anteriores a mi recorrido universitario, que no pertenecen a la odontología. Con ellos y con ellas comparto más de lo que les gustaría sobre “dientes”. Digamos que hay varias vertientes en la vida de cada uno y a día de hoy disfruto de la sobremesa con mi familia, una puesta de sol con mi pareja o reuniones con amigos de fuera del trabajo a los que me siento muy unida porque siempre han sabido exprimir el tiempo que les he podido dedicar. Al igual que con los colegas de profesión, me siento muy afortunada por las personas que tanto contribuyen a la felicidad de mi vida personal.

Creo que ahora estás estudiando Musicología. Aparte de esto, ¿qué es lo más te gusta hacer fuera de la clínica y de la Universidad?

La Aída fuera de toda vertiente profesional suele dejarse llevar por la curiosidad, que es la madre de todas las ciencias y eso me ha llevado a sumergirme de lleno en mis aficiones. Diría que todos tenemos hobbies, nos encanta viajar y sabemos identificar aquello que nos produce felicidad, pero en mi caso tomaré la música como ejemplo. Desde pequeña sonaba en mi casa música clásica de fondo y he sentido el disfrute que actualmente me produce ir a un concierto o a la ópera, pero siempre he buscado entender esa sensación que produce en mi interior desde el punto de vista del entendimiento para llegar a disfrutarlo al máximo. Es por eso que, cuando he empezado a estudiar los fundamentos de la música o a entender su evolución a través de la historia, he descubierto un mundo apasionante que cada vez me permite irme respondiendo mejor a las preguntas que me van surgiendo. Aunque siempre vuelven a surgir nuevas preguntas a medida que uno avanza, como todo en la vida.

Considero además que las nuevas generaciones están muy mentalizadas con la importancia del ejercicio. En mi caso he aprendido mucho del deporte y todo lo que conlleva. Siempre he jugado al tenis, estuve en la selección andaluza de baloncesto y actualmente dedico 3-4 días a la semana a hacer ejercicio inten-

so y considero que es algo absolutamente necesario. Cultivamos la mente, pero es muy importante cuidar nuestro cuerpo, si no la energía que nos mueve acaba pesando cada vez más. Supongo que viajar a Cuba y poder defenderme bailando salsa, leer un buen libro de Milan Kundera o de mi autor favorito, Javier Marías, y escuchar música cuando salgo a correr son mis tres hobbies más valorados cuando dispongo de tiempo para mí misma.

“La investigación es como correr una maratón a ritmo de sprint... El mundo de las publicaciones avanza muy rápido y demanda mucha dedicación”

¿En qué ha cambiado la Aída Gutiérrez de hoy con respecto a la Aída Gutiérrez de hace 10 años? ¿Cómo crees que influyen estos 10 primeros años de ejercicio profesional en la trayectoria de un odontólogo?

La respuesta a esta pregunta la responderían mucho mejor que yo las personas que me han acompañado durante mi evolución, pero aludiendo a mi ciudad natal, tomaré parte de una sevillana titulada *Pasa la vida*, que dice: “Pasan los años, se va la juventud calladamente, pasan los años...”. Fue ayer cuando comenzaba mi carrera profesional tras la Licenciatura y si algo me mueve por dentro al hacer balance es lo rápido que pasa todo. Tras 10 años de profesión y continua formación lo que recojo a día de hoy es una gran satisfacción al poder contribuir devolviendo a la sociedad todo aquello que he aprendido, basado en el buen hacer de mis maestros y maestras y siempre intentando dar lo mejor de mí misma. Me llena de satisfacción inculcar parte de mi pasión a los alumnos y alumnas de los distintos niveles con los que interactúo ofreciéndoles ilusión por el devenir que tienen por delante. Creo que lo que se recoge tras plantar con mimo y regar con esfuerzo durante tantos años los proyectos vitales es la sensación “de dormir tranquila” sabiendo que día a día intento trasladar a mis pacientes todo lo bueno que tiene por ofrecer la odontología.

Para terminar, me gustaría compartir con los lectores una frase de Marie Curie que me ha acompañado durante toda mi vida buscando el sentido de lo que hacía: “El trabajo científico se debe realizar por sí mismo, por la belleza de la ciencia y luego siempre existirá la posibilidad de que un descubrimiento científico se convierta, como el radio, en un beneficio para la humanidad”.

MyLunos Duo

Sistema completo de profilaxis en un solo dispositivo

Contenido

- Equipo sobremesa MyLunos Duo
- Carro móvil con cajón
- Pedal de 360°
- Adaptadores para limpieza y desinfección
- Recambio de juntas tóricas

Contenido para ultrasonidos

- Pieza de mano del escaler LED
- Insertos scaler: S2, P10, P11, P12
- Depósito de agua de 500ml.

Contenido para el chorro de polvo

- Boquilla Supra
- Boquilla Perio
- Puntas para periodoncia 40uds.
- 5 envases de 180g. de polvo profiláctico Perio Combi
- Cánulas de profilaxis



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

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es



Distribuidor y servicio técnico oficial

Giano HR



El diagnóstico más fiable

Todos los campos que necesitas
desde 4x4 hasta 16x18

La mayor resolución del mercado (Voxel 68m).

info@sonriaxfavor.es

946 076 521

Radiolucidez periapical: No siempre es un quiste, ni es odontogénica ni secundaria a pulpitis

Lafuente-Ibáñez de Mendoza I¹, Martínez-Conde R², Ruiz-de Gopegui E³, Aguirre-Urizar JM¹.
¹ Patología y Medicina Oral. Departamento de Estomatología. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Leioa.
² Cirugía Oral y Maxilofacial Bizkaia COIMAX. Bilbao.
³ Clínica Dental La Casilla. Bilbao.

Las lesiones radiolúcidas periapicales constituyen un capítulo específico en el diagnóstico diferencial de la patología de los huesos maxilares. En la mayoría de los casos, se trata de entidades de origen odontogénico secundarias a pulpitis, como el quiste radicular o la periodontitis periapical crónica. No obstante, existen otros trastornos que también pueden producir imágenes radiolúcidas de características similares, quísticas pero también neoplásicas, tanto benignas como malignas, por lo que su correcto diagnóstico siempre requiere de una buena historia clínica, con una exploración física y radiológica adecuada, de la realización de un buen diagnóstico diferencial y de una correcta correlación histopatológica. El caso clínico que presentamos es un ejemplo demostrativo de esta patología maxilofacial.

Se trata de un hombre de 58 años, sin antecedentes personales y tóxicos de interés, fue derivado en 2021 por su odontólogo al Centro de Cirugía Oral y Maxilofacial, para la valoración de una lesión mandibular asintomática, con más de 5 años de evolución, situada en el 4º cuadrante, y que últimamente se asocia a episodios de parestesias en la zona. A la exploración clínica no se aprecian alteraciones reseñables y se comprueba que los dientes 4.4 y 4.5 son vitales. El examen radiológico actual muestra una lesión radiolúcida unilocular bien definida con márgenes corticados, situada en la zona apical de los dientes 4.4 y 4.5. No se aprecia afectación radicular ni patología dentaria alguna. También se aportó una RX anterior (2015), previa a la exodoncia del diente 4.6 afecto de una gran lesión de caries. Dada la proximidad de la lesión al nervio dentario inferior, inicialmente se adoptó una actitud de vigilancia (**Figura 1**).

Con la sospecha clínica de que se trataba de una patología quística de origen odontogénico no inflamatoria, tipo queratoquiste odontogénico, se decide realizar una tomografía computarizada de la zona (**Figura 2**), y realizar la escisión quirúrgica de la lesión bajo anestesia local. La muestra obtenida se envió para estudio histopatológico al Servicio Diagnóstico Patología Oral y Maxilofacial (SDPOMF).

