

ODONTÓLOGOS de hoy

Volumen 14
Nº 70 febrero-marzo 2025



Estuardo Mata Castillo
Presidente F.I.E.F.O.

"Somos prestadores de servicios de salud, por lo que los valores éticos deben prevalecer"



Juan F. Yepes

Universidad de Indiana

"Odontopediatría fue reconocida especialidad en los Estados Unidos en 1940"



Dionisio A. Cortés

"... en número de biopsias nos queda mucho para equipararnos a otros profesionales"



SEPES
Bilbao 2025

54º Congreso Anual

9 - 11 de octubre

El desafío interdisciplinar

CONGRESO INTERNACIONAL
SEDCYDO • SEGER • SEMO



MADRID 8 A 10 DE MAYO 2025 – FACULTAD DE MEDICINA U.C.M.

B:DS
Barcelona
Dental Show

XLVI
seop Toledo
8-9-10 mayo 2025
Palacio de Congresos "El Greco"

Zirkonzahn
Human Zirconium Technology

ticare
MOVING FOR CARE

NSK

STADA

FINCLINIKS
FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

antón
Suministros Dentales

sonría
xfavor

inHEX

SOLO TICARE ES GAPZERO

Elimina los aflojamientos de tornillos



GAP ZERO
TECHNOLOGY
ticare

Disminuye el riesgo de periimplantitis

Espira de doble rosca
Reduce tiempo de inserción y calentamiento óseo

Superficie RBM-TC
Para mayor contacto hueso-implante

Estabilidad primaria y secundaria
Y facilidad de inserción gracias a su forma anatómica

Ápice más eficaz
Cono más apuntado que aporta estabilidad primaria adicional

ticare

ODONTÓLOGOS de hoy

Sumario

Editorial 05

Opinion 06

- 🕒 Mi primo el Nano
- 🕒 El azar, la Odontología y lo cuántico

Tribuna de salud pública. 12

- 🕒 Flúor: pilar fundamental en la prevención de la caries y el futuro de la Odontología

Actualidad 14

- 🕒 La Cofradía de Santa Apolonia de Catalunya celebró la fiesta patronal
- 🕒 El Colegio de Dentistas de la VIII Región, celebró su patrona
- 🕒 Los odontólogos de Navarra celebran a su patrona
- 🕒 SEPEs con la conferencia anual ibérica de profesores universitarios de prostodoncia
- 🕒 SEPEs celebró el 25 aniversario de su Reunión de Invierno
- 🕒 XXV JORNADAS ENCUENTRO PEDIATRAS – ODONTOPEDIATRAS
- 🕒 Las causas del “desgaste” en SEPEs CLÍNICA 2025
- 🕒 III Jornadas de Salud Bucodental. Higienistas Valencia

Entrevista 24

- 🕒 Estuardo Mata Castillo
- 🕒 Dionisio A. Cortés Ramírez
- 🕒 Juan F. Yepes

Ciencia y salud. 38

- 🕒 Implantología Conométrica: Efectividad en la Rehabilitación Estética y Funcional a propósito de un caso clínico
- 🕒 TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS
- 🕒 ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL, el “paso a paso” de cada técnica

Historia de la Odontología 54

- 🕒 La literatura del “Siglo de Oro”, fuente secundaria en la investigación histórica de la Odontología (I)

Cultura 62

- 🕒 La Abstracción Figurativa. Parte II. La deformación de la realidad
- 🕒 Etiopía, un retorno al pasado

Empresas 68

- 🕒 Nueva zirconia Prettau® 3 Dispersive® con Gradual-Triplex-Technology

Formación 69

- 🕒 Indicaciones de la medicina estética en ortodoncia
- 🕒 Estancias Monje-Ticare

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

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

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

Distribución exclusiva a odontólogos,
estomatólogos y cirujanos maxilofaciales

Ti-Max Z TURBINAS DE TITANIO CON LUZ POTENCIA 44W

Conexión NSK
Z990L
REF. PA2373

Conexión KaVo® MULTIflex®
Z990KL
REF. PA2375

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 • DURAPOW
CHUCK • Fácil cambio de cartucho • Velocidad: 280.000-360.000 min⁻¹ • Tamaño del Cabezal: ø12,1 x H 12,7 mm

OFERTA 1 + 1

Z990L + Z990L **999€*** ~~3.586€*~~

2 TURBINAS DEL MISMO MODELO

Z990KL + Z990KL **999€*** ~~3.586€*~~



Ti-Max Z CONTRA-ÁNGULOS DE TITANIO CON LUZ SPRAY SWITCH

Z95L
REF. C1034

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

Z25L
REF. C1038

• Clean Head System (Anti-Retorno) • Spray Switch (2 tipos de Spray: bruma y chorro) • Velocidad Máx: 40.000 min⁻¹ • Óptica de Vidrio Celular
• Portafresas Push Button • Microfiltro • Para fresas CA (ø2,35)*

3 años de garantía

OFERTA 1 + 1

Z95L + Z95L **1.299€*** ~~3.770€*~~

2 CONTRA-ÁNGULOS DEL MISMO MODELO

Z25L + Z25L **999€*** ~~2.412€*~~

2 CONTRA-ÁNGULOS DEL MISMO MODELO



* Los precios no incluyen IVA • Ofertas limitadas hasta el 30 de abril de 2025



Sociedades científicas "al servicio de sus más elevados fines"

Fernando Gutiérrez de Guzmán
Editor

Son muchas las sociedades científicas en el ámbito de la odontología, algunas superponiendo áreas de trabajo con otras y de todos los tamaños. Este amplio número tiene claras desventajas, por la dispersión en el uso de medios y el agobio que en ocasiones se somete a la industria, a la que se pide más incluso de lo que estos tiempos permiten.

Las sociedades, entidades sin ánimo de lucro por su naturaleza, aunque alguna parezca más una empresa y quizá esté cerca de serlo si no lo es ya, se deben fundamentalmente a la difusión y aumento del conocimiento científico de sus asociados en particular y del conjunto de la profesión en general. Una de las actividades con más visibilidad, que no la única, es la celebración de congresos.

Lamentablemente en ocasiones tenemos la sensación de que estos congresos se celebran para la satisfacción y auto boato de sus organizadores o a llenar las arcas. La gran afluencia en número de asistentes profesionales y empresas, los metros cuadrados de exposición, lo convierten en el dato más relevante.

La segunda semana de mayo, entre el 8 y el 10 concretamente, podremos disfrutar en Madrid de un gran encuentro científico que, como una ratificación del servicio al conocimiento se ubica-

rá en las instalaciones de la Universidad Complutense de Madrid, en su facultad de medicina.

Tres sociedades científicas, no las más grandes precisamente, pero de las que incluimos a nuestro parecer entre las más "científicas", celebrarán su congreso anual juntas. Ejemplo de optimización de medios y de falta de motivaciones de figuración de sus dirigentes.

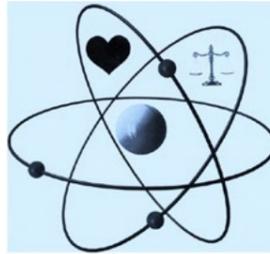
La Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) que preside El Dr. Andrés Blanco Carrión, la Sociedad Española de Gerontología (SEGER) que preside el Dr. José María Martínez y la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO) que preside el Dr. Juan Manuel Prieto, se unen para entre las tres dar lo mejor a la profesión.

Esta unión permite ofrecer un programa científico que no podrá ser superado este año, a lo sumo igualado, por ningún otro congreso por muchos metros cuadrados de exposición comercial que consiga llenar.

Vaya nuestra felicitación desde nuestra modesta tribuna a estas tres prestigiosas organizaciones y nuestro apoyo a sus tres presidentes del comité organizador: Dr. Miguel de Pedro (SEDCYDO), Dra. María Jesús Suarez (SEGER) y Dra. Rocío Cerero (SEMO) y a todos los que pondrán su esfuerzo para el buen desarrollo de este evento.



Mi primo el Nano



Irene Roch

Fue hace ya unos meses. En un Colegio Oficial de Dentistas muy significado de la mitad Sur de nuestro país.

Una Fundación de Odontología Social, también muy reconocida y significada, incluso en el ámbito latino americano, le hizo entrega de un pequeño detalle como expresión de un enorme mérito y justo reconocimiento. Estuvieron presentes importantes autoridades colegiales y académicas nacionales y representantes internacionales de una Academia internacional de Odontología. Además de los y las colegas y un buen número de amistades, le acompañaba su mujer, compañera fiel, sin la que es difícil que viaje. Él, que es dentista, aunque ya no ejerce, se emocionó, sobre todo, cuando tuvo que expresar unas palabras de agradecimiento. Todos los que estábamos allí pudimos comprobar que su ADN es más propicio a dar que a recibir, a servir que a servirse.

Médico de profesión, tiene una marcada vocación de servicio, pero con un talante muy empático que expresa en una singular forma de preocupación por cuidar a las personas a las que aprecia, por lo que más bien podría parecer que fuera un enfermero curtido en el complejo manejo de los pacientes frágiles en las plantas de hospitalización. Se hizo dentista estudiando Estomatología en un país lejos del nuestro, pero el conocimiento y el ejercicio de la Odontología nunca debilitó en él su perfil de médico, más próximo al de un médico de cabecera de los de antes que un especialista de los de ahora. Por eso tiene una especial capacidad para escuchar, siempre con paciencia y atención, mirando a los ojos de su interlocutor como si estuviera escudriñando un diagnóstico sea cual fuere el motivo de la conversación. Y también quizás por eso, es algo parecido a un Séneca a la hora de aconsejar. No lo hace dando consejos ni pontificando, pero sí con tal seguridad que parece que sus pronósticos partieran del conocimiento profundo y anticipado de la cuestión de que se trate. En definitiva, es una de esas personas que te transmiten la sensación de que cada vez que llegan a la encrucijada de los "senderos que se bifurcan" que diría mi amado Jorge Luis Borges, acierta con el camino que elige y, por lo tanto, es fácil confiar en que, si se sigue su criterio, se acertará ante la incer-

tidumbre. Pero en ningún caso él es un "coach" ni nada similar, porque se expresa con tanta humildad que su convencimiento se convierte en realidad en persuasión y a una le apetece seguirle como si fuera el flautista de Hamelín.

Con estos componentes básicos de su personalidad a nadie puede extrañarle que trabajara en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma durante muchos de los años de su ejercicio. De hecho, en tan sólo cinco minutos de conversación con él, sea el que sea el tema de la misma, enseguida le aflora el convencimiento profundo de los valores del mismo, siendo un firme defensor de la equidad, el acceso universal, la igualdad y la calidad de la asistencia, sin que rebase en ningún momento los márgenes de la argumentación objetiva y contrastada o, lo que es lo mismo, pero, dicho con otras palabras, sin expresar ningún atisbo de su adscripción ideológica o política.

Aunque también trabajó en la práctica privada de la Odontología, no fue ésta su principal prioridad y, de hecho, no agotó sus años profesionales en la misma. Sí que hay que reconocer que los mismos valores que inspiraban su desempeño clínico en su centro de salud, eran los que desarrollaba en su práctica privada. Por eso, era de esos dentistas que siempre se colocaban en el lugar de los pacientes y fácilmente se veía envuelto en la transferencia de los problemas de éstos hacia él. También quizás por eso, cuando decidió poner fin a su etapa como dentista con ejercicio privado, donó todo el equipamiento de su consulta a una Fundación.

Durante un buen número de años fue presidente del Colegio Oficial de Dentistas de su ciudad. Ahí le conoció una servidora por primera vez. Y desde ese primer día, siempre me pareció un presidente colegial distinto. A este respecto, destacaría que era un presidente de los que me gusta identificar como "salmón". Es decir, altamente audaz, siempre situado en las embocaduras y en los deltas de los grandes cauces de poder y muy hábil a la hora de nadar (circular) contra corriente. Institucionalmente correcto, sus principios y valores (algunos de los cuales ya me he atrevido a expresar) le impedían ser gregario por dos motivos

fundamentales. De un lado, porque lo suyo nunca ha sido estar en el pelotón. Y de otro, porque es de esas personas que siempre preferirán estar sólo que mal acompañado.

Ya se pueden imaginar que alguien así lleva una doble papeleta en la lotería de la vida (recuerdo de nuevo a Borges). Una papeleta le va a permitir tener grandes amigos, pero la otra es para no poder evitar tener también importantes enemigos. Aunque él cultiva los primeros e ignora a los segundos y lo hace con tal destreza que los primeros le adoramos y los segundos se des-conciertan.

La última fase de su vida profesional sigue ligada a la Odontología, digamos que sin ser médico estomatólogo no podría haberla desarrollado nunca. Como tampoco la mariposa hubiera podido nunca volar si no se hubiera arrastrado antes por el suelo como un gusano de seda. Sin su profundo conocimiento del mundo de la Odontología en todas sus vertientes: clínica, académica, investigadora, colegial, institucional y social y sin el conocimiento exacto de sus principales actores interactuantes: pacientes, profesionales, instituciones oficiales e industria no habría tenido el éxito que ha llegado a alcanzar y que parece no tener límite como cuando uno camina hacia el horizonte. Me

refiero a su rol como editor y director de una de las principales cabeceras periódicas de la Odontología. Su revista aborda todas las dimensiones del ejercicio de la Odontología y es un claro referente nacional para toda la profesión, una magnífica caja de resonancia para las sociedades científicas y prácticamente una especie de *newsletter* y podcast a la vez de todo lo que tiene relevancia profesional y social en la Odontología. En definitiva, si va a ocurrir y se anuncia o si ha ocurrido y se refleja en su revista, pueden tener la seguridad de que va a ser o ha sido importante.

Podría seguir escribiendo sobre él, pero estoy segura de que me va a leer y conociéndole, no quiero que se ponga colorado o que utilice sus resortes para que este artículo de opinión no se publique, por ello voy a parar aquí. Pero como no quiero dejarles con la duda de la identidad real de la persona de la que les estoy escribiendo les daré la pista definitiva que complementa el título de más arriba. Le cojo prestada de mis admirados Joaquín Sabina y Joan Manuel Serrat, cuando el primero dijo del segundo: "Mi primo el Nano, que no me toca nada y es mi hermano". Pues eso, ahí la tienen, a mí él tampoco "me toca nada y es mi hermano". Seguro que ya saben a quién me he referido. Hoy era de justicia hacerlo.