Histopatológicamente en todas las secciones analizadas se reconoce una lesión conectivo-vascular constituida por estructuras

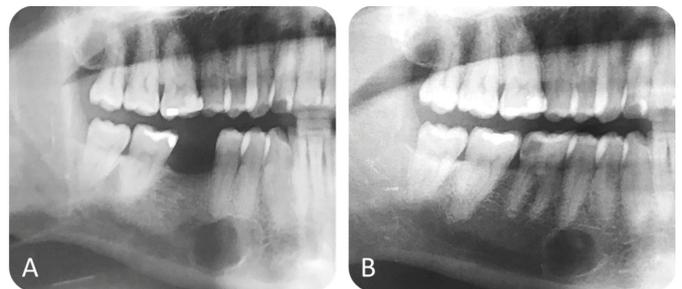


Figura 1. Radiografías panorámicas. A. Lesión radiolúcida unilocular definida, con márgenes corticados, en apical de 4.4-4.5 (2021). Ausencia de rizólisis y de patología dental. B. Aspecto de la lesión en 2015, con características radiológicas similares.



Figura 2. Cortes representativas del TC. Corte frontal (A) y sagital (B) donde se reconoce la lesión lúcida, que muestra un ligero abombamiento cortical, sin que aparezca perforación.

vasculares diferente tamaño, la mayoría rellenas de material hemático, redondas, con una pared fina y aspecto venoso, rodeadas por tejido conectivo fibroso (**Figura 3**).

Con la totalidad de la información clinicopatológica, se alcanzó el diagnóstico final de Hemangioma intraóseo (tipo venoso/cavernoso), estableciendo un protocolo de controles periódicos. Hasta este momento (3 años después), no se han desarrollado recidivas.

Los hemangiomas son tumores vasculares descritos por primera vez por Rudolf Virchow en 1863, como malformaciones

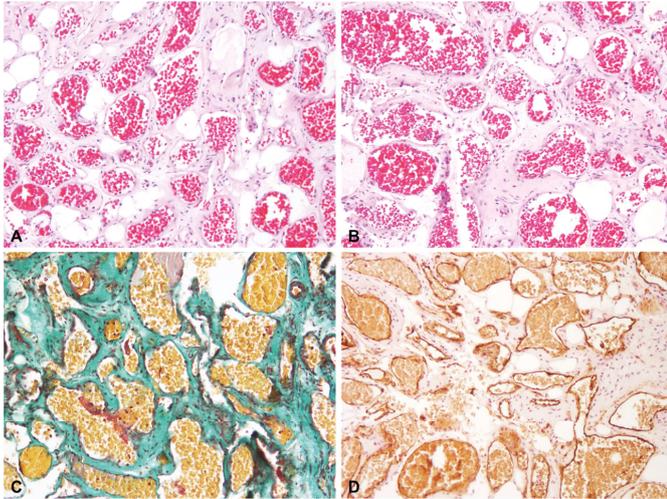


Figura 3. Aspecto histopatológico. A y B) Detalle de la proliferación vascular, con estructuras redondas de pared fina y diferente tamaño, rodeadas de tejido fibroso (H&E, 10x). C) Aspecto de las formaciones vasculares interpuestas por tejido conectivo fibroso (verde) (Tricómico de Masson, 10x). D) Expresión de CD34 en el endotelio de los vasos (10x).

vasculares simples, cavernosas o racimosas según su aspecto histopatológico¹. Posteriormente, el término hemangioma fue introducido para referirse a cualquier proceso vascular tumor-like, independientemente de su aparición congénita, infantil o adulta.

Los hemangiomas óseos centrales son una patología infrecuente, representando menos del 1% de todos los hemangiomas. Siegmund y Weber (1930) fueron los primeros en reportar un caso de hemangioma intraóseo en la mandíbula, que se descubrió de manera incidental durante una extracción dental².

El hemangioma intraóseo (HIO) es una neoplasia benigna ósea infrecuente que se forma a partir de estructuras vasculares cercanas, que aparece preferentemente en pacientes adultos (4^o-6^o décadas de la vida), aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Según la última clasificación de la OMS de tumores óseos y de partes blandas, la naturaleza del HIO se sitúa a caballo entre una neoplasia y una malformación³.

La localización más frecuente del HIO es la columna vertebral y los huesos craneofaciales; dónde suelen descubrirse de manera casual al realizar estudios de imagen, dada su naturaleza asintomática. En estos casos, las lesiones no requieren tratamiento, más allá del mantenimiento de un control periódico³. Con todo ello, uno de los aspectos más relevantes de los HIO es el riesgo de hemorragia grave durante procedimientos quirúrgicos o traumáticos que incidan sobre ellos, por lo que su manejo debe ser cuidadoso.

En ocasiones, como ha ocurrido en este caso clínico, los HIO pueden causar dolor o signos neurológicos por afectación de las estructuras adyacentes o fracturas patológicas; en cuyo caso, el manejo incluye además de terapia farmacológica del dolor la posible extirpación quirúrgica ósea para descomprimir las formaciones nerviosas vecinas y estabilizar el hueso afectado⁴.

En los huesos maxilares, los HIOs son más comunes en la mandíbula que en el maxilar superior, presentando una edad de aparición más temprana que en el resto del cuerpo (pico 1^o-3^o décadas de vida) y mostrando una predilección por el género femenino⁴. Aparecen como imágenes radiolúcidas definidas, de crecimiento lento, uni o multiloculares, que a veces presentan zonas radiopacas y expansión cortical⁵⁻⁷. Debido a estas características inespecíficas, el diagnóstico diferencial radiológico incluye otras patologías radiolúcidas odontogénicas (quiste radicular, queratoquiste odontogénico, ameloblastoma, etc.) o no odontogénicas (quiste óseo aneurismático, hemangioma, lesión central de células gigantes, etc.). Algunas lesiones vasculares pueden ser diagnosticadas previamente a la cirugía realizando su punción y extrayendo sangre roja en estos casos⁸.

En conclusión, el hemangioma intraóseo es una entidad vascular infrecuente en los huesos maxilares, cuyos datos clínico-radiográficos heterogéneos puede plantear un reto diagnóstico para el profesional, que requiere siempre de la valoración de las características histopatológicas para alcanzar el diagnóstico⁹⁻¹⁰. El tratamiento del HIO no siempre es necesario y depende de la edad del paciente, el grado de afectación funcional, el tamaño y la localización de la lesión, variando desde su control periódico hasta técnicas quirúrgicas como la exéresis, radioterapia o embolización¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Virchow, R. Angioma in die Krankhaften Geschwülste Berlin [J]. 1863, Germany: Hirschwald, 1863:723.
2. Siegmund H, Weber R. Pathologische Histologie der Mundhöhle. S Hirzel (Leipzig) 1926.
3. Fletcher C, Bridge J, Antonescu C, Mertens F. WHO Classification of Tumours: Soft Tissue and Bone Tumours (Vol. 3). World Health Organization (Geneva, Switzerland), 2020.
4. Özdemir R, Alagoz S, Uysal AÇ, Ünlü RE, Ortak T, Sensoz Ö. Intraosseous hemangioma of the mandible: a case report and review of the literature. J Craniofac Surg 2002; 13(1):38-43.
5. Kochaji N, Ajalyakeen H, Fakir A, Al-Mozaki AAS. Intraosseous hemangioma of the mandible: A rare case report. International J Surg Case Rep 2023; 109: 108496.
6. Perugini M, Renzi G, Gasparini G, Cerulli G, Becelli R. Intraosseous hemangioma of the maxillofacial district: clinical analysis and surgical treatment in 10 consecutive patients. J Craniofac Surg 2004; 15(6): 980-985.
7. Madiraju GS. Pediatric intraosseous hemangioma of the anterior mandible. Oral Oncol 2020; 108: 104951.
8. Cerqueira É, Correia S, Ramalhosa F, Lopes T, Abreu JM. Challenges and Management of capillary intraosseous hemangioma in the mandibular symphysis: A Case Report. Cureus, 2024; 16(4): e58035
9. Jois, HS, Kumar KPM, Kumar MS, Waghrey S. A mixed neoplasm of intraosseous hemangioma with an ameloblastoma: a case of collision tumor or a rare variant? Clinics Practice 2012; 2(1): e5.
10. Eliot CA, Castle JT. Intraosseous hemangioma of the anterior mandible. Head Neck Pathol 2010; 4(2): 123-125.
11. Kalsi H, Scannell J. Unusual presentation of an intraosseous hemangioma of the maxilla and displaced canine. Int J Clin Ped Dent 2013; 6(2): 124-126.



TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez



WEBINAR

Perspectivas actuales sobre la osteonecrosis inducida por fármacos: diagnóstico y manejo

Dra. Leticia Bagán Debón y Dr. Mario Pérez-Sayáns García

Presentados por parte SECIB por la **Dra. Agurne Uribarri** se dio paso a una conferencia conjunta de dos ponentes representando a dos de los grupos referente en estos temas de medicina bucal, de los varios que contamos en el Estado, a saber, el grupo de la **Universidad de Valencia** con la **Dra. Leticia Bagán Debón** y el grupo de la **Universidad de Santiago de Compostela** con el **Dr. Mario Pérez-Sayáns García**.



CV:

Leticia Bagán Debón:

Profesora Titular de Medicina Bucal de la Universitat de València
Codirectora del Curso Online de Medicina y Patología Oral
Miembro consejo editorial de la Revista Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal
Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Oral
Miembro de la Sociedad Española de Cirugía Bucal

Mario Pérez-Sayáns García

Profesor Titular de la Universidad Santiago de Compostela
Doctor en odontología con Premio Extraordinario de Doctorado
Doctor Internacional en Medicina Clínica
Primer Premio Nacional Fin de Carrera
Secretario del Departamento de Cirugía y Especialidades Médico Quirúrgicas
Director de la Cátedra Institucional de Implantología Avanzada Galimplant
Director del posgrado "Experto Universitario en Implantología Oral"
Board Ibero-Americano en Patología y Medicina Bucal



Comenzó la **Dra. Bagán Debón** fechando cuando fue la primera publicación donde se presentó este problema como consecuencia o efecto secundario de tratamientos farmacológicos en determinadas circunstancias, pacientes oncológicos, datándolo en 2003, repasando la evolución de la evidencia científica hasta la fecha. Leticia definió la **"Osteonecrosis inducida por Fármacos"** como una forma especial de Osteomielitis crónica, que se presenta en pacientes tratados con unos determinados fármacos en el devenir de enfermedades como **Mieloma Múltiple**, en pacientes otros **procesos neoplásicos metastásicos** en un intento de prevenir su diseminación y en pacientes con **Osteoporosis** a fin de prevenir las complicaciones que conlleva este proceso deteriorante en estadios avanzados de osteopenia, dada la esperanza de vida actual. Refiere un cambio cualitativo en cuanto a los medicamento que inducen a este tipo de necrosis, empezando a ver más casos con relación al uso de **Denosumab**. Presento los diez fármacos que más frecuentemente se relacionan con este proceso.

Defendió que para poder considerar el proceso de osteonecrosis como un proceso inducido por este tipo de medicación debe cumplir tres criterios:

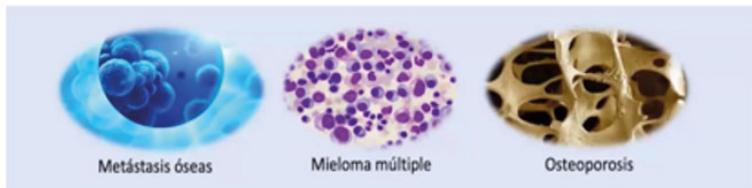
- El paciente debe estar siendo tratado por este tipo de medicación antiresortiva o antiangiogénica o en combinación con inmunomoduladores.
- Presenta una o varias exposiciones óseas (en maxilares) con hueso necrótico o fistula que persiste sin cicatrizar al menos 8 semanas.
- No haber recibido Radioterapia en la zona o la lesión no corresponde a metástasis ósea del proceso patológico de base.



Osteonecrosis maxilar por fármacos



Es una forma especial de **OSTEOMIELITIS CRÓNICA** producida por fármacos antiresortivos del hueso y antiangiogénicos, principalmente.



DEFINICIÓN: Criterios de Osteonecrosis de los maxilares por fármacos (MRONJ)

1. Paciente que recibió o está recibiendo tratamiento con fármacos antiresortivos solos o en combinación inmunomoduladores o antiangiogénicos.
2. Presencia de una o varias exposiciones óseas (maxilar o mandibular) con hueso necrótico, o bien fistulas intra o extraorales. Con ausencia de cicatrización persistiendo más de 8 semanas.
3. Sin historia de radioterapia en los maxilares o lesión metastásica en los mismos.

Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022 May;80(5):920-943.

Destacó que a pesar de la alarma que conlleva al historiar a un paciente y que nos indique que sigue este tipo de tratamientos, la incidencia de desarrollar este proceso es poco frecuente. Explicó que la histo-patogenia es difícil, no estando clara, estando relacionada con la conjunción de grupo de factores facilitadores junto con un grupo de factores de riesgo. Destacando como factores locales como la infección, traumatismos quirúrgicos. Factores relacionados por el fármaco tanto en el tipo como dosis dependiente tanto en cantidad como en duración en paciente con osteoporosis o en pacientes oncológicos. Aumentando el riesgo con el tiempo de tratamiento, aumentando el riesgo significativamente a partir de los 3 años. También se refirió a factores genéticos, considerándolos en la actualidad menos relevantes.

Desatacando que el factor más importante junto con la toma de este tipo de medicación, condición "sine qua non", es todo aquello que inicie un proceso de "inflamación/reparación" en los maxilares desde un traumatismo, un traumatismo oclusal, un proceso inflamatorio peri radicular, remodelación ósea tras un traumatismo quirúrgico que requiera cicatrización ... etc.

2015 to 2021		
Medication:	Median Age (Min-Max)	% Female
1. Denosumab	71 (18-104)	65.3
2. Zoledronic Acid	68 (23-98)	59.8
3. Alendronate	76 (44-97)	89.3
4. Ibandronate	75 (42-100)	93.5
5. Lenalidomide	70 (43-94)	44.7
6. Pamidronate	64 (39-89)	67.0
7. Bevacizumab	64 (39-88)	72.8
8. Prednisolone	71 (22-91)	55.3
9. Risedronate	77 (47-95)	90.1
10. Dexamethasone	69 (46-90)	38.4
11. Everolimus	64.5 (29-82)	27.8
12. Sunlitinib	61 (33-85)	20.5
13. Palbociclib	65.5 (43-90)	97.3
14. Docetaxel	68 (33-86)	25.9
15. Methotrexate	66 (34-88)	70.6
16. Prednisone	65 (35-91)	63.8
17. Pomalidomide	70 (48-83)	48.3
18. Radium 223	73 (61-86)	0
19. Nivolumab	67 (22-79)	13.0
20. Cabozantinib	61 (40-79)	27.3

Ahdi, H.S., Wichelmann, T.A., Pandravada, S. et al. Medication-induced osteonecrosis of the jaw: a review of cases from the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS). *BMC Pharmacol Toxicol* 24, 15 (2023).

Table 2 This table depicts the median age (min-max) and gender distribution for the MRONJ cases reported to the FAERS database for each of the twenty most commonly reported medications from 2010 to 2014 and from 2015 to 2021.

2010 to 2014			2015 to 2021		
Medication:	Median Age (Min-Max)	% Female	Medication:	Median Age (Min-Max)	% Female
1. Zoledronic Acid	65 (26-113)	59.7	1. Denosumab	71 (18-104)	65.3
2. Alendronate	67 (30-102)	89.8	2. Zoledronic Acid	68 (23-98)	59.8
3. Denosumab	70 (24-113)	57.3	3. Alendronate	76 (44-97)	89.3
4. Pamidronate	61 (33-118)	75.7	4. Ibandronate	75 (42-100)	93.5
5. Ibandronate	65 (30-93)	91.1	5. Lenalidomide	70 (43-94)	44.7
6. Lenalidomide	64 (34-87)	39.0	6. Pamidronate	64 (39-89)	67.0
7. Risedronate	66 (40-85)	91.4	7. Bevacizumab	64 (39-88)	72.8
8. Sunlitinib	61.5 (28-88)	21.4	8. Prednisolone	71 (22-91)	55.3
9. Bevacizumab	60 (21-74)	62.0	9. Risedronate	77 (47-95)	90.1
10. Prednisone	70 (34-89)	50	10. Dexamethasone	69 (46-90)	38.4
11. Dexamethasone	64 (34-84)	45.7	11. Everolimus	64.5 (29-82)	27.8
12. Docetaxel	68 (32-83)	25	12. Sunlitinib	61 (33-85)	20.5
13. Lenazole	67 (46-84)	100	13. Palbociclib	65.5 (43-90)	97.3
14. Methotrexate	69 (52-84)	93.3	14. Docetaxel	68 (33-86)	25.9
15. Everolimus	63.5 (32-77)	33.3	15. Methotrexate	66 (34-88)	70.6
16. Paclitaxel	65 (56-73)	88.9	16. Prednisone	65 (35-91)	63.8
17. Imatinib	72 (62-76)	75	17. Pomalidomide	70 (48-83)	48.3
18. Sorafenib	65 (40-76)	25	18. Radium 223	73 (61-86)	0
19. Teriparatide	72 (42-82)	100	19. Nivolumab	67 (22-79)	13.0
20. Temsirolimus	61 (49-70)	33.3	20. Cabozantinib	61 (40-79)	27.3

Ahdi, H.S., Wichelmann, T.A., Pandravada, S. et al. Medication-induced osteonecrosis of the jaw: a review of cases from the Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System (FAERS). *BMC Pharmacol Toxicol* 24, 15 (2023).