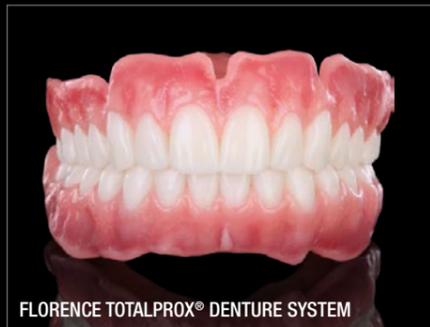
El azar, la Odontología y lo cuántico



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

En muchos aspectos de la actividad diaria el mundo profesional, tan proclive a la vanidad y a la prepotencia, suele atribuir el éxito de la acción al bien hacer y a los conocimientos de quien la ejecuta. En odontología (en las ciencias médicas en general) solemos relacionar los éxitos con nuestra habilidad, conocimientos y experiencia y endosar los fracasos a factores externos relacionados con la falta de cumplimiento de las instrucciones por parte del paciente, la incorrecta información recibida para diseñar el plan de tratamiento, etc. Es realmente difícil relativizar la racionalización de nuestras decisiones porque este proceder ha hecho que la ciencia objetivable ocupara el eje de nuestra actividad. El método científico se ha hecho imprescindible como procedimiento en cualquier aspecto de la profesión. Poder repetir un tratamiento en situaciones lo más equiparables posibles, con los menores sesgos y obtener los mismos validables resultados es la base de nuestro conocimiento y la guía en nuestro ejercicio profesional. En esa visión de que la única manera de obtener conocimiento es la demostración apodíctica o sea demostrativa y convincente, sin dudas ni contradicciones, que pretende reafirmar el método científico que usamos como herramienta, es probablemente la causa de ese germen de vanidad que corre por nuestras venas (por unas más que por otras). Esa idea de poseedores de una verdad demostrada en nuestras hipótesis (por mucho que puedan ser refutadas con otras nuevas) nos hace sensibles a la soberbia. Independientemente de que seamos afables y cercanos con nuestros pacientes lo cierto es que nuestro criterio se basa en el convencimiento de estar en posesión de la verdad y de que el plan de tratamiento, teniendo en cuenta la individualización del caso, es muestra mejor opción razonable para el paciente. El mundo cuántico en el que ya nos encontramos ha venido a aportar una cura de humildad a la certeza del razonamiento lógico clásico. Resulta que la demonización aristotélica del azar como algo irracional tendría su reflejo

en la visión cuántica de que no siempre la conclusión se basa en la lógica convencional. Las cosas no están definidas hasta que las miramos y las conclusiones no son inmutables. En resumidas cuentas, el observador define lo observado incluso ante la peculiar paradoja de que podamos considerar a un gato muerto y vivo a la vez como en el famoso ejemplo de Schrödinger. Esto, sin minusvalorar el peso de la individualidad del paciente en nuestra toma de decisiones, traslada relevancia al papel del observador, del profesional. Aunque está clara la importancia de profesionales bien formados técnicamente, es importante en nuestro ejercicio que además tengamos el sentido común, la coherencia y la prudencia necesaria para entender que no todo es lo que parece y que una parte de nuestros éxitos y fracasos (también conviene aprender a perdonarnos a nosotros mismos) se debe no solo al azar sino también a esa variabilidad que hace que todo pueda ser bueno y malo a la vez (incluido el criterio que usamos para juzgar). Eso no tiene porque debilitar nuestros principios ni nuestros valores, que obviamente son imprescindibles, pero sí que puede hacer que nuestros sinceros y documentados consejos dejen margen al paciente para decidir de tal modo que no vayan acompañados de ninguna dosis de soberbia y huyan del proselitismo a la hora de exponer planes de tratamiento. En definitiva, se trata, como decía Unamuno, no de vencer (algunos dirían vender) sino de convencer, pero dejando aire. Uno tiene la sensación de que a determinados planteamientos que cifran el éxito en vender cuanto más mejor se suma la tendencia bienintencionada de intentar "vencer" al paciente con las armas del que está poseído de la razón, sin tener en cuenta que otro profesional, también bienintencionado, en la misma circunstancia, plantearía otra solución. Y además que incluso el mismo profesional, con el mismo caso y la misma situación podría una vez proponer el plan A y otra vez el plan B. ¿No les ha pasado nunca?. ¿Será el azar o será lo cuántico?



FLORENCE TOTALPROX® DENTURE SYSTEM



FRESADORA M6 TELESKOPER BLANK CHANGER



HEAD TRACKER



NUEVO FACE HUNTER



ZIRKONZAHN.ARCHIV



COLOUR LIQUID PRETTAU® AQUARELL BOOST®



PRINTER RESINS BY ENRICO STEGER



COMPONENTES PROTÉSICOS DE IMPLANTES



¡Haga clic aquí y descubra todas las novedades que presentaremos en la IDS!
ids.zirkonzahn.com

Lactoflora®

Equilibra tu mundo

AYUDA A INHIBIR EL CRECIMIENTO DE LOS PRINCIPALES MICROORGANISMOS PATÓGENOS DE LA CAVIDAD ORAL:¹⁻⁴

- CRIES DENTAL
- INICIO DE LA PLACA DENTAL Y MAL ALIENTO
- CANDIDIASIS ORAL
- ENFERMEDAD PERIODONTAL



¿Gingivitis?
¿Caries?
¿Candidiasis oral?
¿Halitosis?



- **MANTENIMIENTO:**
1 comprimido para chupar/día después de cepillarse los dientes y/o utilizar colutorio.
- **ENFERMEDAD PERIODONTAL:**
2 comprimidos para chupar/día después de cepillarse los dientes y/o utilizar colutorio.

Ideal para niños y adultos con problemas en las encías, gingivitis, aftas, candidiasis oral, personas con ortodoncia, con tratamiento oncológico, con tratamiento de inhaladores orales, etc.

(1) Bosch M, Niet J, Sergi Audvert, Bonachera MA, Santos-Alemeny A, Fuentes MC, Cuñe J. Isolation and characterization of probiotic strains for improving oral health. Arch Oral Biol. 2012; 57: 539-549. (2) AB-Biotics, S.A. Estudio in vitro de antagonismo L. plantarum y L. brevis AB-DENTALAC® contra candida albicans. (3) AB-Biotics, S.A. Estudio in vitro de compatibilidad de las cepas L. plantarum y L. brevis AB-DENTALAC® a antibióticos. (4) Montero E, Iniesta H, Rodrigo M, et al. Clinical and microbiological effects of the adjunctive use of probiotics in the treatment of gingivitis: A randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol. 2017;44:708-716.

lactoflora.es



Consulte aquí para más información



STADA
Caring for People's Health

30 antón

1994-2024

Vistavox



- Volumen de visualización 3D ideal en la forma maxilar Ø130x85mm.
- Ø50x50mm. volumen en resolución 80 o 120 µm
- Alta calidad en 2D y 3D, sensor CIs de alta resolución con tamaño de píxeles de 49,5 µm
- Radiación reducida por volumen anatómicamente adaptado
- VistaSoft: edición de imágenes moderna y ergonómica.
- Incluye ordenador
- Vistasoft IA (Inteligencia artificial)

¿te atreves?

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

¿Hablamos?



94 453 06 22



antonsl@antonsl.es

 **antasis**
Trust Technical Service

Flúor: pilar fundamental en la prevención de la caries y el futuro de la Odontología

Carlos González-Cabezas, DDS, MSD, PhD
Professor, Dept. Cariology, Restorative Sciences & Endodontics

Livia Tenuta, DDS, MSD, PhD
Associate Professor, Dept. Cariology, Restorative Sciences & Endodontics

Margherita Fontana, DDS, PhD
Chair, Dept. Cariology, Restorative Sciences & Endodontics Professor
University of Michigan School of Dentistry. EE.UU.



Carlos González-Cabezas



Livia Tenuta



Margherita Fontana

La caries se considera una enfermedad compleja y multifactorial, identificada inicialmente por signos clínicos como son las lesiones cariosas. Durante el último siglo, el tratamiento de la caries se ha centrado en restaurar lesiones o cavidades avanzadas, pero esta estrategia no mejora la salud general a menos que se implemente un enfoque más integral que controle la enfermedad y, así, mantener una dentición funcional a lo largo de toda la vida. La caries es un problema complejo debido a su naturaleza multi-componente, incluyendo factores biológicos, sociales, conductuales, económicos, políticos y comerciales, así como su interconexión con otras enfermedades crónicas. Aunque se conocen métodos para controlar la enfermedad (como reducir el consumo de azúcar, aumentar la exposición al flúor y reducir la acumulación de placa dental), la caries sigue siendo la enfermedad no transmisible más común y es un gran problema de salud pública a nivel mundial.

El flúor (F) sigue siendo la principal estrategia de control de la caries a nivel general, respaldada por numerosos estudios que demuestran que puede reducir significativamente tanto la prevalencia como la gravedad de la enfermedad (Walsh et al., 2019; Marinho et al., 2013, 2015, 2016; Slayton et al., 2018). No obstante, existen algunos riesgos asociados con su uso como son la fluorosis dental por exposición a niveles elevados durante la formación de los dientes, y el riesgo de toxicidad aguda por exposición accidental a niveles muy altos. Pero estos riesgos se pueden manejar adecuadamente. Por lo tanto, el uso de flúor según las recomendaciones actuales se considera seguro.

La caries sigue siendo la enfermedad no transmisible más común y es un gran problema de salud pública a nivel mundial

A pesar de esta amplia evidencia a favor del flúor como una estrategia segura y efectiva para prevenir y controlar la caries dental, algunos grupos o individuos utilizan las redes sociales para difundir información errónea. Esto ha generado una oposición significativa entre algunos padres y representantes de niños pequeños al agua fluorada y a la pasta de dientes con flúor, debido a la percepción de un riesgo (Ko y Chi, 2023). Esta oposición podría estar reflejando una falta de tolerancia de tipo más general, a no asumir ningún riesgo, algo similar a lo que se observa en la resistencia a las vacunas por parte de algunos sectores de la población (Saini et al., 2023).

El flúor sigue siendo la principal estrategia de control de la caries a nivel general, respaldada por numerosos estudios que demuestran que puede reducir significativamente tanto la prevalencia como la gravedad de la enfermedad (Walsh et al., 2019)

Debemos enfatizar que el papel del flúor en la prevención de la caries está bien establecido, tanto a nivel individual, del paciente, como de salud comunitaria. Los productos con flúor han sido ampliamente estudiados y revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran que los tratamientos con flúor son eficaces y seguros para la prevención y posible remineralización de las lesiones cariosas. En la práctica clínica, la pregunta debería ser siempre: ¿qué métodos deben usarse de manera universal (abarcando a todos los pacientes) y cuáles deben usarse solo para personas con alto riesgo de desarrollar caries?

En general, se recomienda el uso diario de dentífricos con flúor para todas las personas. Para aquellos pacientes con mayor riesgo, se recomienda incrementar el nivel de exposición tópica de flúor para poder detener lesiones existentes y prevenir nuevas. Esto se puede lograr usando dentífricos con mayores concentraciones de flúor, enjuagues bucales con flúor o aplicando geles o barnices de flúor cada 3 a 6 meses profesionalmente.

El Fluoruro Diamino de Plata (SDF) es otro producto a base de flúor que ha ganado considerable interés recientemente. Aunque no depende únicamente del flúor para su efecto anticaries, la evidencia que respalda el SDF como agente para detener lesiones ha crecido significativamente en la última década. Estudios han demostrado consistentemente la eficacia del SDF para detener las lesiones cariosas cavitadas en dientes primarios y en lesiones radiculares en adultos mayores. Algunos investigadores han demostrado la efectividad del SDF en el manejo de lesiones no cavitadas, que es

similar en muchos casos a otros tratamientos no restauradores, dada la alta concentración de flúor de este producto. Sin embargo, la aplicación del SDF sobre las lesiones no cavitadas produce una decoloración negra y existen otras opciones igualmente efectivas que no decoloran las lesiones. El SDF debería aplicarse periódicamente, y la mayoría de las guías sugieren su aplicación cada seis meses.

Los productos con flúor han sido ampliamente estudiados y revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran que los tratamientos con flúor son eficaces y seguros para la prevención y posible remineralización de las lesiones cariosas

CONCLUSIONES

La caries dental persiste como un problema de salud global que afecta a personas de todas las edades. Es necesario un cambio de paradigma en la odontología, pasando de *solo restaurar cavidades* a una estrategia de *manejar la salud oral y controlar la enfermedad de caries* durante toda la vida a través de la prevención y la intervención temprana. Esto implica utilizar técnicas basadas en la evidencia, incluyendo el manejo efectivo no restaurador de lesiones no cavitadas, y de ciertas lesiones cavitadas.

Hoy en día existen Guías Basadas en la Evidencia para implementar en los pacientes un control efectivo de la caries. No obstante, sin abordar las causas subyacentes de la enfermedad, incluso estas estrategias tienen sus limitaciones.

Antes de reemplazar las intervenciones no restauradoras, probadas, efectivas y basadas en la evidencia, por terapias alternativas emergentes que aún necesitan ser probadas clínicamente, los dentistas deben asegurarse de que estas nuevas intervenciones emergentes estén respaldadas por una evidencia sólida de eficacia e inocuidad.

XXX CONGRESO SESPO
**LA PREVENCIÓN
LIDERA LA ODONTOLOGÍA**
MADRID 2025
17 Y 18 OCTUBRE

FACULTAD ODONTOLOGÍA
UCM, MADRID

La Cofradía de Santa Apolonia de Catalunya celebró la fiesta patronal

El domingo 9 de febrero, la Cofradía de Santa Apolonia de Barcelona celebró su fiesta patronal, en el 34 aniversario de su renovación, en el Monasterio de Santo Domingo de Guzmán, de la ciudad de Sant Cugat del Vallés. Se inició con una misa presidida por el padre Carlos Cahuana Barta, acompañada por la violonchelista Svetlana Tovstukha.

Asistieron los miembros de la Cofradía con los representantes del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya, de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Internacional de Catalunya.

Finalizada la misa, el Dr. Josep M. Ustrell Torrent, cofrade mayor, dirigió unas palabras a los asistentes agradeciendo la presencia de todos y se procedió a la investidura como miembros de la Cofradía al profesor Dr. Francisco Real Voltas, presentado por la madrina Dra. Sandra Fernández Villar.

A continuación, los asistentes pudieron compartir, un desayuno ofrecido por la empresa Curaprox España, gracias al CEO Sr. José M. Munté Fàbregas.

Estas actividades se han podido llevar a término gracias a la colaboración de la Asociación Empresarial de Clínicas Dentales de Cataluña y, en su nombre, el Dr. Juan José Guarro Miquel.



El Colegio de Dentistas de la VIII Región, celebró su patrona

Con la entrega de insignias de honor, colegiales y corporativas a diversos colegiados.

El acto contó con la presencia junto al actual presidente de todos sus antecesores en el cargo desde 1992. El más antiguo y constructor de la actual sede es el Dr. Nieto Bayón.



Los odontólogos de Navarra celebran a su patrona

Los dentistas de Navarra pudieron honrar a Santa Apolonia, el pasado sábado 8 de febrero.

Ese día se hizo un especial homenaje a D. José María Borja, antiguo Jefe Superior de Policía de Navarra, quien en 2023, fue clave en el cierre de una clínica dental en Burlada que operaba de manera fraudulenta y ponía en riesgo la salud de muchas personas.

La responsabilidad para con el Colegio y la implicación del Sr. Borja no solo ha servido para hacer cumplir la ley, sino también para reforzar la confianza de la sociedad en el Colegio de Dentistas y en la policía. Así pues, el Presidente del Colegio, Dr. Pezonaga, le hizo entrega de la medalla de oro del COENA, en reconocimiento a su excepcional compromiso con la profesión y con la salud pública.

En cuanto al resto de los actos del día de Santa Apolonia, los dentistas se reunieron en la iglesia de San Esteban de Gorráiz para recordar a los colegiados fallecidos durante el año 2024: Dres. Alberto Arrondo, Angel de Frutos y **Fermín Yoldi**, quien fue presidente del Colegio de 1991 a 2002.

Posteriormente, los colegiados se trasladaron al restaurante Castillo de Gorráiz donde tuvo lugar una comida que congregó a más de 150 personas. En ella se homenajeó quienes cumplían sus bodas de plata colegiales, se dio la bienvenida a los nuevos colegiados de 2024 y se homenajeó a los que se jubilaban. El acto fue presentado por la Dra. Carmen Keogh de Pablos, vicesecretaria de la Junta de Gobierno.



SEPES con la conferencia anual ibérica de profesores universitarios de prostodoncia



Los pasados 14 y 15 de febrero se celebraron en el Palau de les Heures de Barcelona las XXXVI Jornadas Ibéricas de Profesores Universitarios de Prostodoncia bajo la dirección y coordinación de los profesores de la Universitat de Barcelona (UB) Mariona Peraire y Raúl Ayuso, respectivamente, y el apoyo de SEPES dirigido a la promoción anual de estas jornadas.

Las Jornadas fueron inauguradas por el decano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universitat de Barcelona, el profesor Antoni Trilla. En la mesa inaugural, junto a los organizadores, intervino el vicepresidente de SEPES, el profesor Rafael Martínez de Fuentes quien destacó el compromiso de la junta directiva de SEPES en apoyar de forma activa esta Jornada anual de formación de profesorado e impulsar una mayor y progresiva participación y presencia de profesores jóvenes de prótesis.

Esta edición de 2025 reunió a medio centenar de profesores de prostodoncia de España y Portugal representando a las universidades Complutense de Madrid, Universidad de Granada, Universidad de Sevilla, Universidad de Viseu, Universidad de Porto, Universidad de Lisboa, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Murcia,

Universitat Internacional de Catalunya, Universidad del País Vasco, Universidad de Santiago y la Universitat de Barcelona, anfitriona de las Jornadas.

Las líneas de exposición y debate que estructuraron el programa de las Jornadas fueron la evaluación crítica de los planes de estudio de grado y su repercusión en la materia de Oclusión y Prostodoncia, la enseñanza de la técnica BOPT en el grado, y se establecieron las bases para consensuar unos protocolos clínicos comunes a todas facultades españolas y portuguesas.

La Junta Directiva de SEPES revalidó y reforzó, con la presencia en estas Jornadas de los profesores Sandra Fernández Villar y Rafael Martínez De Fuentes como miembros de la junta, el apoyo y compromiso que desde 2024 ha brindado a la organización de esta importante reunión anual docente.

Al finalizar las sesiones del último día, el Prof. Urbano Santana Mora presentó la próxima edición de estas Jornadas que serán albergadas por la Universidad de Santiago en marzo de 2026 y que contarán de nuevo con el apoyo y una más amplia participación de SEPES.



Equipo Ancar Sd-300

Fiabilidad contrastada. Con tecnología Touch Expert



Desde 274€/mes

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

¿Hablamos?

94 453 06 22

antonsl@antonsl.es

274€/mes iva NO incluido. Cuota de renting a 5 años, calculada con una entrada del 20% del importa total y cuota final de 162,95€ (iva incluido). Operación sujeta a aprobación de BNP.

SEPES celebró el 25 aniversario de su Reunión de Invierno

Del 26 al 28 de febrero en Baqueira

Con un programa que combinó prótesis, estética y endodoncia, la reunión fue coordinada por el Dr. Gabriel García por parte de SEPES, quién también fue el que coordinó la primera reunión en 2001, por parte de AEDE fue coordinada por los doctores Ion Zabalegui y José Aranguren.

A lo largo de las tres jornadas de la Reunión de este año, 150 clínicos dedicados a la prótesis, la estética y la endodoncia compartieron experiencias clínicas y debate en torno a temas como los protocolos actuales para maximizar la estética en tratamientos restauradores que presentaron los doctores Carla Vidal y Lucas Queiroz; o cómo, desde la planificación al resultado final, el uso de la tecnología ha llevado hoy en día a una mayor predictibilidad, tema que abordó el Dr. Andrés Mota.

La endodoncia y su abordaje en tratamientos multidisciplinares tuvo asimismo un espacio destacado en el programa. Las herramientas digitales para simplificar el autotrasplante dental, los límites de la endodoncia y sus beneficios en los tratamientos multidisciplinares endo-hueso fueron algunos de los aspectos que abordaron los expertos en endodoncia David Rubio, Javier Nieto y Gonzaga Zabalegui.

La Reunión de Invierno de SEPES se caracteriza principalmente por los debates clínicos, cita que año tras año concita el interés de un mayor número de jóvenes dentistas.

El Prof. Guillermo Pradés, presidente de SEPES, clausuró la Reunión agradeciendo la participación de AEDE.



SEPES
Bilbao 2025
54º Congreso Anual
9 - 11 de octubre

El desafío interdisciplinar

XXV JORNADAS ENCUENTRO PEDIATRAS - ODONTOPEDIATRAS

El pasado sábado, 14 de diciembre, se celebró, con una gran acogida, la 25 edición de las Jornadas de encuentro Pediatría-Odontopediatría, dirigidas por la Dra. Paloma Planells del Pozo, creadora de estas jornadas y representante de la Sociedad Española de Odontopediatría SEOP, y el Dr. Jesús García Pérez como codirector y representante de la especialidad médica de pediatría.



habitual de tratamiento incluye el diseño y confección de prótesis dentales, completas o parciales, fijas o removibles, desde edades muy tempranas; otras opciones, como la rehabilitación con implantes, provoca un debate continuo entre los profesionales, por lo que la rehabilitación dental de estos pacientes supone un reto para los facultativos relacionados.



La inauguración corrió a cargo del Director Científico de las Jornadas, José I. Salmerón, Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

El Dr. José I. Salmerón, disertó sobre las diferentes posibilidades de rehabilitación de pacientes con Displasia Ectodérmica. Los pacientes que la padecen presentan oligodoncia e, incluso, anodoncia, lo cual conlleva ciertas repercusiones morfológicas, funcionales, estéticas y psicológicas que deben solucionarse de manera precoz. El cirujano maxilofacial, el odontólogo y el resto de los profesionales sanitarios implicados en el manejo de estos pacientes tienen un papel importante en la rehabilitación bucal de los mismos. La estrategia

La Dra. María Salmerón, pediatra de la unidad de adolescencia del Hospital Ruber Internacional de Madrid, presentó una ponencia sobre las recomendaciones del uso de pantallas a lo largo de la primera infancia y adolescencia. En la actualidad no existe un código ético o legislación que regule los medios usados para limitar su uso para el cerebro en desarrollo.

La Dra. Cristina Maza, adjunta del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, nos mostró la patología derivada de las anomalías del crecimiento mandibular y los diferentes abordajes terapéuticos en función de la edad y la deformidad existente.



Las causas del “desgaste” en SEPES CLÍNICA 2025

SEPES CLÍNICA 2025, en colaboración con el Centro de Estudios Odonto-Estomatológicos de Valencia (CEOE), reunió los pasados 17 y 18 de enero en la ciudad del Turia a reconocidos expertos en torno a un tema de gran prevalencia clínica como es el desgaste dentario.

El objetivo de este curso, dirigido por Guillermo Pradiés, presidente de SEPES y Lucía Fernández de Estevan, presidenta del CEOE, fue actualizar, desde un enfoque multidisciplinar, en las técnicas, materiales y tecnología para DIFERENCIAR las causas del desgaste, DETERMINAR su implicación interdisciplinar y APRENDER sus protocolos de tratamiento.

Débora R. Vilaboa, José M. Reuss, Javier Casas, Óscar González, Vincenzo Giovane, August Bruguera, José Luis de la Hoz, Álvaro y Raúl Ferrando, Vicente y Nacho Faus, Juan Manuel Prieto, Lluís Nogués, Jesús Maneiro, Jorge Alonso, Mercedes Jorquera, Pablo

Castelo y Marta Romeo conformaron el grupo de expertos de varias áreas de la Odontología, y de la psicología clínica (Mercedes Jorquera) que integraron el programa de este evento de elevado nivel clínico.

Aspectos como los factores estáticos y dinámicos en el diagnóstico del paciente con desgaste dental; cómo puede ayudar el botox en el tratamiento restaurador en estos pacientes; los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el desgaste dentario; el uso de composites inyectados para provisionar a los pacientes con desgaste; los composites estratificados en esos casos; incrustaciones vs. corona en el tratamiento; el reto del desgaste dentario para el técnico de laboratorio; la farmacología y las férulas en estos pacientes; o la predictibilidad orto-restauradora en pacientes con desgaste son solo algunos de los temas que se abordaron en esta importante edición de SEPES CLÍNICA 2025.



PRÓXIMO GRAN EVENTO ANUAL CONGRESO SEPES OCTUBRE 2025



SEPES
Bilbao 2025
54º Congreso Anual
9 - 11 de octubre

El desafío interdisciplinar

 Ricardo MITRANI	 José NART	 Luis NART	 Gustavo GIORDANI	 Victor CLAVIJO	 Stefano GRACIS	 David DE FRANCO	 Alexis IOANNIDIS
 Débora VILABOA	 Beatriz VILABOA	 José Manuel REUSS			 Jaime JIMÉNEZ	 Oded BAHAT	 José RABAGO
 Mariano SANZ	 Ramón GÓMEZ MEDA	 Patricia SOLANO			 Ignacio BLASI	 Álvaro BLASI	 Gonzalo BLASI
 Susana PÉREZ DE LA FUENTE	 Arturo LLOBELL	 Victor CAMBRA			 Irena SAILER	 Vincent FEHMER	 Ronald JUNG
 Andrea RICCI	 Stavros PELEKANOS	 Gregg KINZER			 Jim JANAKIEVSKI	 Juan ZUFÍA	 Vicente BERBIS
 José Luis ANTONAYA	 Pablo RAMÍREZ	 Óscar GONZÁLEZ	 Giuseppe ROMEO	 Eva BERROETA	 Jon GURREA	 Arturo VELA	 Borja ZABALEGUI
		 Martín LAGUNA	 Ion ZABALEGUI	 Manrique FONSECA	 Anna PATTISON		

PRÓTESIS / PLAN DE TRATAMIENTO | PRÓTESIS / PERIODONCIA | PRÓTESIS / ORTODONCIA | PRÓTESIS ADHESIVA EN PACIENTES CON PÉRDIDA DE LA DIMENSIÓN VERTICAL | REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON DESGASTES OCLUSALES | PRÓTESIS GUIADA EN IMPLANTOLOGÍA Y REMODELACIÓN CRANEOFACIAL | TRATAMIENTOS MULTIDISCIPLINARES: VIAJE A LARGO PLAZO | MUCOGINGIVAL - RESTAURACIONES PARCIALES - ALINEADORES | REHABILITACIONES ORALES ANALÓGICAS | REHABILITACIONES ORALES DIGITALES | IMPLANTOPRÓTESIS - PLAN DE TRATAMIENTO | BATALLA DE CONCEPTOS - DESAFÍOS CLÍNICOS: EUROPA VS. USA | PROTOCOLOS DIGITALES APLICADOS EN EL PACIENTE MULTIDISCIPLINAR | EVOLUCIÓN Y NUEVOS HORIZONTES | NUEVOS HORIZONTES DIGITALES EN REHABILITACIONES REMOVIBLES EN IMPLANTOLOGÍA | RESTAURACIONES MONOLÍTICAS VS. ESTRATIFICADAS EN REHABILITACIONES COMPLEJAS | ESTÉTICA EN PACIENTES CON DENTICIÓN TERMINAL | 30 AÑOS EVOLUCIÓN ORTO / ENDO / PERIO | IMPLANTS: THE SURGICAL / RESTORATIVE CONNECTION | CURSO DE FOTOGRAFÍA DENTAL | CURSO HIGIENISTAS Y AUXILIARES



INSCRÍBETE YA
APROVECHA LAS PROMOS



III Jornadas de Salud Bucodental.
Higienistas Valencia

**Colegio Oficial
de Higienistas Dentales
de la Comunidad Valenciana**

El objetivo de este evento es ofrecer anualmente a todos sus colegiados, estudiantes del ciclo y resto de profesionales sanitarios, unas jornadas 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.

Las jornadas colgó el cartel de completo, con una asistencia de 202 asistentes entre higienistas dentales, odontólogos y estudiantes, quedándose muchos profesionales con ganas de asistir.

El programa de actividades de las Jornadas contó con 7 ponencias ofrecidas por los Dres. Vanessa Paredes, Vicedecana

de Odontología, de la Universidad de Valencia, e invitada de honor a las Jornadas, Carmen Llena, catedrática de estomatología, de la Universidad de Valencia, Jaime Alcaraz, Teresa Chofré, y las higienistas dentales: Dory Sánchez, Isabel El pasado 8 de febrero, en el edificio de la Fundación Universidad-Empresa de la Universidad de Valencia, ADEIT, el Colegio Profesional de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, celebró su tercera edición de las Escudero, Rosa Tarragó y Susana Cruz.

En estas Jornadas de Salud Bucodental colaboraron como en las ediciones pasadas, laboratorios de primer orden a nivel nacional e internacional. Los cuales siempre demuestran su fidelidad al colectivo, a través de sus patrocinios con sus marcas Haleon, Sensodyne, Colgate y Elmex, además de la nueva colaboración en esta tercera edición, con Ultradent.



ACCESORIOS FOTOGRAFÍA DENTAL



ESPEJO OCLUSAL ADULTO
30 €



ESPEJO OCLUSAL MEDIO
30 €



ESPEJO OCLUSAL INFANTIL
25 €



ESPEJO LATERAL
12 €



SEPARADORES TIPO 1
5 € unidad



SEPARADORES TIPO 2
5 € unidad



SEPARADORES TIPO 3/ 6 CM - 5 CM
6 € unidad



CONTRASTADOR NEGRO
9 €

PEDIDOS

609 783 244

marcelmartinbarcelo@gmail.com

*Precios sin iva



FLASH ESCLAVO + PORTALÁMPARAS + TRÍPODE
99 €



ACADEMIA FOTOGRÁFICA



Hablamos con Estuardo Mata Castillo

Odontólogo por la Universidad de San Carlos de Guatemala y especialista en endodoncia por la Temple University Philadelphia



Es Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín (Guatemala), uno de los centros más prestigiosos de Hispanoamérica y desde octubre de este año presidente de la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología.

¿Cómo nació la Universidad Francisco Marroquín? ¿Cuál es su misión?

La Universidad Francisco Marroquín, también conocida por su acrónimo UFM, es una universidad privada, no lucrativa y laica ubicada en la Ciudad de Guatemala, Guatemala. Fue fundada el 12 de agosto de 1971, por los miembros del Centro de Estudios Económicos y Sociales (CEES), un grupo de hombres emprendedores, con una visión próspera del país de Guatemala y profundos anhelos de superación, en torno a la misión de la enseñanza y difusión de los principios éticos, jurídicos y económicos de una sociedad de personas libres y responsables.

Toma su nombre del obispo de la época virreinal Francisco Marroquín, el primer prelado ordenado en América.

Actualmente incursionamos en España a través de UFM Madrid que nace con la misión de ofrecer en España un modelo educativo de calidad excepcional, fundamentado en las humanidades, pero también disruptivo e innovador, situando al alumno en el centro de su proceso de aprendizaje.

La Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín fue fundada en 1980 por iniciativa del doctor Ramiro Alfaro Arellano, con el objetivo de ofrecer una alternativa para formar odontólogos de alta calidad en un ambiente puramente académico, libre de las presiones ideológicas vigentes en ese momento. Así, logró entusiasmar a un grupo de 32 odontólogos, muchos de ellos exdocentes de la universidad nacional, para unirse al esfuerzo de hacer realidad este proyecto. Al presentar la iniciativa al rector fundador de la UFM, el Dr. Manuel Ayau, este,

contagiado de entusiasmo, le respondió que lo único que podía ofrecerle era un terreno en el campus para construir la Facultad de Odontología, siempre y cuando el proyecto se apegara al ideario de la UFM.

El entusiasmo del grupo de odontólogos fue tal que cada uno gestionó préstamos personales para financiar la construcción de las instalaciones académicas y clínicas. El equipamiento dental se obtuvo a través de donaciones de equipos usados en los Estados Unidos, facilitadas por el Club Rotario. Así, en 1985 se inauguraron las instalaciones de la Facultad de Odontología. Las primeras promociones de estudiantes cursaron sus primeros tres años de formación en la Facultad de Medicina de la UFM.

Cabe mencionar que ninguno de los miembros fundadores que gestionaron los préstamos y se presentaron como garantes obtuvo estatus de socio ni recibió beneficios económicos. El dinero fue reembolsado una vez que la facultad tuvo la capacidad financiera para hacerlo.

En los años siguientes, bajo la guía y liderazgo del decano fundador, Dr. Ramiro Alfaro Arellano, la facultad siguió creciendo y, gracias a una excelente gestión económica, se lograron reunir los fondos para la construcción y equipamiento de nuevas instalaciones. Hoy, estas nos llenan de orgullo, ya que han convertido a la Facultad de Odontología en un referente en el ámbito latinoamericano por su tecnología de vanguardia.

Contamos con un modelo único en la gestión de las clínicas, en el cual los honorarios percibidos por la instrucción clínica se entregan al final de cada semestre, y cada catedrático instructor recibe el pago correspondiente según las horas trabajadas.



“En Odontología UFM, creemos en el individuo como persona y nos hemos propuesto formar profesionales que sean exitosos en cualquier destino que libremente elijan ...”

¿Cuál es objetivo en la formación de nuevos odontólogos en su Facultad?