Factores riesgo Osteonecrosis

¿Extracción dental?

1 **FACTORES LOCALES**

- Local factors
- Tooth extraction
- Dental infection, periodontal (gum) disease
- Unfitting removable dentures
- Other oral surgical procedures

¿Implante dental?

¿Prótesis dental?

Factores riesgo Osteonecrosis

Paciente de 51 años en tratamiento con Zometa por metástasis ósea tras un Cáncer de Mama. Acudió a nuestra consulta en Enero 2021 con supuración y dolor. Nos comenta que lleva con antibiótico desde Marzo 2020.

¿ESPONTÁNEO?

Diagnóstico: se basa en la Clínica (historia y conjunto de signos y síntomas), pruebas complementarias como cultivos ... pero sobre todo la OPG y para determinar su extensión el CBCT.

Dio máxima importancia a la clasificación de la situación clínica que nos presentan los pacientes, para tener una guía objetiva de cómo gestionar y como acometer la estrategia terapéutica en cada situación. Así basando se en evidencia científica y en las

INCIDENCIA

- Incidencia bisfosfonatos:**
 - Osteoporosis: <0,02- 0,05%
 - Pacientes oncológicos: 0,9-18%
- Incidencia denosumab (inhibidor RANKL):**
 - Osteoporosis: 0,3%
 - Pacientes oncológicos: 0,7- 6,9%



directrices de la **“American Associaton of Oral and Maxillo-facial Surgerons”** definió:

Estadio 0: no hay clínica, solo hay gran riesgo. Es un estadio controvertido.

Estadio 1: No presenta síntomas, pero hay exposición ósea.

Estadio 2: Hay síntomas e infección con supuración. Si el Estadio 2ª mejora con tratamiento antibiótico lo clasifica como Estadio 2ª, pero si no mejora habría que considerarlo un Estadio más avanzado (Estadio 2B) donde el riesgo a pasar a Estadio 3 es alto. Esto lo basa y fundamenta en estudios que ellos mismos han realizado en la Universidad de Valencia **en el equipo del Dr. José Vicente Bagán.**

Estadio 3: Dolor permanente, refractario a tratamiento médico y hay fractura ósea. Onde ya el paciente debe ser gestionado y tratado en medio Hospitalario



Seguío el **Dr. Pérez Sayans García.**

Mario explicó que la osteonecrosis que se ven en los maxilares se debe básicamente a dos tipos: las **OsteoRadionección** cuando se desarrollan como un efecto secundario o complicación en relación con una exposición por Tratamiento con Radioterapia (RT) y la diferenció de la **Osteonecrosis inducida por fármacos (MRONJ)** modificadores de hueso (BMA's). Destacando al **DEMOSUMAB** como uno de los principales causantes, así como el Zometa.

Destacó la importancia de la prevención donde relaciona claramente la relación entre los procesos de inflamación a nivel oral y la osteonecrosis inducida por fármacos. Relacionando con la periodontitis crónica, por lo que aboga por tener los pacientes muy controlados.

Destaca que no existe ningún biomarcador predictivo, anunció un biomarcador con el que están estudiando en relación con el estudio la presencia de unas determinadas proteínas salivares. En cuanto al tratamiento, apuntó a la evidencia científica y lo clasificó en tratamiento NO quirúrgico y quirúrgico.

En estadio 1 el tratamiento es en principio No quirúrgico y en muchos casos con medidas generales de salud locales como antisépticos y en algunos casos con tratamiento antibióticos, que si es posible se puede ayudar de un estudio de antibiograma para sobre todo valorar cual es el antibiótico más específico por utilizar, porque se empieza a ver resistencias a los antibióticos más utilizados. Explica la estrategia de tratamiento que define **“Triple A”:** **Antisépticos, Analgésicos y Antibioterapia.** Y fundamental educación sanitaria e instrucciones de higiene oral.

En estadio 2: Requerirá tratamiento tipo “triple A” y valorando evolución se valorará tratamiento quirúrgico si existe o no hay secuestro.

II. FACTORES LOCALES

- **Traumatismo a nivel dentoalveolar***:** extracciones, implantes, cirugía periapical y periodontal con compromiso óseo
- **Anatomía local:** torus lingual y palatino, línea milohioidea
- **Enfermedad oral concomitante:** abscesos dentales o periodontales (7x)

III. OTROS FACTORES

- **Tratamiento prolongado con BMA (agentes modificadores del hueso) y vía IV (7x)**
- **Tipo de BMA:** *Aminobisfosfonatos (ácido zoledrónico), Inmunoterapia*
- **Grado de higiene oral:** *Presencia de placa, sarro....*
- **CTX<150 pg/ml NO EVIDENCIA**

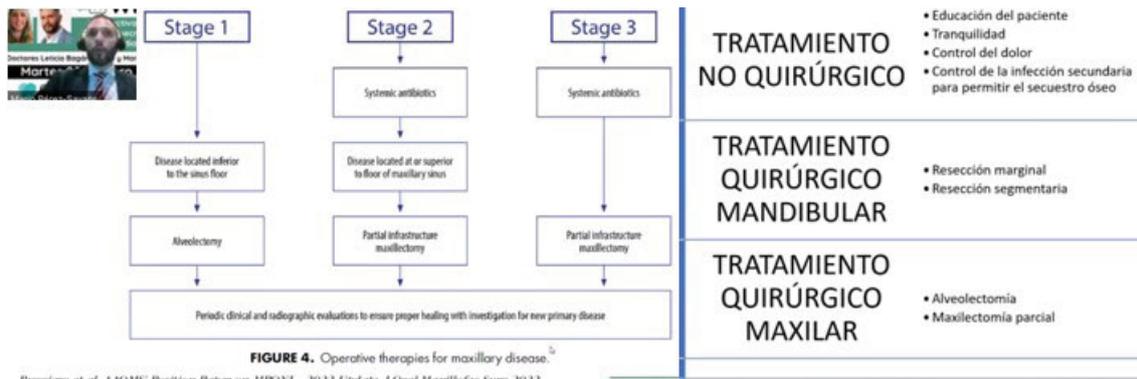


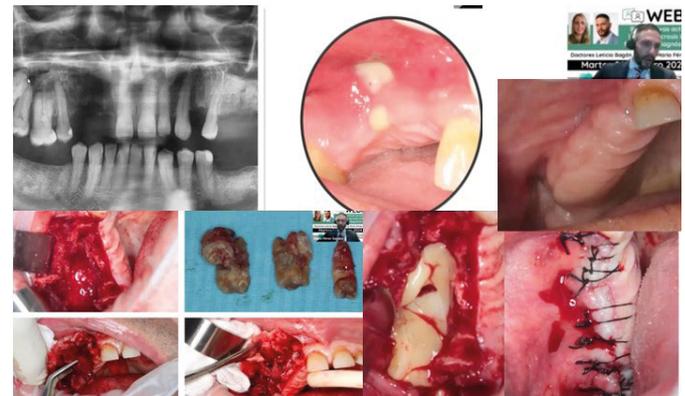
FIGURE 4. Operative therapies for maxillary disease. Ruggiero et al. AAOOMS Position Paper on MRONJ—2022 Update. J Oral Maxillofac Surg 2022.