La formación de nuevos profesionales ha sido y será siempre una gran responsabilidad. En Odontología UFM, creemos en el individuo como persona y nos hemos propuesto formar profesionales que sean exitosos en cualquier destino que libremente elijan, a través de la enseñanza de las bases biológicas de la ciencia de la odontología y el desarrollo de las destrezas manuales con la mejor tecnología disponible, todo esto basado en los principios éticos de nuestra profesión.

¿Qué es FIEFO (Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Odontología)? ¿Cuál es su proyecto?

El proyecto tiene una motivación eminentemente académica, y se propone conjuntar capacidades y esfuerzos para lograr una verdadera unidad entre instituciones hermanas de enseñanza de odontológica.

En la última reunión general de los miembros de FIEFO, celebrada en las instalaciones de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) del Campus de Sant Cugat fue usted elegido presidente de la Federación, tomando el relevo al Dr. Rolando Peniche. ¿Qué supone para usted esta designación tan relevante?



Asistentes a la última reunión de FIEFO (X – 2024) en U.I.C. Sant Cugat.

La FIEFO, a pesar de sus escasos diez años de existencia, ha logrado avances extraordinarios, como la incorporación de universidades de España, Portugal y, más recientemente, Estados Unidos. No cabe duda de que el liderazgo del Dr. Rolando Peniche Marcin ha sido fundamental para estos logros.

Tuve el gran honor de acompañar al Dr. Peniche durante su presidencia (2018-2024) como secretario del consejo directivo. Este tiempo ha sido para mí una verdadera escuela de aprendizaje en muchos aspectos, especialmente en su manera cordial y sencilla de ejercer un liderazgo extraordinario.

Por ello, me siento honrado y, al mismo tiempo, profundamente comprometido con la responsabilidad de seguir consolidando a FIEFO.



Dr. Peniche, Dr. Mata, Dr. Gutiérrez, Dr. Giner, Dra. Mora.

¿La población guatemalteca se preocupa de su salud bucodental? ¿Existen campañas de prevención en su país?

Este es un tema que depende en gran medida del lugar o la ubicación de la población guatemalteca. Obviamente, en las ciudades y en las vías más desarrolladas, esta preocupación es más evidente. Las campañas de salud preventiva son variadas y, desafortunadamente, dependen del gobierno de turno.

En la Facultad de Odontología de la Universidad Francisco Marroquín, hemos establecido un convenio de cooperación con la municipalidad de Santa Catarina Pinula, una ciudad vecina a la capital de Guatemala con aproximadamente 100,000 habitan-

tes, para brindar atención odontológica a todos los niños en edad escolar del municipio.

En España tenemos un exceso de profesionales graduados en odontología según los criterios de necesidades de la O.M.S. ¿En Guatemala hay exceso de profesionales? ¿Y en los países que conforman Iberoamérica, que usted conoce?

En Guatemala, en las poblaciones donde se encuentran los polos de desarrollo, la proporción de odontólogos es adecuada a las necesidades. Sin embargo, en países como Guatemala, existe el grave problema del empirismo.

Por supuesto, también existen comunidades en el interior del país donde la atención odontológica es inexistente o muy limitada.

A esto se suma el surgimiento de nuevas facultades de odontología que se enfocan más en la cantidad de alumnos que en la calidad de la formación y pronto tendremos el problema de contar con una sobrepoblación de odontólogos.

¿En Guatemala tienen problemas de intrusismo profesional?

En países como Guatemala, existe el grave problema del empirismo, lo que ustedes llaman intrusismo.

En este contexto, hay un gremio bien organizado de los llamados mecánicos dentales, quienes son laboratoristas que realizan trabajos propios de un odontólogo sin contar con estudios ni conocimientos en ciencias biológicas de la salud. Su formación se basa únicamente en la práctica mecánica o de laboratorio, y ejercen la odontología sin ningún tipo de regulación por parte de las autoridades gubernamentales.

Le hemos visto asistir junto a su equipo a congresos en España, concretamente en SEPES Canarias nos hicimos eco de su presencia en nuestras páginas. ¿Cómo valora el nivel de la odontología española?

Durante mis 45 años ejerciendo la profesión, he sido testigo de los avances de la Odontología en España. Hoy en día, puedo decir que se posiciona al nivel de las mejores del mundo.

“El congreso de SEPES, considero que es uno de los mejores a nivel mundial”

Algunas escuelas y facultades de Odontología en España ofrecen una educación odontológica de excelente calidad.

En cuanto al congreso de SEPES, considero que es uno de los mejores a nivel mundial, ya que presenta temas y ponentes de gran nivel.

Desde SEPES Canarias, nos hemos propuesto asistir con un grupo de estudiantes, especialmente de posgrado. También creemos que el hecho de que se imparta en lengua castellana es una ventaja, ya que, aunque se domine el inglés, no hay nada como la lengua materna.

Creo firmemente que España se puede volver en el referente de la educación Odontológica para Latinoamérica, y es acá que los esfuerzos de la FIEFO también se enfoquen en conseguir alianzas con instituciones europeas.

Los conocimientos y las posibilidades terapéuticas y preventivas son cada vez más amplias y la formación en especialidades dentro de la odontología una realidad y una necesidad. ¿Cómo ve el futuro del odontólogo generalista?

Los servicios de salud están dando un nuevo giro hacia el médico familiar y el odontólogo general, como ocurría hace décadas. El paciente busca encontrar en el consultorio los servicios especializados que necesita y evitar ser referido, especialmente porque la movilidad es cada vez más complicada.

“Creo firmemente que España se puede volver en el referente de la educación Odontológica para Latinoamérica”

El odontólogo general debe capacitarse continuamente para poder tratar la mayoría de los casos, pero también tener la inteligencia y madurez necesarias para saber cuándo derivar al paciente.

El odontólogo especialista sigue siendo fundamental, pero lo veo más integrado en una práctica grupal.

Desempeña una labor profesional multidisciplinar: docencia, gestión, investigación, práctica clínica... ¿cuál es su actividad preferida?

Afortunadamente, disfruto de mis diversas actividades. En el consultorio, me encanta la relación con los pacientes, y cuando estoy realizando un procedimiento, siento que es lo que más disfruto. Sin embargo, al llegar a la facultad y compartir con colaboradores y estudiantes, cambio de opinión.

La prevalencia de caries por sí solo es mayor que la suma de las cinco ENT más comunes



Dr. Mata junto a los Drs. M. de Fuentes y Pradies durante SEPES Canarias.



Imagen de Santa Apolonia en la UFM.



Siempre supe que quería ser médico u odontólogo. Mientras a mi hermano, un año mayor, le regalaban armas de viento, yo quería un microscopio; él cazaba animales, yo los disecaba.

Lo heredé del lado paterno: mi padre y mi abuelo fueron odontólogos y docentes. Mi padre estuvo a cargo de la cátedra de Periodoncia y mi abuelo, de la cátedra de Patología, ambos en la Universidad Nacional.

Desde mi regreso a Guatemala, tras finalizar mi posgrado en Endodoncia en la Universidad de Temple, Filadelfia, EE.UU., me incorporé a la cátedra en la Universidad Francisco Marroquín

Desde su experiencia, ¿qué consejo puede dar a los estudiantes españoles que finalizan ahora sus estudios? ¿Y a los que ya llevan tiempo en la profesión y tienen ganas de superarse?

El mejor consejo que puedo ofrecer es que, en la medida de lo posible, traten de enamorarse y apasionarse por lo que hacen. Que la principal motivación, además de la remuneración económica, sea la satisfacción del trabajo bien hecho, ya que esto generará un círculo virtuoso que los llevará al éxito.

A quienes ya llevan tiempo en la profesión, los invito a redescubrir todo lo que esta tiene para ofrecer, a mantenerse actualizados. La era digital ha transformado nuestra profesión haciéndola más eficiente y placentera.

Y, sobre todo, nunca olviden que somos prestadores de servicios de salud, por lo que los valores éticos deben prevalecer.

Además, dirijo un museo de Historia y Arqueología Maya, una labor que me apasiona, ya que combina investigación y exploración. Cuando estoy inmerso en estas actividades, también siento que es lo que más disfruto.

Como ven, soy muy afortunado.

¿Qué ha significado en su vida personal la profesión que ha elegido? ¿Siempre supo que quería dedicarse a la odontología o fue una decisión más espontánea?

Mi profesión ha sido todo para mí, la he disfrutado al máximo, tanto que mis días libres del consultorio en la práctica privada los dedico a la facultad de odontología y no como una obligación sino como una actividad que me llena de alegría y satisfacción. Por supuesto tomo vacaciones largas y viajo mucho.

El odontólogo general debe capacitarse continuamente para poder tratar la mayoría de los casos, pero también tener la inteligencia y madurez necesarias para saber cuándo derivar al paciente



CONGRESO INTERNACIONAL SEDCYDO • SEGER • SEMO



8 al 10 de mayo

Universidad Complutense de Madrid

Facultad de Medicina y Facultad de Odontología





Hablamos con Dionisio A. Cortés Ramírez

Profesor de Medicina Oral.
Universidad Fernando Pessoa Canarias (UFPC)



Los próximos días 8 a 10 de mayo en la facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid se celebrará el congreso conjunto de las Sociedades Españolas de "Medicina Oral", de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial" y de "Gerodontología". SEMO, SEDCYDO y SEGER.

Hablamos con el Dr. Dionisio Cortés, uno de los prestigiosos ponentes que intervendrán en este singular congreso dentro del área de la medicina oral. Mexicano de nacimiento y nacionalizado español, desarrolla su actividad profesional en Canarias.

Licenciado en Odontología Universidad Autónoma de Chihuahua, México (1998-2005). Máster en Patología Oral Universidad del País Vasco / EHU (2006-2009). Diploma de Estudios Avanzados Universidad del País Vasco / EHU (2006-2008). Doctor en Odontología Universidad del País Vasco / EHU (2006-2012). Autor de diversas publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales. Miembro de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal (AIPMB). Miembro de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO). Miembro de la International Association of Oral Pathologists (IAOP). Miembro de la Asociación Mexicana de Patología y Medicina Bucal (AMPMB). European Máster Degree in Oral Laser Applications -(EMDOLA)- Universidad de Barcelona (UB). Profesor de Medicina Oral – Universidad Fernando Pessoa Canarias (UFPC). Miembro de comité editorial de: Medicina oral, Patología Oral y Cirugía Bucal Journal of Clinical and Experimental Dentistry y Journal of Lasers in Medical Science.

¿En su opinión los profesionales de la odontología están suficientemente concienciados de la necesidad de realizar un buen diagnóstico como primer paso de cualquier otra actuación?

Pienso que existe cada vez más conciencia acerca de la importancia en el diagnóstico de las alteraciones que involucran a la cavidad oral, ya sean locales o las relacionadas con alteraciones sistémicas, desafortunadamente aún hay bastante trabajo por hacer... Es necesario seguir trabajando para generar conciencia y dar formación acerca de la responsabilidad e importancia que tenemos como odontólogos en la detección y prevención de enfermedades con mucha repercusión en el paciente y alta prevalencia en España, como son las lesiones potencialmente malignas y el cáncer oral en etapas lo más temprano posible, entre otras.

Hoy tenemos a nuestro alcance la posibilidad de usar medios diagnósticos que antes o no disponíamos o su uso resultaba complejo. ¿Los nuevos odontólogos en su opinión saben aprovechar estas posibilidades a su alcance?

Yo creo que sí. Hoy más que nunca tenemos a nuestra disposición elementos tecnológicos de diagnóstico de uso rutinario. No obstante, esto no deja de ser siempre elementos auxiliares de diagnóstico que ayudan a al conocimiento clínico de los procesos patológicos. Por ello, pienso que no deberían sustituir en ningún caso los métodos convencionales "básicos" como es una buena anamnesis, exploración clínica y semiología diagnóstica, las cuales solo se entrenan aplicándolas todos los días.

"... en número de estudios histopatológicos (Biopsias), nos queda mucho para equiparnos con otros profesionales de la medicina"

¿Opina usted que se hacen suficientes estudios anatomopatológicos o estamos lejos de lo que sería conveniente?

En mi opinión, creo que aún nos queda tiempo para llegar a equiparnos en este sentido con otras áreas de la medicina donde el diagnóstico, escisión y estudio histopatológico son mucho más rutinarios. En este sentido, creo que la odontología actual se encuentra muy enfocada en el aspecto estético funcional del paciente, pero no se considera a la cavidad oral como una zona con un alto porcentaje de patología no dental.

¿En su opinión los odontólogos están suficientemente preparados en medicina oral?

Afortunadamente, en general yo creo que cada vez hay más odontólogos que se interesan por la medicina oral, en parte porque cada vez tiene más visibilidad en redes sociales por colegas. Inclusive, parece haber un mayor interés por realizar estudios de posgrado en esta área. Una prueba de ello, es el auge que está teniendo "SEMO joven" que abre la oportunidad a este colectivo de odontólogos en formación a integrarse a la medicina oral y la investigación.

Las patologías de dolor orofacial y disfunción craneomandibular, son cada vez más actualidad en la clínica. ¿Estamos ante una nueva forma de enfermar o ante una mejora de conocimientos que nos llevan a diagnosticar lo que antes no conocíamos?

Creo que es una combinación de ambas cosas. Por un lado, sí que existe un aumento de la incidencia de algunos cuadros de dolor orofacial como los trastornos temporomandibulares en los últimos años; y por otro lado, también creo que sabemos más sobre los cuadros de dolor orofacial en general. Esto debido en gran parte a la labor de difusión por parte de las sociedades científicas como SEDCYDO, un mayor número de profesionales con estudios de posgrado en dolor orofacial y por último, más oportunidades de formación de posgrado. Aquí también agregaría el conocimiento de esta especialidad por otras áreas de la medicina como neurología, fisioterapia y la otorrinolaringología,

entre otras han ayudado han mejorar el tratamiento de los pacientes con cuadro de dolor orofacial.

Su ponencia en este congreso versa sobre el uso del láser de diodo en medicina oral y dolor orofacial. ¿Es una herramienta al alcance de la mayoría de las consultas o es para un uso muy especializado?

Totalmente. La fototerapia mediante láser, es una herramienta terapéutica totalmente transversal en la odontología, con el que podemos hacer procedimientos quirúrgicos, desinfección/curación de heridas mediante terapia fotodinámica y terapia analgésica y anti-inflamatoria mediante la fotobiomodulación. Estos tres brazos terapéuticos están revolucionando no sólo la odontología, incluso en la medicina.

¿Puede hacernos una breve síntesis de las situaciones en que puede ser útil esta técnica?

Como antes mencionaba, podemos realizar tratamientos quirúrgicos menos invasivos y con postoperatorios con menor inflamación y dolor. También nos permite hacer procedimientos de desinfección de distintas etiologías sin uso de terapia antimicrobiana (bacterianas, fúngicas y virales) a través de foto-desinfección y terapia fotodinámica, lo que nos ayudaría a disminuir las resistencias a fármacos antimicrobianos; y por último, y muy importante, por medio de la fotobiomodulación podemos tratar cuadros de dolor agudo y/o crónicos disminuyendo el uso de analgésicos, los cuales muchas veces presentan un perfil de efectos secundarios poco deseable en pacientes que frecuentemente presenta distintas comorbilidades de base.

Es usted profesor de Medicina Oral en la Universidad Fernando Pessoa Canarias (UFPC). ¿Cuántos alumnos forman cada año en su centro? ¿Cómo tienen planteada la enseñanza?

El número de alumnos varía en función de los años, pero podría ser una media de 30 alumnos por año. Medicina oral se imparte en el primer semestre de tercer año. En ella los alumnos tienen una parte teórica donde se le enseña elementos fundamentales en medicina oral como pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento de la patología oral y maxilofacial. En la parte práctica, los alumnos atienden pacientes con diversos trastornos mucosos y óseos de distinta etiología. Esta parte práctica es bastante importante, ya que los alumnos pueden tener contacto directo con pacientes que presentan lesiones en un entorno real, más allá de una foto de un libro o caso clínico proyectado en una pantalla.



“... el reconocimiento y regulación de las especialidades en México es una realidad desde hace décadas...”

¿Nos puede contar cuáles son las principales diferencias en la práctica clínica entre España y México?