En estadios 3: Además de la antibioterapia se hará necesario el tratamiento quirúrgico y en medio hospitalario.

- Los **pacientes en estadio 1** pueden tratarse con clorhexidina y con mejora de la higiene oral para eliminar la biopelícula de la superficie del hueso necrótico.
- La cirugía puede no estar indicada en ausencia de progresión de la enfermedad con una calidad de vida adecuada del paciente.
- **Pacientes en estadio 2** pueden requerir antibióticos para el control de los síntomas.
- Esos pacientes que siguen siendo refractarios al tratamiento conservador o aquellos pacientes que no pueden mantener una higiene adecuada puede beneficiarse de la terapia quirúrgica.
- En presencia de secuestro óseo en desarrollo o establecido, la terapia no quirúrgica puede estar indicada para permitir la secuestrectomía definitiva**CUANTO TIEMPO?**
- La exfoliación del hueso necrótico expuesto a menudo resultará en la resolución de la enfermedad.
- Por lo tanto, para aquellos pacientes con MRONJ en etapa 2 o 3 que son malos candidatos quirúrgicos, pueden estar indicadas terapias no quirúrgicas
- **Métodos complementarios o auxiliares**

- La adopción de un **enfoque no quirúrgico de MRONJ no resulta uniformemente en el secuestro del hueso necrótico expuesto** con resolución de la enfermedad.
- La intervención quirúrgica debe explorarse como una opción de tratamiento **para reducir la progresión de la enfermedad**
- La **intervención quirúrgica temprana puede mejorar el pronóstico final**
- En pacientes que demuestran el fracaso de la terapia no quirúrgica se recomienda la **cirugía temprana**.
- En pacientes con una **enfermedad progresiva clínica o radiográfica o estado avanzado en el momento de la presentación**, se recomienda la **resección quirúrgica** sin instituir primero medidas no quirúrgicas prolongadas.
- La **resección segmentaria o marginal** requiere márgenes más allá de los **bordes del hueso necrótico a un área de vital de hueso sangrante**.
- El tratamiento quirúrgico de los pacientes ha demostrado:
 - la **correcta cobertura de la mucosa**
 - **mejora de la calidad de vida**
 - **reanudación temprana de la terapia antiresortiva** en todas las etapas de MRONJ

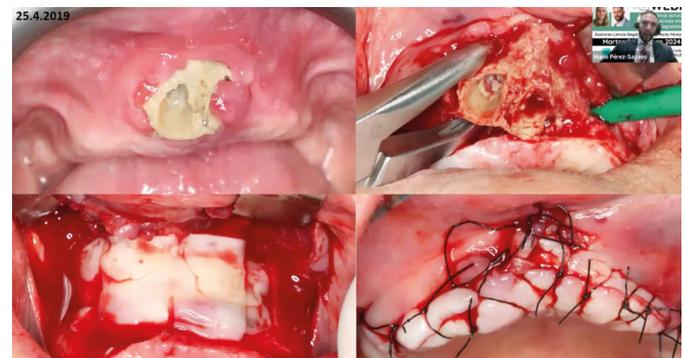
- 1- **Protocolos conservadores (AAA)**
 - 2- **Protocolos quirúrgicos/láser quirúrgico**
- **Terapia con láser de baja intensidad**
 - **Oxígeno hiperbárico**
 - **Ozono**
 - **Concentrados de plaquetas**
 - **Teriparatida**
 - **Otras: aPDT, autofluorescencia**



Si la enfermedad es progresiva aboga por el tratamiento quirúrgico de entrada, consiguiendo una mejor cobertura de la mucosa y mejora calidad de vida.

Explicó además métodos terapéuticos complementarios entre los que destacó el uso de LASER, el uso de concentrados plaquetarios, ozono, utilización de cámara hiperbárica ... que siempre hay que usar de forma complementaria al tratamiento antiséptico, antibiótico o Quirúrgico. Destacando por su experiencia el uso de fibrina rica en plaquetas y leucocitos (**LPRF**) tras cirugía y aconsejando siempre hacer cierre del defecto en cierre primario.

Correlacionar la clínica, la exploración intraoral con la exploración radiológica. Aconsejó el uso de azul de metileno para marcar el hueso necrótico a la hora de eliminarlo y desbridarlo en la "secuestrotomía".



Termino con protocolos preventivos y decisiones a tomar en relación con determinadas situaciones, diseñando estrategias previas en pacientes que vayan a recibir radioterapia o en pacientes que van a iniciar tratamientos con medicamentos antiresortivos o antiangiogénicos en relación estas situaciones.

Los protocolos **PREVENTIVOS** son los de primera elección tanto en ORN como MRONJ

- En **ORN**
 - Extracciones preRT → lo antes posible
 - Extracciones postRT → evitarlas (> 18 meses)
- En **MRONJ**
 - Fármacos BMA: bifosfonatos, antiresortivos, inmunoterapia
 - Tiempo y vía administración → drug holiday??
 - Factores de riesgo locales/sistémicos sobre todo **Cáncer**



Los protocolos **TERAPÉUTICOS** si fracasa la prevención

- En **MRONJ**
 - **Protocolos conservadores: AAA**
 - **Protocolos quirúrgicos: desbridamiento con colgajo y cierre primario**
 - **Métodos complementarios: PRP-LPRF, LLLT (con aPDT)**

También se explicó las actitudes más correctas a seguir en relación con protocolos terapéuticos en las distintas situaciones teniendo en cuenta que todas las estrategias deben ser consensuadas multidisciplinariamente con el especialista que indicó el uso de dichos medicamentos. Sobre todo, si tenemos que tomar la decisión de realizar un cese temporal en la administración de estos.

Siguió el turno de debate y preguntas. Destacando las referentes a las características radiológicas de diagnóstico. Donde la Dra. Bagán señaló como el grado alto de esclerosis, que se puede observar en la trama radiológica, nos estaría indicando un mayor

riesgo de necrosis. También se incidió un mayor riesgo de osteonecrosis con las asociaciones de los medicamentos antiresortivos con corticoides, terapias típicas en tratamiento de paciente con problemas neoplásicos.

Se puso en evidencia en todos los casos, en todas las actuaciones y en todas las decisiones la importancia de informar correctamente al paciente y el consentimiento informado. Hay situaciones que se puede suspender la medicación y se puede esperar a actuar o hay situaciones en las que hay que actuar y no se puede suspender la medicación, asumiendo los riesgos con conocimiento del paciente ...

14-15 NOV 2024
PALACIO DE CONGRESOS DE GIRONA



SECIB
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

XXI
Congreso

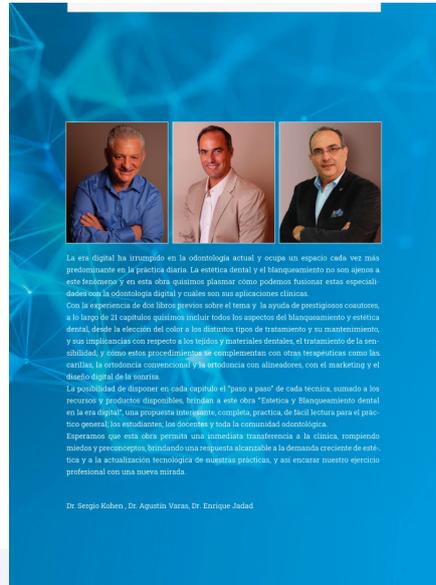
ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL

el “paso a paso” de cada técnica

ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL



SERGIO KOHEN
AGUSTÍN VARAS - ENRIQUE JADAD



Agradecimientos	Prefacio	Prólogo
17	27	29
1. Estética del color dentario	2. Alteraciones del color	3. Agentes blanqueadores y mecanismos de acción
30	44	62
4. Blanqueamiento externo	5. Blanqueamiento externo profesional	6. Microabrasión
72	96	116
7. Blanqueamiento de piezas (desulpadas interno)	8. Blanqueamiento en dientes calcificados	9. Aclareamiento cosmético y mantenimiento
126	156	166
10. Efecto de los periodos sobre tejidos y biomateriales	11. Hipersensibilidad dentinaria	12. Digital Smile Design (DSD)
176	192	206
13. Odontología digital	14. Carillas estéticas de cerámica adheridas desde su planificación a la ejecución	15. Aclareamiento dental durante la ortodoncia
222	236	270
16. Ortodoncia con alineadores: inclusión del blanqueamiento	17. Oportunidad de inserción del blanqueamiento en un plan integral	18. Comunicación y marketing en odontología estética
278	288	298
19. Aspectos psicológicos e interpretaciones psicoanalíticas	20. Consideraciones legales para tratamientos estéticos	21. Inteligencia artificial y su aplicación a la odontología estética rehabilitadora digital
308	314	320

La era digital ha irrumpido en la odontología actual y ocupa un espacio cada vez más predominante en la práctica diaria. La estética dental y el blanqueamiento no son ajenos a este fenómeno y en esta obra quisimos plasmar cómo podemos fusionar estas especialidades con la odontología digital y cuáles son sus aplicaciones clínicas.

Con la experiencia de dos libros previos sobre el tema y la ayuda de prestigiosos coautores, a lo largo de 21 capítulos quisimos incluir todos los aspectos del blanqueamiento y estética dental, desde la elección del color a los distintos tipos de tratamiento y su mantenimiento, y sus implicancias con respecto a los tejidos y materiales dentales, el tratamiento de la sensibilidad; y cómo estos procedimientos se complementan con otras terapéuticas como las carillas, la ortodoncia convencional y la ortodoncia con alineadores, con el marketing y el diseño digital de la sonrisa.

La posibilidad de disponer en cada capítulo el “paso a paso” de cada técnica, sumado a los recursos y productos disponibles, brindan a esta obra “Estética y Blanqueamiento dental en la era digital”, una propuesta interesante, completa, práctica, de fácil lectura para el práctico general; los estudiantes; los docentes y toda la comunidad odontológica.

Esperamos que esta obra permita una inmediata transferencia a la clínica, rompiendo miedos y preconceptos, brindando una respuesta alcanzable a la demanda creciente de estética y a la actualización tecnológica de nuestras prácticas, y así encarar nuestro ejercicio profesional con una nueva mirada.

Dr. Sergio Kohen, Dr. Agustín Varas, Dr. Enrique Jadad.

Adquiere el libro en www.odontologosdehoy.com (Librería)

Las alteraciones de color

Resumen del capítulo segundo

Existen dos grandes grupos: las alteraciones de color de origen extrínseco, relacionadas con agentes etiológicos externos, y las alteraciones de color de origen intrínseco, afines a agentes etiológicos internos.

Es importante tener en cuenta no sólo el tipo de agente etiológico sino la duración del mismo. Debe analizarse también el tiempo

transcurrido desde que actuó hasta el presente. Tampoco debe olvidarse la anamnesis de los tratamientos realizados en las piezas dentarias durante ese tiempo.

Finalmente, existe un tercer grupo de alteraciones que escapan a la clasificación anterior y que se agrupan en un conjunto heterogéneo de alteraciones de color denominado de otros orígenes.



Figura 1. Manchas externas causadas por pigmentación de nicotina.

Partiendo de un correcto diagnóstico, las probabilidades de que el tratamiento sea efectivo serán sustancialmente mayores.

Pigmentaciones de origen extrínseco

Si dentro de los hábitos alimentarios de cada persona, reiteradas veces en el día y por períodos prolongados, se consumen bebidas y alimentos altamente pigmentarios, podría modificarse el color de las piezas dentarias, oscureciéndolas o generando manchas oscuras localizadas.

Este es el caso del té, café, bebidas artificiales, alimentos con colorantes, tabaco, vino tinto y algunos medicamentos como la clorhexidina.

El mecanismo químico que actúa en las pigmentaciones extrínsecas involucra la participación de fuerzas electrostáticas y de Van der Waals que actúan por mucho tiempo, así como también interacciones hidrofóbicas, fuerzas dipolo y puentes de hidrógeno que actúan por períodos cortos. Estas interacciones permiten al agente cromógeno o precromógeno alcanzar la superficie del diente y determinar la ocurrencia de la adhesión. Si la causa de la alteración de color es de origen extrínseco, es conveniente primero eliminar la misma y luego comenzar el tratamiento de blanqueamiento, ya que ningún blanqueador por intenso que sea puede evitar que el agente etiológico siga actuando sobre el diente.

A lo largo de este capítulo del libro se describe detalladamente el aspecto, ubicación, anamnesis y etiología de ese tipo de pigmentaciones. Las mismas son manchas de tabaco, manchas metálicas, manchas producidas por antibacterianos, y manchas de color marrón, verde, naranja o negro.

Pigmentaciones de origen intrínseco

Las decoloraciones intrínsecas son las que se localizan en el espesor de la dentina y/o el esmalte. Son más difíciles de tratar que las manchas extrínsecas, que se localizan en la superficie del diente, por lo que constituyen un gran desafío clínico a la hora de obtener una solución estética.

Otra clasificación es aquella que se refiere a la formación de la pieza dentaria. Las decoloraciones de origen congénito son las que se gestan durante la formación del diente en la vida intrauterina como es el caso de la dentinogénesis imperfecta, amelogénesis imperfecta, fluorosis o tetraciclinas ingeridas a partir de los seis meses de gestación. Las **decoloraciones adquiridas** aparecen luego del nacimiento. Se clasifican en relación con la erupción dentaria pudiendo ser pre-eruptivas o post-eruptivas.

Las pre-eruptivas abarcan un período que va desde el nacimiento hasta los ocho años de edad aproximadamente y tienen relación directa con la odontogénesis post parto. Se hace un pormenorizado análisis de este tipo de pigmentaciones entre las cuales se incluyen las alteraciones de color por traumatismos, enfermedades hemolíticas, anemia y talasemia, porfiria, y muy especialmente, a las ocasionadas por la ingesta de tetraciclinas (en sus 3 categorías) o por exceso de flúor (fluorosis) y las hipoplasias y la opacidad del esmalte. También se hace hincapié en las alteraciones cromáticas que resultan de las amelogénesis y dentinogénesis imperfectas, ambos desórdenes hereditarios que afectan tanto la anatomía como las características ópticas de dichos tejidos.

Las alteraciones cromáticas post-eruptivas afectan el color de piezas dentarias ya erupcionadas, como es el caso de los traumatismos dentales en los que se produce una hemorragia intrapulpal o las relacionadas con iatrogenia.

En este capítulo se explican detalladamente todas estas situaciones. Debemos recordar que un correcto diagnóstico etiológico de las diversas alteraciones del color es fundamental para facilitar el éxito del tratamiento blanqueador que necesita cada paciente. Por lo tanto, el conocimiento de las causas de las distintas decoloraciones es de vital importancia.



Figura 2. Alteración de color debida a tetraciclinas, categoría 3.

Sergio Gustavo Kohen

Profesor Adjunto, Cátedra de Odontología Integral Adultos; Facultad de Odontología UBA. Docente autorizado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de post grado de la Universidad del Salvador y AOA.

Carla de Franceschi

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Odontología Integral Adultos, FOUBA. Docente de postgrado de la Asociación Odontológica Argentina y USAL.

Guillermo Adrián Rodríguez

Ex Titular de las Cátedras Técnica de Operatoria, Clínica Preventiva, Cariología y Clínica Integrada A; Facultad de Odontología de la Universidad Maimónides, Buenos Aires, Argentina. Especialista en Implantología y Endodoncia.

La anatomía dental en la obra de Martín Martínez



AUTOR:

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

Uno de los más significados anatomistas de la Ilustración española es, sin duda, Martín Martínez, autor de varias obras de tema médico y alguna especialmente de anatomía humana, que incluye entre sus exposiciones óseas la relativa a los dientes, incluso con aporte iconográfico para mejor formación de sus lectores.

Martín Martínez¹.