Creo que, en términos generales, es bastante similar en cuanto a la práctica. No obstante, en cuanto a las especialidades, el reconocimiento y regulación de las especialidades en México es una realidad desde hace décadas, incluso necesitando una cédula de especialidad por la secretaria de educación pública para ostentar el título de “especialista-maestría” en cualquier área. Lo anterior hace que los programas de posgrado y los organismos que regulan a las especialidades (sociedades y consejos de regulación), tengan unos mínimos, así como también exijan recertificaciones periódicas bi o tri-ales para seguir estando certificado por dichos organismos. Esto forzosamente exige unos mínimos de formación para cada especialidad. En este sentido, esperemos que, en un futuro próximo, España regule esta situación conforme a los estándares mundiales.

¿Cómo valora el nivel de los nuevos profesionales de la odontología?

Dionisio Cortés: en este sentido, creo que el haber tenido la gran suerte de haber estado en formación en distintas universidades

como en México (Universidad Autónoma de Chihuahua), Brasil (Universidad Federal de Pelotas) y España (Universidad de Granada y Universidad del País Vasco) y ahora como docente en la Universidad Fernando Pessoa Canarias, me gustaría ser más optimista, pero creo que la exigencia progresivamente va disminuyendo conforme pasan los años incrementando. No sé, si en parte se deba a la implementación de nuevos esquemas de enseñanza con mínimos más asequibles para el alumno, o por la introducción de nuevas tecnologías de enseñanza a las aulas con son los medios digitales, o bien una combinación ambas. Sólo los años nos dirán si habrá que volver un poco a los métodos tradicionales.

ODH: Usted pasó un tiempo en el Departamento de Estomatología de la Universidad del País Vasco con el Doctor Aguirre Urizar, ¿qué ha significado esa experiencia profesional en su trayectoria?

Así es, concretamente tres años, durante mi formación de Master en Patología Oral. Para mí, el Prof. José Manuel Aguirre ha sido un pilar importante tanto en mi formación como patólogo oral como en el ámbito personal, así como mi tutor de tesis doctoral. Definitivamente ha sido una gran suerte haber recibido formación tanto del Dr. José Manuel Aguirre Urizar como de otros grandes docentes responsables del área de dolor orofacial como el Dr. Eduardo Ginestal Gómez y el Dr. Fernando Magdaleno Quintanal a los cuales les guardo un especial cariño. Creo que mi estancia durante el master, me permitió tener una visión más amplia de lo que era la patología y medicina oral, así como del dolor orofacial, reforzándome la importancia del papel de patólogo oral en el ámbito odontológico.



... el odontólogo de hoy, sabe que es el profesional responsable del diagnóstico de las lesiones potencialmente malignas y del cáncer oral



¿Cree que la población está lo suficientemente concienciada de que el cáncer oral es una patología tan grave como las otras manifestaciones de esta dura enfermedad?

Aún falta difusión y trabajo por hacer... Aunque hay más conocimiento por el paciente que hace unos años, todavía diagnosticamos cáncer oral en etapas muy tardías, disminuyendo considerablemente la probabilidad de supervivencia. En este sentido, necesitamos mayor difusión en medios para dar a conocer en la población en general esta terrible enfermedad. Esto provocaría mayor conocimiento y demanda de atención por parte de los servicios de salud públicos y privados.

Y los profesionales odontólogos. ¿Están concienciados de la importancia de evaluar esta patología en sus diagnósticos?

Cada vez más afortunadamente, y esto lo vemos en los cursos de formación en medicina oral con asistencias casi equiparables a las de otras disciplinas odontológicas. Creemos que el odontólogo de hoy, sabe que es el profesional responsable del diagnóstico de las lesiones potencialmente malignas y del cáncer oral.

En relación a la formación en fototerapia ¿considera necesario más formación en esta disciplina?

Definitivamente, la fototerapia laser ha venido para transformar la medicina y odontología. Creo que el conocimiento y la formación es esencial para tener un buen dominio de esta herramienta terapéutica. En este sentido, la formación en fototerapia podría equipararse a la formación en farmacología para prescribir fármacos. Seguramente en un futuro próximo, y espero que sea así, veremos a la fototerapia dentro de los programas de formación de pregrado y posgrado debido a la gran aplicabilidad en cada especialidad.





**Riley Hospital
for Children**
Indiana University Health

Hablamos con Juan F. Yepes

DDS, MD, MPH, MS, DrPH,

Decano Asociado de Educación Departamento de Odontopediatría
Riley Hospital for Children Universidad de Indiana Indianápolis, IN, USA



Odontólogo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Médico y Cirujano, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Fellowship en Radiología, Universidad de Iowa. Especialista en Medicina Oral, Universidad de Pennsylvania. Especialista en Salud Pública Dental, A&M Universidad, Dallas, Texas. Máster en Salud Pública con énfasis en Epidemiología Clínica, U. de Kentucky. Máster en Ciencias Odontológicas, U. de Kentucky. Especialista en Odontopediatría, U. de Kentucky. Fellow en Cirugía, Royal College of Surgeons (Edinburgh, Escocia). Doctor en Epidemiología Clínica, Colegio de Salud Pública, U. de Kentucky. Subdirector del comité de ética en investigación, Universidad de Kentucky. Miembro Activo de la Asociación Dental Americana; de la Asociación Médica Americana; de la Academia Americana de Medicina Oral; de la Academia Americana de Radiología Oral y Maxilofacial; de la Asociación Americana de Salud Pública, y de la Academia Americana de Odontopediatría. Autor del libro "Manejo del Paciente con Compromiso Sistémico en Odontología". Autor de 7 capítulos en 3 libros de patología oral y radiología. Conferencista en 34 países y 87 cursos de educación continuada en los últimos 3 años. Editor Asociado de la revista científica de la Asociación Dental Americana. Miembro del Comité Editorial de 7 revistas indexadas en Medline. Autor o coautor de 61 artículos publicados en revistas indexadas por PubMed.

El próximo mes de mayo será uno de los conferenciantes que participará en el Congreso de la Sociedad Española de Odontopediatría que se celebrará en Toledo, donde el día 8 de mayo entre las 15 y las 18,30 pronunciará su conferencia con un sugestivo título:

“Todo lo que el odontopediatra debe saber de patología oral en niños ... y no se atreve a preguntar”

Al hablar de odontopediatría la primera cuestión que suele plantearse es la caries, el título de su conferencia en el próximo congreso SEOP, apunta en otra dirección. ¿Qué problema(s) de salud infantil quiere trasladar al conocimiento de los asistentes?

Definitivamente la caries dental es, y será por mucho tiempo (desafortunadamente) la patología más frecuente a la que el odontopediatra se enfrenta. Sin embargo, la patología oral en el niño es también parte de los conocimientos fundamentales de un buen odontopediatra. Si nosotros los odontopediatras, no sabemos hacer un diagnóstico diferencial, nadie más es capaz de hacerlo

Su actividad profesional la realiza en el Riley Hospital for Children Universidad de Indiana. ¿Cuéntenos cómo es esta organización?

El Hospital pediátrico de la Universidad de Indiana es el único centro hospitalario especializado en el niño en el estado de Indiana. Es un hospital de 280 camas que alberga todas las especialidades médicas. Por supuesto el Departamento de Odontopediatría es un componente fundamental del hospital. Nuestra clínica y nuestra residencia están bajo el techo del hospital y con acceso a nuestros colegas de todas las especialidades médicas. el Departamento de Odontopediatría es un componente fundamental del hospital

La formación es clave para el conocimiento de los hábitos más adecuados para el cuidado de la salud. ¿Cree usted que los odontopediatras están bien formados e informados sobre las rutinas más convenientes para prevenir enfermedades?

Me atrevería decir que los odontopediatras somos los que más sabemos y mejor entendemos la palabra "prevención". Preven-

El Departamento de Odontopediatría es un componente fundamental del hospital

ción es parte de nuestro ADN y es un área del conocimiento fundamental en nuestra especialidad.

¿Cuáles son los hábitos de alimentación que usted recomienda para cuidar la salud bucal de los niños?

Bueno, una dieta baja en carbohidratos definitivamente sigue y seguirá siendo fundamental, sin embargo, hoy en día sabemos que hay muchos más factores nutricionales involucrados en el desarrollo de la caries dental. También sabemos que hay alimentos que protegen contra la caries y otros que la facilitan.

Un buen diagnóstico es la clave de una buena praxis profesional. ¿Qué pruebas diagnósticas considera deben realizarse a los pacientes pediátricos, con los medios actuales que la ciencia pone a nuestra disposición?

Un buen diagnóstico es el PRINCIPAL (en letras mayúsculas) paradigma de la práctica de la medicina y de la práctica de la odontología. Las pruebas diagnósticas que se realizan en el paciente pediátrico son múltiples y depende de que se está investigando, desde una biopsia hasta un extendido en el microscopio pasando por la tomografía de haz de conos.

Respecto a los materiales y técnicas que se usan en odontopediatría. ¿Ha habido muchas novedades en los últimos tiempos? ¿Cuáles son las más significativas?

Definitivamente el área de los materiales dentales en odontopediatría como en odontología general ha mostrado progreso importante. Particularmente en el campo de los materiales bio-activos. La Federación Internacional de Odontología (FDI) definió claramente los criterios para que un material sea llamado "bio-activo". Hoy en día, tenemos dos, el silicato tricálcico y el trióxido mineral. Ambos son llamados "substitutos de la dentina" y pueden ser utilizados en diferentes situaciones clínicas, desde recubrimiento pulpar directo, indirecto como también en endodoncia para sellados apicales. Ambos materiales tienen un excelente perfil clínico y definitivamente ofrecen unas características de biocompatibilidad que no habíamos tenido en otros materiales.

En España se lucha en estos momentos por conseguir el reconocimiento oficial de las especialidades en odontología y la odontopediatría es una de ellas, aunque no este entre las prioridades del Gobierno. ¿El odontopediatra puede abarcarlo todo, o vamos ya tarde y habría que crear especialidades dentro de la odontopediatría??

La odontopediatría fue reconocida en los Estados Unidos como especialidad en 1940 (hace 85 años).

La odontopediatría fue reconocida en los Estados Unidos como especialidad en 1940 (hace 85 años). Es una especialidad que se define por la edad de los pacientes (única especialidad que es definida por la edad). El odontopediatra es el especialista en proveer odontología ("general") a pacientes entre los 0 y los 18 años además de los pacientes de necesidades especiales (son edad límite). Ya aquí en estados unidos estamos hablando de sub-especialidades dentro de la odontopediatría. Otras especialidades como cirugía, ortodoncia y periodoncia ya están en el proceso de aplicar por reconocimiento de subespecialidad. Personalmente pienso que en los próximos 5 años tendremos subespecialidad en odontopediatría, por ejemplo, medicina oral en el paciente pediátrico, ¡¡¡un sueño para mí!!! en los próximos 5 años tendremos subespecialidad en odontopediatría, por ejemplo, medicina oral

La odontopediatría fue reconocida en los Estados Unidos como especialidad en 1940 (hace 85 años).

¿Qué cualidades debe reunir el odontólogo que se dedica a la atención de niños?

Que pregunta tan difícil de contestar. Sin embargo, tal vez la cualidad más importante de un buen odontólogo que se dedica a la atención de niños es la PACIENCIA. (en letras mayúsculas).

Usted desarrolla su actividad profesional como clínico, docente e investigador en EE. UU., ¿cuáles son los aspectos más positivos del sistema americano en estos campos?

Bueno, pregunta compleja y con muchas respuestas. Diría que definitivamente la disponibilidad de fondos para desarrollar proyectos de investigación es definitivamente una ventaja del sistema americano. Otro aspecto interesante es que nuestros estudiantes cuando llegan a la facultad de odontología han

En los próximos 5 años tendremos subespecialidad en odontopediatría, por ejemplo, medicina oral

completado el "college", es decir han transitado 4 años más después de terminar la secundaria, en mi opinión, eso facilita la docencia, son más maduros (no todos) y más receptivos a la enseñanza.

¿Puede darnos una recomendación para quienes estén pensado en dedicarse a la odontopediatría?

Yo llegué a la odontopediatría después de haberme graduado como médico, después de haberme graduado como radiólogo y como médico oral, después de terminar un doctorado en epidemiología.....nunca pensé que el sueño de ser odontopediatra iba a ser una realidad en mi vida, pero llego. La especialidad que más retribuye nuestro trabajo y que más satisfacciones da, es la odontopediatría, ver crecer a nuestros pacientes y su sonrisa no tiene valor monetario. Yo soy un embajador de la especialidad y espero que los colegas que no han tomado la decisión final de estudiar nuestra especialidad atiendan mis conferencias. Estoy seguro de que se convencerán de dar el paso y comenzar la especialidad.

La especialidad que más retribuye nuestro trabajo y que más satisfacciones da, es la odontopediatría

La especialidad que más retribuye nuestro trabajo y que más satisfacciones da, es la odontopediatría



Su actividad profesional es intensa. ¿Le queda tiempo para el ocio? ¿Cuáles son sus aficiones?

Soy un nadador de tiempo completo. Creo firmemente en una vida balanceada. Es decir, una vida donde se le dedique el tiempo necesario al trabajo, a nuestros pacientes, pero también a nuestra familia y muy importante, a nosotros mismos. La natación es mi refugio, cuando estoy en la piscina (5 veces por semana a las 5 de la mañana) nadando de un lado al otro, estoy también meditando, pensando en mi día, encontrando soluciones ... nadar es una actividad física de bajo impacto para las articulaciones y un alto impacto en los músculos.



XLVI seop Toledo
8-9-10 mayo 2025 Palacio de Congresos "El Greco"

PONENTES
internacionales y nacionales

CURSO HIGIENISTAS
Sábado 10 de mayo

COMUNICACIONES LIBRES

TALLERES

Aprovecha la **CUOTA REDUCIDA**

PONENTES

Comité Organizador

- Presidenta**
Carmen García Sánchez
- Vice-presidenta**
Elena Navarro García
- Tesorero**
Jose del Piñal Matorras
- Vocales**
Paloma Planells del Pozo
María Elena Lucerón Díaz-Ropero
María José Martí Guillem
Esther Martínez Martínez
Patricia Plasencia Rodríguez

Comité Científico

- Presidenta**
Paola Beltri Orta
- Vice-presidenta**
Olga Cortés Lillo
- Vocales**
Montserrat Catalá Pizarro
Filo Estrella Sanchis
Eva Martínez Pérez
Nuria Delgado Castro
Anabela Reyes Ortiz
Sonia Guzmán Pina
Fran Guinot Jimeno



No te pierdas el evento de la Odontopediatría

INSCRIPCIÓN ONLINE

► www.seoptoledo.com



Implantología Conométrica: Efectividad en la Rehabilitación Estética y Funcional a propósito de un caso clínico



Dr. Michelangelo Del Mastro.
Ponente y tutor en cursos nacionales e internacionales de cirugía oral, periodoncia e implantología avanzada.



Dr. Andrea Massaiu.
Director médico de las clínicas dentales "Centri Odontoiatrici Massaiu", ponente en cursos nacionales e internacionales de implantología.



Dr. Juan Manuel Vadillo Martín.
Coordinador de la unidad del adulto del Hospital Universitario San Rafael. Madrid.

Resumen

La denominada "implantología conométrica", ofrece una solución eficaz para la rehabilitación dental con implantes especialmente en zonas de alta demanda estética. Este enfoque se caracteriza por eliminar el uso de tornillos y cementos como mecanismos de retención, mejorando así la estética y facilitando el mantenimiento de la salud periimplantaria. Este artículo explora los beneficios y las aplicaciones clínicas de esta forma de realizar rehabilitación dental.

Introducción

En la rehabilitación oral actual, uno de los objetivos a cumplir es el de la efectividad: aportar una estética inmediata reduciendo los tiempos de espera. Este concepto, tiene su máxima expresión en los casos de restauración inmediata con la colocación de implantes postextracción y su restauración temporal en el mismo procedimiento terapéutico, donde dos de los principales requisitos clínicos a conseguir son la estabilidad primaria del implante y la preservación y el manejo adecuado tanto de los tejidos duros como los blandos^{1,2}.