Conocido por sus apellidos, confundándose el primero con su nombre, Pedro Martín Martínez nació en Madrid el 11 de noviembre de 1684. Tras estudiar la Medicina en la universidad de Alcalá de Henares se graduó de bachiller médico en una de las universidades llamadas “menores”, la de Sigüenza, el 20 de mayo de 1705. Un año después ya había ganado por oposición una plaza de médico en el Hospital General de Madrid y a partir de ese momento iría escalando profesionalmente hacia puestos elevados, siendo profesor público de Anatomía, médico de cámara de Felipe V, examinador del Tribunal del Protomedicato y presidente de la Real Sociedad de Medicina de Sevilla, argos que aparecen en algunas de sus múltiples obras editadas. Fue una de las principales figuras del movimiento renovador de la Medicina española durante la primera mitad del Siglo de las Luces, y su pensamiento filosófico y médico está ligado al “escepticismo”, actitud intelectual cercana al eclecticismo, la base de una posición independiente respecto al sistema tradicional, apoyándose fundamentalmente en la experiencia. Falleció en la capital del Reino el 9 de octubre de 1734.

La “Anatomía completa del hombre”

Publicado en 1728 (Madrid, Imprenta de Bernardo Peralta), tuvo hasta ocho reediciones a lo largo de la centuria y para López Piñero se trata, con todas sus limitaciones, del “mejor tratado morfológico



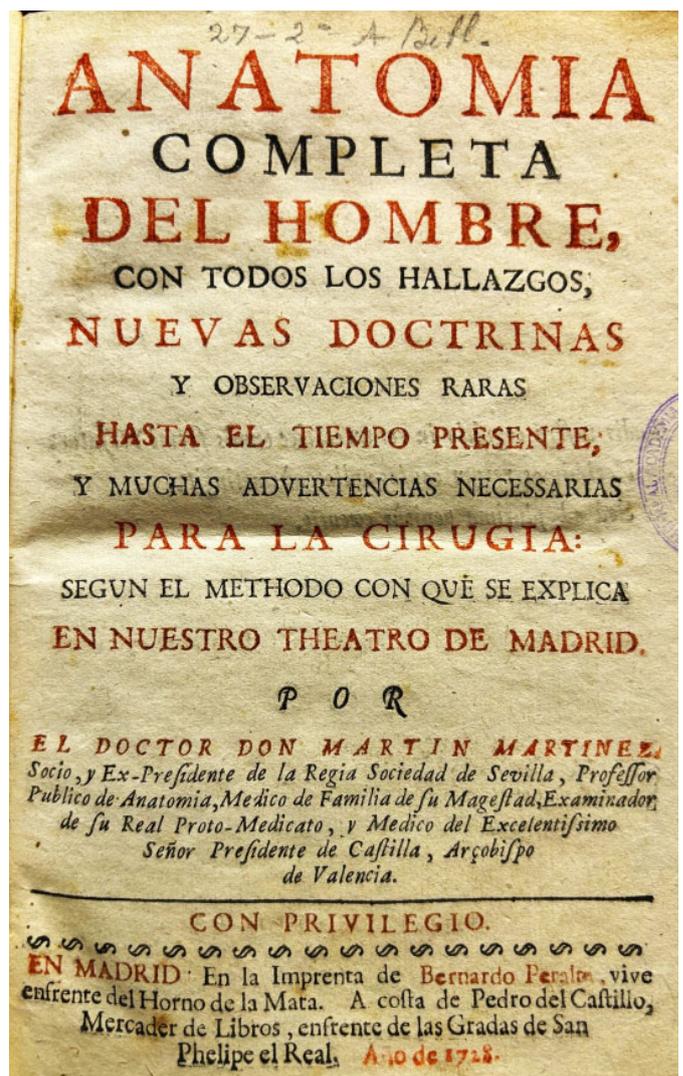
Retrato de Pedro Martín Martínez.

español de la primera mitad del siglo XVIII". Dedicado a su colega José Cervi, eminente galeno de su tiempo y amigo personal, fue antes un resumen sistemático del saber anatómico de la época que una obra original. La necesidad de contar en los centros de estudio médico españoles con un tratado de referencia le llevó de alguna manera a armar este repertorio, y así lo justifica en el prólogo: *Verdaderamente en toda Europa se cultiva con singular aplicacion la Anatomía. Todos los Príncipes cuidan de que se enseñe en sus Dominios. Los Sabios velan sobre el progreso en sus escuelas. En esto quizás solo nos adelantan los Medicos extranjeros.*

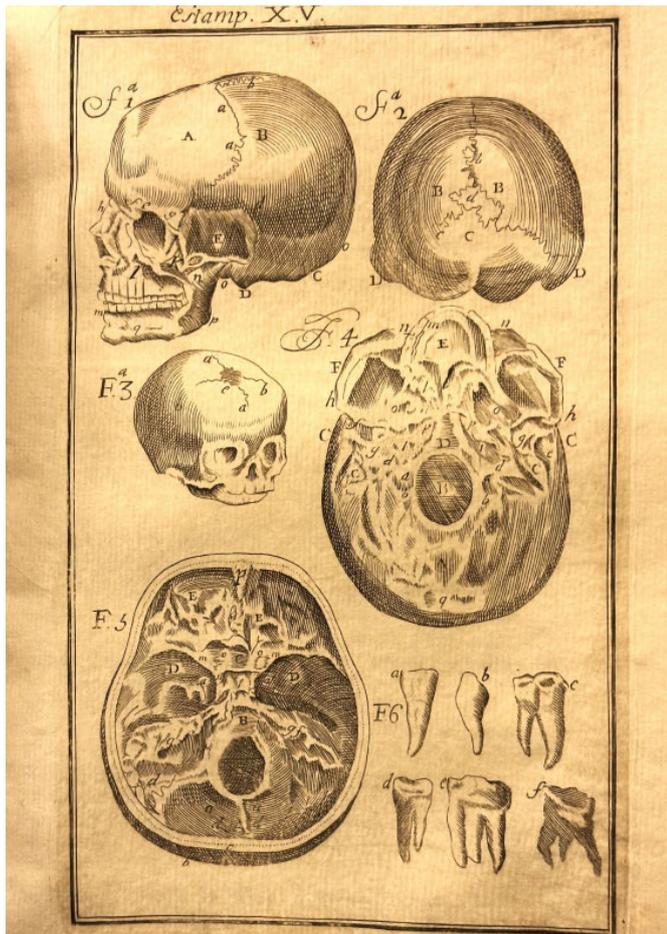
La "lección décima" de este libro trata "de la osteología", y dedica su capítulo primero a exponer cuanto se debe saber "de los huesos de la cabeza". En la descripción cráneo caudal llega en su penúltimo apartado, y antes de la exposición del hueso hioi-des, a los "Dientes", dando como sigue esta breve exposición:

Los Dientes son treinta y dos: carecen de periostio: y assi quando duelen es por vn pequeño Nervio, que

entra á su raíz: los Incisores absolutamente, llamados Dientes, son ocho, quatro de arriba, que suelen brotar á los siete, ù ocho meses, y quatro de abaxo, que nacen despues: vnense con las Mandíbulas por sola una raíz delgada, y sirven de cortar los bocados. Otros quatro se llaman Caninos, ó Colmillos, vno á cada lado de los incisores: artículanse mas profundamente, y con mas que vna raíz: nacen despues de los Incisores, y sirven de roer. Los veinte restantes se llaman Muelas, cinco en cada lado de las Quixadas, son duros, grandes y anchos: los de abaxo tienen dos, ò tres raíces: los de arriba tres ò quatro: sirven de moler la comida. Veinte Dientes suele aver hasta los siete años, entonces se mudan, ò caen, y salen otros en su lugar, y quatro mas: á los catorce otros quatro, y á los veinte las dos Muelas, que dicen del Juizio, que todos suman el regular número de 32. (vease Estamp. 15. fig. 6.ª).



La "Anatomía completa del hombre", edición prínceps.



Estampa XV, con representaciones dentales.

En la lámina correspondiente (Estampa XV) -ver fig.- se describe la figura adecuada, a la que remite el texto anterior, de la siguiente manera:

Figura 6. Que delineá los dientes.

a. Un diente incisivo

b. Un diente canino ó colmillo.

c.d.e.f. Quatro muelas, que unas tienen dos, y otras tres raíces³.

La “Anatomía” de Martín Martínez en su apartado odontológico anatómico no deja de ser un libro, como tantos, no especializado sino de ámbito general en la materia. Puramente descriptivo, se limita a la distinción de cada clase de diente de forma muy general, sin entrar en la morfología particular, correspondiendo su aparición a unas edades y distinguiendo, como tradicionalmente se venía haciendo, la dentición temporal de la permanente en cuanto que la primera precede a la segunda. Los dientes premolares siguen considerándose molares, como de muy lejos venía haciéndose, por su cara oclusal que le dota de condiciones triturantes. En resumen, la referencia odontológica no podía pasarse por alto en un tratado de estas características, pero no aporta ni intensidad ni novedad alguna.

Notas

1. Sobre la figura de Martín Martínez, consúltese principalmente: Granjel, L.S. *La obra anatómica de Martín Martínez*. Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1, 1960, págs. 1-4. Granjel, L.S. *Anatomía española de la Ilustración*, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1963, págs. 39-49. Sanz, J. *Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sigüenza*, Guadalajara, Diputación Provincial de Guadalajara, 1987, págs.151-153. Ballester, R. “Martínez, Martín”, en López Piñero, J.M. *et al.* Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, II, Barcelona, Ediciones Península, 1983, págs. 34-35. Aguinaga, V. *Bio-bibliografía de Martín Martínez*. Asclepio, XL, 1988, págs. 75-95. Ballester, R. <https://dbe.rah.es/biografias/13500/martin-martinez>
2. Martínez, M. *Anatomía completa del hombre...* (Madrid, Imprenta de Benito Cano, 1728), pág. 525. Prácticamente vuelve a decir lo mismo en las *Noches anatómicas ó Anatomía compendiosa* (Madrid, Miguel Francisco Rodríguez, 1750), (Segunda impresión), págs. 21-22.
3. Ídem., pág. 526.

S Line

Es una de las unidades dentales más avanzadas del mercado, que contiene todas las últimas innovaciones.

New Ancar S LINE

S



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

¿te atreves?

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

Barcelona
13 Septiembre 2024

Jornadas Científicas de Investigación en Cirugía Bucal

SEDE
fundació
SCOE

 **SECIB**
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL



ACTO DE ENTREGA
**PREMIOS
CIENTÍFICOS**
SECIB 2024

CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO FOTOGRAFÍA EN CLÍNICA

14 & 15 DE JUNIO

De 9 a 19 h.

- Instalaciones Start Dental. C/. Perú, parcela 1-12b. Pol. Ind. Oeste. 30820. Alcantarilla (Murcia).
- Información y reservas
- Tel.: 966 579 346 868 007 295
administración@startdental.es

Inscripción: 190 €

Opcional Curso Práctico sábado
mañana(4 horas): + 100 €

CARIDAD HERNÁNDEZ PANDO
Ortodoncista Exclusiva

MARCEL MARTÍN BARCELÓ
Fotógrafo Profesional



+VII CONGRESO NACIONAL
de la Sociedad Española de
Medicina Dental del Sueño
**Reunión anual de la European
Academy of Dental Sleep Medicine**

22
23
2024

noviembre.



E A D S M
EUROPEAN ACADEMY
OF DENTAL SLEEP MEDICINE

Barcelona

Hotel SB Icaria

Save
the
date





Paquete completo para ampliar el flujo de trabajo digital

Con el nuevo escáner intraoral Detection Eye de Zirkonzahn, la arcada del paciente puede digitalizarse fácilmente en menos de 60 segundos. El escáner es fácil de usar y la posibilidad de elegir entre dos tipos diferentes de puntas (estándar y pequeña) hace que el tratamiento sea más cómodo y adaptado al paciente. El escáner ha sido desarrollado para ser ligero, compacto y ergonómico, y el escaneado sin polvo facilita aún más el proceso.

Los datos escaneados pueden cargarse rápida y fácilmente en el módulo Model Maker del software de diseño. A continuación, el modelo realizado se transfiere al nuevo software Zirkonzahn.Slicer para su posicionamiento en la plataforma de impresión y la posible creación de soportes. El software está diseñado específicamente para el uso dental y sus ajustes preconfigurados garantizan un flujo de trabajo fluido y uniforme.

En seguida, los archivos para la impresión en 3D, pueden enviarse a través de una memoria USB, LAN o WiFi a la Impresora



P4000. Gracias al gran volumen de impresión (L x P x A: 20 x 12,5 x 20 cm), se pueden producir simultáneamente hasta 21 modelos Geller o 15 modelos de arcadas completas, dependiendo de la estructura y el tamaño. El sistema P4000 para la impresión 3D, es especialmente adecuado para su uso las resinas Printer Resin y Printer Resin Waterbased de Zirkonzahn en varios colores y para diferentes usos.

Después de realizar la limpieza con agua, en un baño de ultrasonido y de la polimerización del modelo, los movimientos mandibulares del paciente pueden controlarse en el articulador PS1 o en el Mini-Arti ZS1, utilizando el nuevo sistema JawAligner PS1 o ZS1 (espaciadores magnéticos) sin necesidad de yeso.

Webinario “Cómo hacer una primera visita ideal”

El próximo 10 de junio la Sra. Anabella Ibáñez impartirá un aportando tips sobre cómo aportar una primera visita ideal a un paciente cuando llega a la clínica. Tendrá lugar a las 21:00 h (hora peninsular) en Implant Training <https://www.implant-training.es/>.



Ticare: Moving for Care

Ticare sigue presentando al mercado su **nueva imagen de marca** que responde a una empresa moderna basada en la investigación, la innovación y el desarrollo de producto. La tecnología gapZero, que disminuye el riesgo de periimplantitis, es el máximo exponente de esta trayectoria con un objetivo final: la salud periimplantaria de los pacientes.



El lema **“Moving for care”** que acompaña a la nueva marca refleja una vida dedicada al “CUIDADO”. La filosofía de “cuidado de los tejidos” que ha acompañado a la marca se ha convertido en el cuidado de todo lo que hace. **Moving for care** significa que nos movemos por el cuidado, por la innovación y por un servicio de calidad. En resumen, Ticare les dice a sus clientes: **“Nos movemos por cuidarte. Cuidamos lo que te importa”** y les invita a unirse a este movimiento por el cuidado.

Set Explantación

Entre los lanzamientos que Ticare presenta para 2024 se encuentra el Set de Explantación atraumática y extracción de tornillos rotos.

El set permite la extracción de tornillos fracturados o con cabeza hexagonal redondeada, retirar prótesis fracturadas o gripadas y explantación. Es un set universal que dispone de plantillas esterilizables compatibles con otras marcas, aportando mayor flexibilidad en procedimientos quirúrgicos.

Este set ya se puede adquirir en Genetic, la tienda online de Ticare: www.genetic.ticareimplants.com/tienda/



Actualización librería Ticare para RealGuide

Diseña, planifica, disfruta de Ticare

Se ha ampliado la presencia de Ticare en el software de cirugía guiada RealGuide:

Se han introducido los principales aditamentos protésicos permitiendo hacer una planificación clínica también con la prótesis, pudiendo así planificar el tratamiento completo para lograr el gapZero utilizando implantes y aditamentos Ticare.

Se han introducido elementos de escaneo digitales para diseñar tratamientos de odontología en el entorno digital.

Más información en nuestra página web

<https://www.ticareimplants.com/software-cirugia-guiada-ticare/>

Promociones Ticare Sepa24

Ticare lanza ofertas especiales de los nuevos lanzamientos hasta el 15 de junio con **hasta un 63% de descuento** en algunos de sus sets.

Las promociones se aplican para **Compact Surgical Box**, versátil para cada tipo de implante en menos espacio; el **set de cirugía guiada Fidelis** que te guía al gapZero; el **set de prosthodontia** que mimas tu prótesis y te permite disponer de todos los destornilladores organizados por categoría; y para el set de explantación, la solución para volver a empezar.

También hay promociones especiales en biomateriales: Hueso Swissbone y membrana MG Reguarde.

Estas ofertas están disponibles en **Genetic**, la tienda online de Ticare www.genetic.ticareimplants.com

Consultar con el asesor comercial Ticare o contactando en el teléfono 983 309 602 donde el Equipo Ticare está a tu disposición para ayudarte.

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