Para lograr estos objetivos no solo es importante una buena selección del implante y la técnica quirúrgica aplicada, sino también el tipo y calidad de los componentes protésicos seleccionados y utilizados: Estos, deben garantizar un ajuste óptimo a través de su conexión para dar la precisión adecuada que minimicen los micromovimientos y dificulten la filtración bacteriana asociada para no comprometer la estabilidad biológica a largo plazo.

Concepto.

La sustitución dental mediante la restauración implantoasistida en zonas de gran compromiso estético, representa uno de los desafíos más complejos de la odontología moderna: Combinar armónicamente estética, biología y funcionalidad masticatoria no es sencillo y las soluciones conométricas pueden aportar una opción válida en estos casos debido a las características que las definen.³

La conometría se basa en el uso de conexiones cónicas muy precisas entre el implante y la prótesis, eliminando así la necesidad de tornillos o cementos como elementos de retención. Este enfoque, no solo simplifica el proceso de rehabilitación, sino

que también ofrece significativas ventajas estéticas, funcionales y biológicas:

A nivel estético y funcional, la ausencia de tornillos oclusales permite una mayor libertad en el diseño protésico y una mejora en la estética general⁴.

A nivel biológico, la conexión cónica entre el implante y la prótesis ayuda a preservar los niveles de hueso periimplantario y también favorece la estabilidad de los tejidos blandos, promoviendo una adecuada integración gingival y reduciendo el riesgo de recesiones que podrían comprometer la estética^{5,6}.

También y aplicado al mantenimiento posterior a medio y largo plazo de las restauraciones, la técnica destaca por la facilidad de mantenimiento debido a la posibilidad de retirar las prótesis sin complicaciones, facilitando los procedimientos de higiene profesional en las revisiones periódicas. Además, al no utilizar cementos, se minimiza el riesgo de inflamación de los tejidos causada por los restos difícil de retirar⁷.

Caso Clínico.

Presentamos el caso Clínico de una mujer de 45 años, que acudió a la consulta debido a la fractura del segundo premolar superior derecho (Figs.1 y 2).

En la anamnesis, la paciente no refería antecedentes médicos o personales relevantes y no tenía hábitos tabáquico ni alcohólico por lo que le asociamos un tipo ASA I según la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists Physical Status*⁸.



Fig. 1.



Fig. 2.

En el examen clínico extraoral presentaba leve exposición de la zona en la sonrisa máxima y en la exploración intraoral observamos una estabilidad periodontal tras el sondaje, con un fenotipo periodontal grueso y una estabilidad oclusal en cierre y movimientos excursivos. En la zona del premolar fracturado, no aparecía ninguna imagen de infección activa asociada a la fractura total complicada de esmalte y dentina con decapitación coronaria. La vitalidad era negativa.

Llevamos también a cabo una exploración radiológica complementaria, donde realizamos radiografías periapicales del diente afectado y comprobamos que no había signos de infección focal en la zona periapical de la raíz. También hicimos una prueba tomográfica (CBCT) para comprobar es estado radicular desde un punto de vista tridimensional y prever la posibilidad de colocar

un implante postextracción en esa zona y asociarlo a una restauración provisional conométrica inmediata debido al compromiso estético y para preservar la arquitectura tisular que estaba en perfecto estado. Gracias al fenotipo presente, no creímos necesario realizar un procedimiento asociado de injerto de tejidos blandos¹.

Plan de Tratamiento.

Realizamos un análisis diagnóstico del caso, con un juicio pronóstico general y particular de ese diente y, ya que presentaba una cortical vestibular intacta con posibilidades de restaurar de forma inmediata (alveolo tipo 1 de Elian)⁹, decidimos plantear un plan de tratamiento restaurador mediante un implante inmediato y su restauración como mejor opción terapéutica. Se lo presentamos a la paciente y tras obtener su consentimiento informado, procedimos a la realización de las impresiones digitales para la fabricación de la restauración provisional de resina bisacrílica necesaria para el tratamiento, así como a prescribir el tratamiento pre y postquirúrgico estándar.

Anestesiarnos de forma infiltrativa la zona y realizamos una extracción cuidadosa del resto radicular para preservar el tejido blando y duro de la zona. Tras la exodoncia, sondeamos el alveolo y comprobamos que la cortical vestibular permanecía intacta, permitiéndonos así continuar con el plan previsto sin cambiar la clasificación alveolar (Fig. 3).

Inmediatamente después de la extracción, procedimos al fresado para poder colocar el implante. En este caso, seleccionamos en



Fig. 3.

la planificación diagnóstica un implante de conexión interna y de diámetro 3,5 mm. (B&B DENTAL) para permitir su colocación respetando las distancias para permitir la preservación tisular. La longitud del implante seleccionada fue de 12 mm. para asegurar la estabilidad primaria mediante el anclaje en el hueso residual apical y palatino. Con esta morfología y un cuidadoso procedimiento quirúrgico manual, conseguimos una colocación tridimensional correcta de la zona de conexión a 4 mm. de distancia del borde cenital gingival, con un torque de inserción de 40 N/cm., dejando un gap vestibular de unas dimensiones correctas que rellenamos con xenoinjerto de origen porcino colagenado (Gen-Os®) para reducir lo más posible la reabsorción ósea y preservar la arquitectura alveolar¹⁰ (Fig. 4).

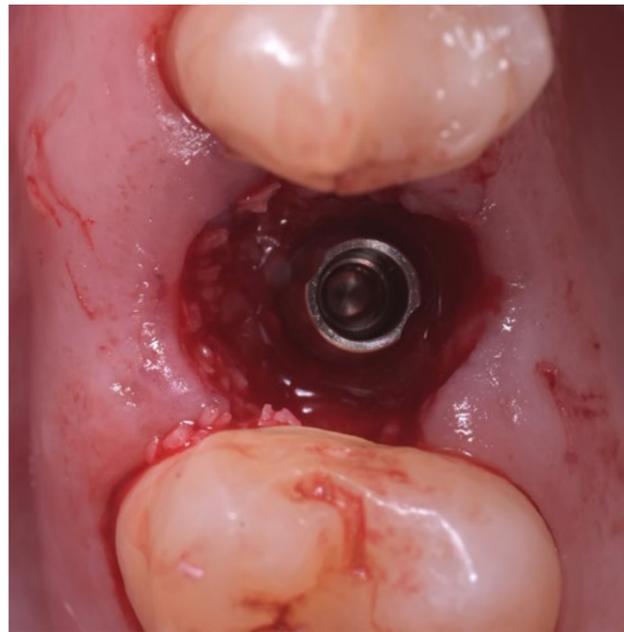


Fig. 4.

Realizamos una radiografía periapical paralelizada para comprobar la posición tridimensional correcta y la relación con las raíces de los dientes adyacentes y después atornillamos un pilar cónico prefabricado y previamente seleccionado con las medidas apropiadas para poder posicionar posteriormente la corona provisional de resina bisacrílica mediante una retención conométrica^{11,12} (Fig. 5).

Para restaurar mediante una corona provisional con una técnica de retención conométrica, colocamos encima del pilar un capuchón preformado y prefabricado realizado en PEEK: Éste adaptó perfectamente por presión al pilar. A continuación, aislamos la zona alveolar para evitar la entrada de material restaurador y rebasamos con resina la corona provisional bisacrílica previamente preparada y ajustada (Fig. 6).



Fig. 5.



Fig. 6.

Debido al ajuste marginal de la corona, no realizamos ningún tipo de sutura ya que es la propia forma de la restauración quién gestiona el sellado alveolar necesario para la estabilidad del coágulo y la posterior regeneración. A nivel oclusal, en este tipo de prótesis se recomienda hacer un ajuste que presente un ligero



Fig. 7.

contacto en máxima intercuspidad para mantener activa la retención conométrica y liberar cualquier tipo de contacto en lateralidad y protrusiva (Fig. 7).

Al paciente, le pautamos la medicación analgésica estándar para los casos de implantes inmediatos y tras los controles periódicos realizados, decidimos a los 4 meses la retirada de la restauración temporal, apreciando en ese momento una estabilidad total de los tejidos periimplantarios y un volumen vestibular mantenido¹³ (Fig.8).



Fig. 8.

El objetivo preservador tisular estaba conseguido con el tratamiento provisional, por lo que procedimos al registro mediante un escáner digital del perfil de emergencia creado para que el laboratorio de prótesis realizase la restauración definitiva mimetizando la arquitectura tisular preservada y duplicando el perfil de emergencia¹⁴. También, tomamos el color y escaneamos la forma del provisional para que el laboratorio tuviese la máxima información posible a la hora de realizar la corona definitiva (Fig. 9).



Fig. 9.

La prueba que envía el laboratorio de prótesis consiste en una corona de zirconia y un capuchón de titanio. Procedemos clínicamente a la retirada de la corona provisional de su posición y colocamos el elemento de titanio sobre el pilar. Seguidamente, cementamos intraoralmente la corona definitiva en su posición mediante un cemento de resina (Maxcem Elite™), dejamos polimerizar y lo retiramos cuidadosamente. Revisamos la zona y devolvemos el conjunto al laboratorio para que retire los excesos, lo repase y pula. (Fig. 10). Colocamos de nuevo la corona provisional y esperamos a que el laboratorio procese la corona definitiva y la devuelva morfológicamente perfecta para su colocación final respetando la filosofía conométrica de retención sin cemento ni tornillo ni las complicaciones asociadas a ambas técnicas restauradoras (Fig. 11, 12 y 13).



Fig. 10.

A partir de ese momento, se pautan las visitas de revisión y mantenimiento necesarias y personalizadas para mantener las características restauradoras a largo plazo.



Fig. 11.

Conclusiones prácticas.

En la clínica actual, la conometría se ha convertido en otra opción de elección en los casos estéticos debido a su capacidad para facilitar el mantenimiento y la revisión de las prótesis sin comprometer la estética.



Fig. 12.

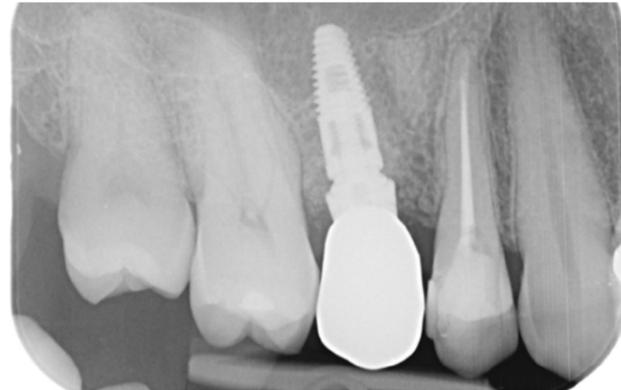


Fig. 13.

Los estudios han demostrado que los implantes con filosofía restauradora conométrica, mantienen los niveles óseos estables y favorecen la integración de los tejidos blandos, mejorando no solo la estética, sino que también reducen el riesgo de complicaciones a largo plazo como son la pérdida ósea marginal y la mucositis o periimplantitis¹⁵.

En el futuro y a medida que la tecnología y los materiales continúan mejorando, es probable que la conometría se convierta en un estándar de cuidado en la rehabilitación implantológica, maximizando los beneficios clínicos y de experiencia de tratamiento de los pacientes y los profesionales.

1. Cabello G, Fernández DAG, Calzavara D, Fábrega JG. Immediate placement and restoration of implants in the esthetic zone: Trimodal Approach therapeutic options. *Int J Esthet Dent*. 2015 Spring;10(1):100-121.
2. Tallarico M, Caneva M, Meloni SM, Khanari E, Covani U, Canullo L. Definitive Abutments Placed at Implant Insertion and Never Removed: Is It an Effective Approach? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018 Feb;76(2):316-324.
3. Degidi M, Nardi D, Sighinolfi G, Degidi D, Piattelli A. The Conometric Concept: Definitive Rehabilitation of a Single Posterior Implant Using a Friction Retention Abutment. A 1-year Follow-up Report. *Int J Prosthodont*. 2023 Jan-Feb;36(1):104-112.
4. Degidi M, Nardi D, Gianluca S, Piattelli A. The Conometric Concept: A 5-Year Follow-up of Fixed Partial Monolithic Zirconia Restorations Supported by Cone-in-Cone Abutments. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2018 May/Jun;38(3):363-371.
5. Degidi M, Nardi D, Sighinolfi G, Piattelli A. The Conometric Concept: Definitive Fixed Lithium Disilicate Restorations Supported by Conical Abutments. *J Prosthodont*. 2018 Aug;27(7):605-610.
6. Caricasulo R, Malchiodi L, Ghensi P, Fantozzi G, Cucchi A. The influence of implant-abutment connection to peri-implant bone loss: A systematic review and meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2018 Aug;20(4):653-664.
7. Bressan E, Stoccheri M, Jimbo R, Rosati C, Fanti E, Tomasi C, Lops D. Microbial Leakage at Morse Taper Conometric Prosthetic Connection: An In Vitro Investigation. *Implant Dent*. 2017 Oct;26(5):756-761.
8. Mak PH, Campbell RC, Irwin MG; American Society of Anesthesiologists. The ASA Physical Status Classification: inter-observer consistency. *American Society of Anesthesiologists. Anaesth Intensive Care*. 2002 Oct; 30 (5): 633-40.
9. Elian N, Cho SC, Froum S, Smith RB, Tarnow DP. A simplified socket classification and repair technique. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007 Mar;19(2):99-104
10. Cardaropoli D, Cardaropoli G. Preservation of the postextraction alveolar ridge: A clinical and histologic study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008, pp. 469-477
11. Degidi M, Nardi D, Piattelli A. The Conometric Concept: Coupling connection for immediately loaded titanium-reinforced provisional fixed partial dentures: a case serie *Int J Periodontics Restorative Dent* 2016;36(3):347-54.
12. Buser D, Chappuis V, Belsler UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontol* 2000 2017; 73 (1): 84-102.
13. González-Martín O, Lee E, Weisgold A, Veltri M, Su H. Contour Management of Implant Restorations for Optimal Emergence Profiles: Guidelines for Immediate and Delayed Provisional Restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2020 Jan/Feb;40(1):61-70.
14. Jarangkul W, Kunavisarut C, Pomprasertsuk-Damrongsri S, Joda T. Comparison of treatment time for single implant crowns between digital and conventional workflows for posterior implant restorations: A randomized controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2023 Nov 1;0(0):1-19.
15. Lupi SM, De Martis D, Todaro C, Isola G, Beretta M, Rodriguez Y Baena R. Conometric Connection for Implant-Supported Crowns: A Prospective Clinical Cohort Study. *J Clin Med*. 2023 Dec 13;12(24):7647.



946 076 521
info@sonriaxfavor.es

Sonría por favor

Tenemos todo lo que necesitas para tu clínica dental

CONSUMO

Todo el material de consumo que necesitas para el día a día en tu clínica dental.

APARATOLOGÍA

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

WORK FLOW

Expertos en todas las novedades del flujo digital y radiología.



¿Cómo podemos ayudarte?

SERVICIO TÉCNICO

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



TE LO PERDISTE ... TE LO CONTAMOS

Crónica del Dr. Andoni de Juan Galindez



WEBINAR

Martes 10 Diciembre 2024 - 21:00h.

Últimos avances en Implantes subperiósticos customizados

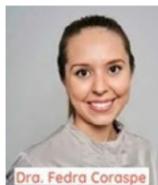
Tras la celebración de su exitoso congreso anual en Girona 2024, SECIB reinicia su formación continuada en el formato WEBINAR "ON LINE". Se inicia una nueva etapa con la DRA. ALBA SANCHEZ como responsable de esta sección, coordinando su programación. Además, la Dra. Alba Sánchez a su vez es la presidenta del comité científico de SECIB en esta nueva Junta



Alba Sánchez



El ciclo se inicia con un potente tema que en la actualidad resurge a tenor de los nuevos avances de la tecnología. Como es el caso de las rehabilitaciones oclusales protésicas fijadas o implanto-soportadas a "implantes Subperiósticos". La industria vuelve a proponer este tipo de soluciones para determinadas situaciones apoyadas por los nuevos desarrollos tecnológicos gracias a los avances en los nuevos "software" tanto en los CBCT de alta calidad como en la tecnología necesaria para confeccionar de una forma fiable y precisa los diseños digitales de ingeniería que se proponen. El tema fue presentado por la **Dra. Fedra Coraspe**.



Dra. Fedra Coraspe

fedracoraspe@gmail.com
fcoraspe@customimplants.net
+34 657435764
Fedra Coraspe Falcon
drafedacoraspe



Implantes Subperiósticos

La **Dra. Alba Sánchez** presento a la **Dra. Fedra Coraspe** como experta profesora en cirugía y anatomía, con experiencia que la capacita como a la persona más indicada para hablarnos de este tema tan de actualidad. Así presentó una interesante exposición en relación con la oportunidad que nos brindan este nuevo enfoque apoyado en los nuevos desarrollos tecnológicos a la hora de dar solución a pacientes con situaciones de rehabilitación muy comprometida por distintas circunstancias y que en muchos casos son pacientes "desahuciados" para rehabilitaciones oclusales fijas implanto soportadas ... que pueden acogerse a los *Implantes Subperiósticos customizados*.

La Dra. Fedra Coraspe es:

- *Licenciada en Odontología. Universidad Gran Mariscal Ayacucho. Venezuela.*
- *Máster en Cirugía Bucal, implantología y Periodoncia. Universidad Católica de Murcia. España.*
- *Especialista en Cirugía Bucal. Universidad de Carabobo. Venezuela.*
- *Experto Universitario en Implantoprótesis. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*
- *Profesora Máster Internacional de Implantología, Regeneración y Perioprótesis Avanzado con enfoque Digital.*

Explicó como la tecnología actual permite retomar este tipo de tratamientos clásicos, ya usados desde los años 1950-1960, para resolver y estabilizar rehabilitaciones protésicas. En la actualidad gracias a las evoluciones digitales y desarrollo de los "software" permite, como hemos dicho, una gran precisión a la hora de customizar este tipo de estructuras subperiósticas al relieve óseo del paciente para que se adapte perfectamente a la superficie ósea y ocupe le menor espacio debajo de los tejidos blandos. Pudiendo ser fijadas por micro o mini tornillos de una forma segura a las estructuras óseas designadas como más propicias. Refiere que en la actualidad el material usado es Titanio grado 5, fabricando la estructura diseñada por doble sinterización LASER.

Beneficios Paciente

Indicación

Minimizan las necesidades de tratamiento de aumento de hueso.

Admiten la colocación de prótesis provisional inmediata.

Reducen el tiempo requerido para restaurar la función protésica perdida.

La **Dra. Coraspe** insistió en que es fundamental la calidad del CBCT a usar, exigible que sea de máxima calidad. Indicando como el más apropiado un **TC Médico**.

Indicaciones

Presentó esta técnica como indicada por sus características para rehabilitaciones en maxilares atroficos, minimizando las necesidades de regeneración de hueso. Indicado en Maxilar y, sobre todo, en Mandíbula atroficas.

Otra de las ventajas de este sistema de fijación es que **no precisan de un proceso de osteointegración**, se fijan con tornillos, disminuyendo el tiempo de espera para la rehabilitación definitiva entre 6 a 8 semanas.

Estos desarrollos están basados en tecnologías traumatológicas de osteosíntesis y aprovechan para ello toda evidencia científica existente en traumatología.

Explicó que la planificación debe ser protésicamente guiada, por eso es fundamental la planificación digital de la prótesis bien adaptada a la mucosa aprovechando todas las referencias existentes, en relación con la prótesis que se va a confeccionar y sobre todo con relación a las cargas oclusales que va a resistir. Se diseñan por los ingenieros responsables del software. Una vez validada por el clínico se planifica la técnica quirúrgica necesaria para la cual se diseñan guías

de fresado si se necesita adaptar la estructura el lecho óseo o reborde alveolar residual. Así mismo se confecciona una llave de posicionamiento para fijar de forma correcta y predecible las estructuras a la superficie ósea sin tensiones y en pasividad. La estructura que se fijará mediante tornillos estratégicamente diseñados a la estructura ósea remanente, que mediante unos pilares tras epiteliales o conexiones se conectarán con la prótesis.

El proceso quirúrgico requiere de un colgajo más amplio, con incisión a espesor total, subperióstico. Se usan guías de fresado, que fijamos con mini tornillos a la superficie ósea residual, para perfilar los rebordes óseos remanentes a con-





veniencia si fuera necesario que permitan adaptar mejor la estructura. Permitiendo estabilizar el implante con estabilidad pasiva sin espacios vacíos, que a su vez se fijara definitivamente con tornillos de fijación que se irán ajustando de una forma secuencial hasta conseguir integrarlos y enrasarlos a la estructura. Una vez colocado es importante cerrar el colgajo en cierre primario y sin tensiones.



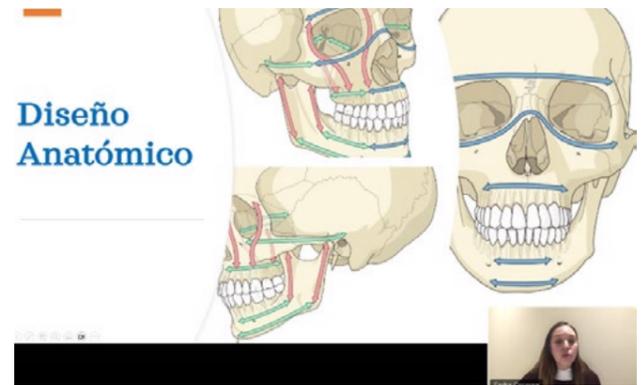
Fedra indicó vehementemente este tipo de soluciones para aquellos pacientes cuando otras técnicas han fracasado, sobre todo estrategias regenerativas óseas fallidas. Como es el caso de las elevaciones de seno fallidas.

Diseño

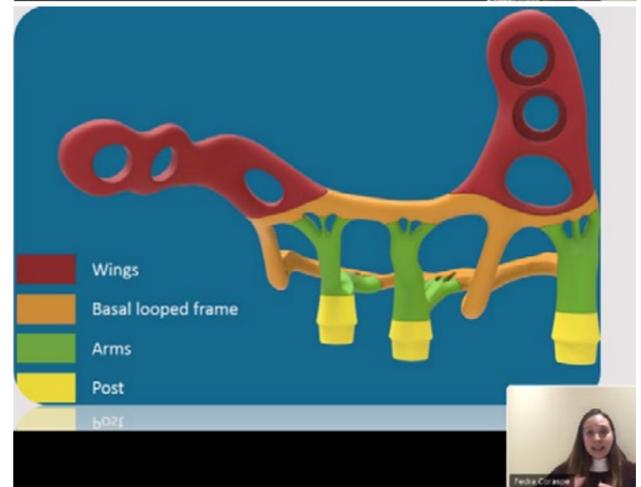
En el diseño de estos implantes se propone un diseño que distribuya las fuerzas que se generan con relación a los arbotantes de fuerza que existen por el cráneo y mandíbula.

Estos estructuras o implantes subperiósticos constan de una **Base** o cuerpo, unos **Brazos**, unas **Alas** y las **Conexiones**.

En la fijación de las estructuras se usan tornillos "auto roscantes", estando todo el diseño customizado en relación con cada situación.



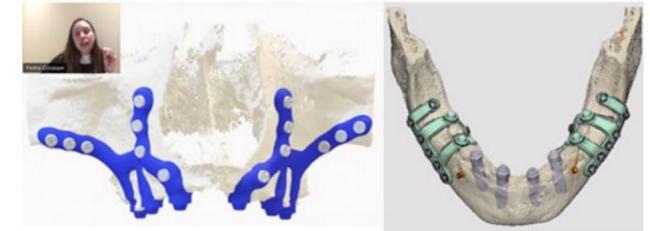
Diseño Anatómico



Consideró muy interesante su uso en Mandíbula, con cuerpos mandibulares muy atróficos donde el conducto mentoniano está muy expuesto y no existan "picos" óseos que nos favorezcan las técnicas de Regeneración Ósea Guiada. Considerando los Implantes subperiósticos una alternativa, en muchos casos de primera elección, sobre todo con relación a las expectativas

vitales de los pacientes. Muy interesante para pacientes "desahuciados" en cuanto a que se han intentado otro tipo de estrategias de rehabilitación implanto soportada sin éxito o sin una predictibilidad adecuada. Como dijo en varias ocasiones la **Dra. F Coraspe**, por la ventaja de que esta técnica NO requiere realizar tratamientos regenerativos.

Existe debate en si estos implantes deben estar diseñados con relación a una estructura única o estructuras segmentadas.



Las superficies de las estructuras en cuanto a lo que va sobre tejido óseo, se diseñan con una superficie "osteófila", aunque no busca osteointegración. Sin embargo, la cara que da al tejido blando, o cara externa, va pulida sin ángulos ni "codos agudos" para mejor adaptación y compatibilidad.

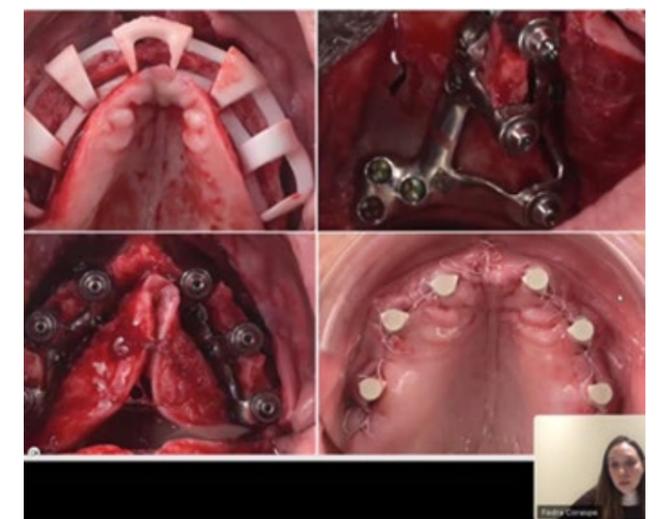
Adelantó que en la actualidad se está trabajando en una superficie nitrurada que entre otras cosas tiene una propiedad bactericida y biocompatible muy ventajosa.

En cuanto a las conexiones con la prótesis se usan conexiones "multi unit" por ser la más extendida, a fin de dar más versatilidad a la hora de la rehabilitación protésica.

Presento varios casos clínicos, donde el mínimo común va en relación a pacientes que por distintas circunstancias no pueden acceder a tratamientos con implantes digamos convencionales, alrededor de situaciones extremas o poco predecibles con técnicas implantes endóseos.



Implante



Contraindicaciones y complicaciones

También en este sentido comentó que esta técnica no está exenta de contraindicaciones. Entre ellas, la **ausencia de tejido conectivo** suficiente o una **deficiente calidad del tejido óseo** que impida la fijación de las placas.

En cuanto a las complicaciones describió a las **fracturas** de los elementos mecánicos y las **exposiciones o dehiscencias** de las palcas. Para evitarlas recomendó evitar en el diseño los espacios de aligeramientos en puntos críticos, evitar las acodaduras demasiado prominentes y evitar poner tornillos de fijación cerca de cresta. Así mismo es muy importante que estos queden integrados dentro de la estructura.

Aseguró que los pacientes fumadores tienen siete veces más de riesgo de complicaciones.

Contraindicaciones

- Escaso o inexistente tejido conectivo.
- Atrofia o calidad ósea inadecuada que no permitan el asentamiento de la placa o la colocación de los tornillos de osteosíntesis.

Complicaciones?

- Fracturas
- Exposición de la placa

Complicaciones

Limitar las fuerzas laterales tanto como sea posible en pacientes que usan AMSJI. Deben evitarse las fuerzas de oclusión voluntarias máximas y exageradas porque, en situaciones extremas, pueden inducir la **deformación plástica del implante** y, en consecuencia, provocar una fractura.

Complicaciones

El colapso del tejido blando alrededor de la AMSJI que llevó a la exposición parcial de los brazos se correlacionó con la **presencia de mucositis y biotipo delgado** ($p < 0,05$). No se podrían indicar otros factores de riesgo, pero fumar conlleva una **probabilidad casi siete veces mayor** de sufrirlo, desarrollando una recesión ($p = 0,08$).

En cuanto a la supervivencia a largo plazo, hay poca evidencia por no existir todavía mucha experiencia. Los estudios existentes, la fijan por ahora por encima del 90% de supervivencia a medio plazo. Tampoco hay evidencia en cuanto a reabsorción ósea, en todo caso es menor que los implantes endoóseos, según refirió.

Reabsorción Crestal

En este estudio, 15 pacientes fueron examinados radiográficamente después de la rehabilitación masticatoria basada en la implantación bilateral de AMSJI en el maxilar. Se evaluó el efecto sobre el hueso de soporte. Se observó una atrofia menor en la cresta alveolar, pero se detectó una atrofia mínima debajo de las alas de fijación.

Tasa de supervivencia

Implantes superperiósticos de titanio sinterizado directo con láser hechos a medida: un estudio clínico retrospectivo en 70 pacientes

Dentro de los límites del presente estudio (tiempo de seguimiento limitado y bajo número de pacientes tratados, diseño retrospectivo), la aplicación de implantes superperiósticos de titanio DMLS hechos a medida mostró una supervivencia satisfactoria del implante (95,8%) y bajas tasas de complicaciones.

Concluyó asegurando que este tipo de técnicas es una alternativa REAL más en situaciones especiales con relación a las circunstancias del paciente, a tener en cuenta en relación a sus expectativas propias y expectativas objetivas vitales de calidad de vida.

XXX Congreso Madrid
7-8 noviembre 2025



Cirugía Regenerativa



Cirugía Robótica



Alternativas a la ROG



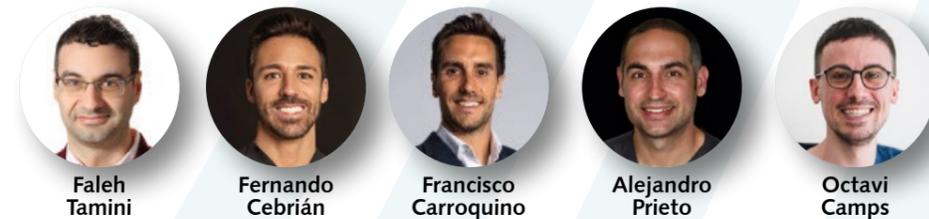
Implantes en arbotantes óseos



Cirugía multidisciplinar y Medicina oral



Inteligencia artificial y Planificación digital



Manejo y prevención de Peri-implantitis



“Cada decisión importa, elige el camino correcto”





ESTÉTICA Y BLANQUEAMIENTO DENTAL EN LA ERA DIGITAL

el “paso a paso” de cada técnica



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 despulgadas (internas)	8. Blanqueamiento en dientes calcificados	9. Aclaramiento estético y mantenimiento
126	156	166
10. Efecto de los pastas sobre tejidos y biomateriales	11. Hipersensibilidad dentinaria	12. Digital Smile Design (DSD)
176	192	206
13. Odontología digital	14. Carillas estéticas de cerámica adhesivas desde su planificación a la ejecución	15. Aclaramiento dental durante la ortodoncia
222	236	270
16. Ortodoncia con alineadores: inclusión del blanqueamiento	17. Oportunidad de inserción de 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 reabilitadora digital
308	314	320

BLANQUEAMIENTO EXTERNO

Este es el resumen del cuarto capítulo del libro “Estética y blanqueamiento dental en la era digital”, escrito por Sergio Gustavo Kohen, Pablo Agustín Varas y Enrique Jadad Bechara, el cual describe los procedimientos del blanqueamiento externo.

Resumen Capítulo 4

El blanqueamiento externo consiste en la aplicación del peróxido en distintas concentraciones sobre la superficie externa de una o más piezas dentarias con el objetivo de lograr un aclaramiento del color dentario original sin producir efectos secundarios sobre los tejidos. Es un tratamiento conservador que restaura la estética dental perdida en dientes pigmentados o manchados, como consecuencia de agentes etiológicos extrínsecos. Estos son factores agresivos que, en algunos casos, si no se controlan, pueden modificar sustancialmente el color natural de las piezas y derivar en la inseguridad de quien no se atreve a sonreír.

Las dos grandes categorías del blanqueamiento externo son: el blanqueamiento ambulatorio y el blanqueamiento profesional.

El **blanqueamiento ambulatorio** es el que realiza el paciente en su casa utilizando una cubeta personalizada y supervisado periódicamente por el profesional. En esta técnica se utilizan concentraciones bajas de agente blanqueador (peróxido de carbamida inferiores al 30% o concentraciones de peróxido de hidrógeno inferiores al 9%) que no implica un riesgo para el paciente, por lo que puede utilizarla fuera del consultorio siendo monitoreado y capacitado por el profesional para su uso. La técnica consiste en la utilización de cubetas para mantener el agente blanqueador en contacto con la superficie a blanquear, en general de uso nocturno, ocho horas aproximadamente, o diurno al menos durante tres horas.

Para llevar a cabo esta técnica es indispensable la fabricación de una cubeta plástica o férula para la contención del material blanqueador durante su uso. En el capítulo se explica detalladamente como confeccionarla, tanto de la manera tradicional (con el modelo de yeso) como de forma digital (mediante programas de diseño).

El **blanqueamiento profesional** es el que se lleva a cabo utilizando altas concentraciones de agente blanqueador. Una de las opciones es utilizando las mismas cubetas que se utilizan para el blanqueamiento ambulatorio con concentraciones de peróxido de carbamida mayores al 30% o concentraciones de peróxido de hidrógeno entre el 9 y el 12%. Esta modalidad de tratamiento debe ser con monitoreo constante del profesional (idealmente) o con el paciente en la sala de espera por un lapso de 40-90 minutos según el material y la concentración que se utilice.

El blanqueamiento profesional sin cubeta es la técnica de elección cuando lo que se busca es transferir la responsabilidad del tratamiento al profesional. Consiste en la utilización de un peróxido de alta concentración (peróxido de hidrógeno mayor al 30%) aplicado directamente sobre la superficie dentaria. Es

El color que presenta un objeto tiene relación directa con la cantidad y longitud de las ondas de luz incidentes que son reflejadas y absorbidas por él. La constitución de cadenas moleculares complejas y largas dentro de la estructura dentaria es la responsable de un aumento en el índice de absorción de la luz del diente, lo que da lugar a su oscurecimiento. Es sobre estas moléculas sobre las que actúa el blanqueador.

Un profundo conocimiento de la etiología de la decoloración es importante para arribar a un correcto diagnóstico, a partir del cual se puede planear un tratamiento, con relación a dosis, duración y estableciendo el pronóstico. Sin embargo, es el confort del paciente y la disponibilidad de tiempo para dedicarle al tratamiento, lo que va a determinar la elección de la técnica a emplear. La misma puede variar desde el uso de cubetas durante ocho horas diarias (ambulatorio) hasta los tratamientos profesionales. Esto es posible dado que el resultado final alcanzado es independiente de la técnica empleada.

El presente capítulo explica detalladamente las distintas técnicas que se utilizan actualmente para el blanqueamiento externo. Como toda técnica, se enumeran las indicaciones y contraindicaciones de cada una de ellas, así como las maniobras previas que tiene en común y la importancia de cada una. Se vuelve a resaltar la importancia del correcto diagnóstico etiológico de las pigmentaciones para lograr un tratamiento exitoso.

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.

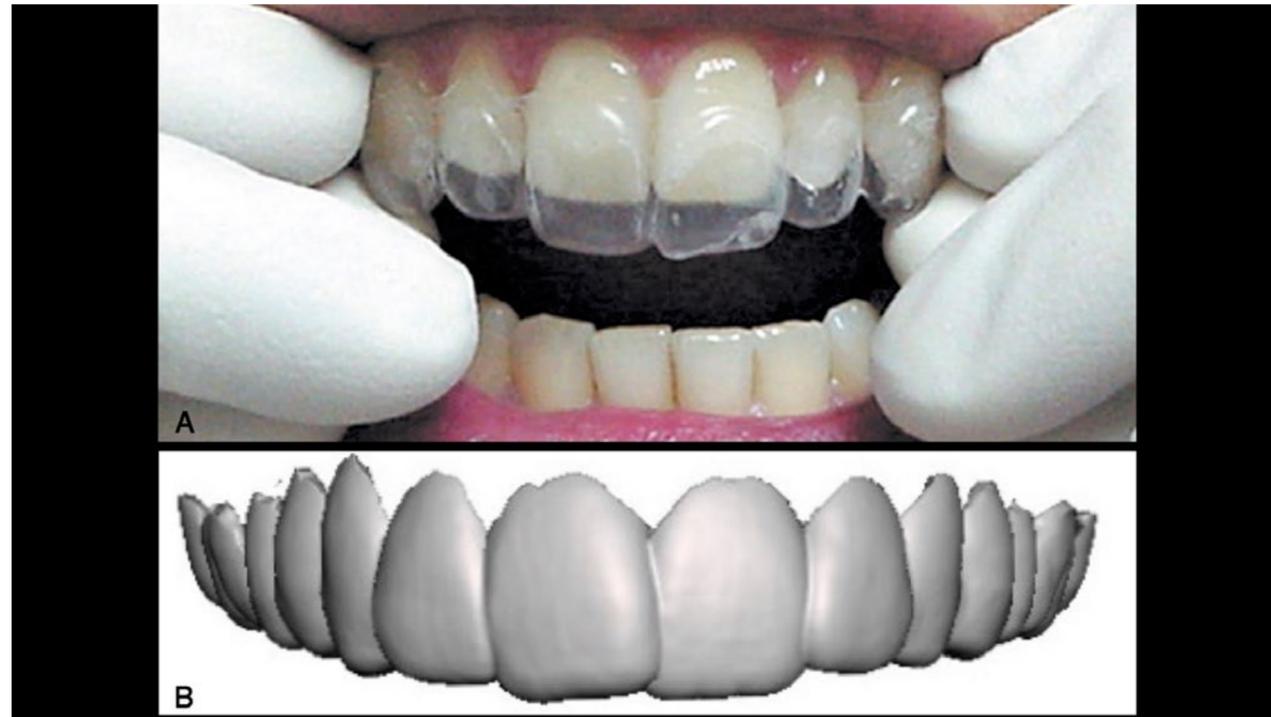
Con la experiencia de dos libros previos sobre el tema y la ayuda de prestigiosos coautores, a lo largo de 21 capítulos quisimos incluir todos los aspectos del blanqueamiento y estética dental, desde la elección del color a los distintos tipos de tratamiento y su mantenimiento, y sus implicancias con 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)



Cubetas para blanqueamiento externo ambulatorio analógica (A) y diseñada digitalmente (B).



Blanqueamiento externo profesional con aislamiento absoluto.

para realizar el tratamiento profesional y complementarlo diariamente con el uso ambulatorio.

Durante todo el capítulo se hace referencia a los pasos clínicos que implican a cada técnica, así como a las precauciones y pronóstico de cada una y los distintos productos comerciales disponibles. También se sugiere una dieta para mejorar los resultados del tratamiento y se resalta la necesidad e importancia tanto de la remoción de la placa bacteriana en forma periódica, como de la disminución de la ingesta de factores pigmentarios, para evitar la recidiva del color y como prolongar los objetivos logrados.

Conclusiones

El blanqueamiento externo es una técnica segura y eficiente para tratar de forma conservadora las pigmentaciones dentarias. Es necesario conocer las diferentes técnicas existentes para lograr la mayor satisfacción del paciente.

también una técnica más directa y rápida que la ambulatoria, aunque los resultados a mediano plazo no sean significativamente diferentes.

Ambas técnicas (ambulatoria y profesional) pueden combinarse ambos, disminuyendo de esta manera el tiempo de uso y la sensibilidad. Consiste en realizar una visita semanal al odontólogo

Hacer clic aquí para adquirir el libro
"Estética y blanqueamiento dental en la era digital"

CEOE



LII REUNIÓN ANUAL
ELCHE 2025

Sede:
Hotel Huerto del Cura

www.reunionanualceoe.com

La literatura del “Siglo de Oro”, fuente secundaria en la investigación histórica de la Odontología (I)

AUTORES:



Javier Sanz



M^a José Solera Piña

Como “Siglo de Oro” de nuestras letras¹ se considera, someramente, aquella etapa comprendida entre los años de 1492 -descubrimiento de América- y 1659 -firma con Francia del Tratado de los Pirineos-, en la que florece no sólo la literatura sino también el pensamiento, el arte, y todo ello dentro de un auge político y militar del Imperio español. El presente artículo tiene como objetivo el hallazgo y la interpretación de las referencias al arte dental escritas en esta época que quedaron insertas en el propio discurso literario de obras de referencia, y otras “menores”, a través de sus protagonistas, lo cual nos da, fuera de la “esfera odontológica” una visión complementaria de ese ineludible aspecto social que completa el conocimiento de esta especialidad. Queda fuera, y se echará en falta, la referencia al más ingenioso hidalgo pues ya fue tratado monográficamente en esta revista² así como otros célebre: Lope y Quevedo, que se abordarán en otro artículo.

Entre las “fuentes secundarias” de la historia de una especialidad se encuentra esta literatura que, aunque no trata directamente de nuestro objeto de estudio, la Odontología, sí aparece en dichos libros de forma dispersa pero con presencia más o menos constante y de la pluma de consagrados autores, de ahí que, aunque la mayor parte de las veces en tono satírico, burlesco y hasta cruel, deba ser valorada como complemento sociológico de un arte ejercido por imperitos sacamuelas, la mayor de las veces, convirtiéndose en objeto de fáciles críticas que son exageradas como recurso literario. No obstante, leyendo entre líneas se puede deducir grosso modo el poco aprecio social a un arte ejercido por empíricos, gentes sin formación porque como tal no la hubo y cargaron con la responsabilidad de quienes la rechazaron: los cirujanos. Siguiendo una secuencia cronológica, estos son los escritores referidos.

Fernando de Rojas (ca. 1465 – 1541)

Autor de *La Celestina* (ca. 1520 –“comedia”-, ca. 1502, –“tragicomedia”-) lleva a Melibea a caer en las manos y en las artes de la vieja protagonista. La alcahueta visita a Melibea con una intención, al parecer, disfrazada: en el IV acto, le comunica que Calixto padece un terrible dolor de muelas –*Ahora, señora, tienele derribado una sola muela, que jamas cesa el quejar*– cuya curación dependerá tanto de



Portada de “La Celestina” (Fernando de Rojas).

la oración dirigida a la santa Apolonia, como de la entrega de su cordón, que había tocado reliquias en Roma y Jerusalén, por consiguiente, portador de propiedades curativas. No obstante, no han faltado críticos que relacionaran dolor de muelas y deseo sexual, de ahí que la pícaro pudiera intervenir de tapadillo con otros fines³.

Melibea: ... ¿Qué palabra podrás tú querer para ese tal hombre que a mi bien me estuviere? Responde; pues dices que no has concluido, y quizá pagarás lo pasado. Celestina: Una oración, señora, que le dijeron que sabías de santa Apolonia para el dolor de las muelas: asimismo tu cordón, que es fama que ha tocado las reliquias que hay en Roma y en Jerusalén. Aquel caballero que dije, pena y muere dellas. Esta fue mi venida...

(...)
Melibea: ... En pago de tu buen sufrimiento, quiero cumplir tu demanda, y darte luego mi cordón: y porque para escrebir la oracion no habrá tiempo sin que venga mi madre, si esto no bastare ven mañana por ella muy secretamente.

Celestina es intermediaria de a saber qué intenciones, pues en el significado del dolor dental y en la entrega del cordón van escondidos quizás otros propósitos. Pero la vieja es perita también

en composiciones dentales y como tal se proclama, arrogándose la exclusividad de determinadas fórmulas dentíficas en todo el reino. Más adelante se lo advierte a Lucrecia:

Celestina: Hija Lucrecia, cé: irás á casa, y darte he una lejía, con que pares esos cabellos rubios mas que el oro. No lo digas á tu señora. Y aun darte he unos polvos para quitar ese olor de la boca, que te huele un poco, que en el reyno no los sabe hacer otra sino yo: y no hay otra cosa que peor en las mugeres parezca⁴.

Juan Lorenzo Palmireno (1524 – 1579)

Uno de los últimos representantes del erasmismo español, Juan Lorenzo Palmireno publica en Valencia, en la segunda mitad del siglo XVI, dos libros de singular título: *El estudioso de la Aldea* (1571) y *El estudiante cortesano* (1573). En este último advierte: *De los dientes no diré cosa alguna, pues en castellano lo puedes leer copiosamente en el libro que se intitula Colloquio de la dentadura, y orden de aderezar los dientes, del Bachiller Francisco Martínez, en Valladolid, 1557. En casa de Sebastián Martínez, junto a San Andrés. No dexes de leerlo atentamente, porque te advertirá muchas cosas que te los conservarán firmes y blancos y si no lo sabes, pesarte ha cuando con poco remedio los tendrás azafranados, llenos de tova y neguijón⁵,*

TRATADO⁸⁵ de la buena criança en el niño del Aldea.



Compuesto por Loren-
so Palmyreno.
1568.

F iij

Juan Lorenzo Palmireno.

No lo hará, pues se detiene en alguna explicación a propósito y de beneficio para el lector. O sea, que conoce el bien escrito libro de Francisco Martínez. Y se recrea en algunos cuidados que han de darse a la dentadura para embellecerla.

Pero en el otro libro, cuando vaya por derecho a la instrucción de la buena crianza en el niño de la Aldea, valorará la sonrisa en lo que vale. Los dientes —dice— *bien parecen de un estudioso blancos, pero emblanquecerlos con polvillos o zumos es cosa de mujeres...* Claro que conviene limpiarlos, pero no con sal ni con alumbre, pues es peligroso para las encías. Y hay que desechar esta práctica tan repugnante como el uso la propia orina: *con meados es tan sucio que de eso nos reprenden los cosmógrafos a los Españoles*. En efecto, Estrabón, el célebre cosmógrafo que viviera en los albores del inicio de la era cristiana, ya lo había detectado y, aunque era costumbre extendida también en los pueblos de Europa del norte y Siberia oriental, en el libro III de su *Geografía* dice claramente: *a no ser que se piense que viven ordenadamente los que se lavan y se limpian los dientes, tanto ellos como sus mujeres, con orines envejecidos en cisternas, como dicen de los cántabros y sus vecinos. Esto y el dormir en el suelo es común a iberos y celtas*.

El instructor Palmireno hace didáctica de urbanidad en la mesa: *Si algo tienes apegado en ellos, de la comida pasada, no lo quites*

con el cuchillo, ni manteles, ni con las uñas como hacen los gatos, sino con un palillo de lentisco, o pluma, o huesecillos de pie de gallina⁶. La halitosis, tan repugnante en la intimidad, debes combatir-la. Para ello, una vez el médico te haya confirmado que no está su origen en los dientes, ni en el estómago o en el pulmón, enjuágate -dice- con un manojito de flores y otro de hojas de romero bullido en vino blanco con un poco de mirra, cinamomo o canela... o mascarás anís, o cortezas de cidra o de limón. Pero tampoco dejes de contrarrestar ese mal olor con una astuta labor: llevarás buenos guantes de flores, y los vestidos perfumados.

Agustín de Rojas Villandrando (1572-1635) Es autor de un celebrado libro publicado en 1604 titulado *El viaje entretenido*. Autobiográfico en buena parte, el lector se da de bruces con una de las mayores aportaciones sobre odontología de todo el setecientos, incluyendo los libros académicos, aunque se trata de un compendio de sabiduría dental y bucal rimada y puesta en manos del vulgo. Rojas, como Palmireno, ha leído, y fácil es de cotejar, a Martínez de Castrillo. Así reza su loa tras ser abordado por una mujer —“un ángel en cuerpo humano”— de buena dentadura, pero sorprendida por la aún superior de Rojas. Tras hacerle el encargo, el escritor cumple:

RÍOS: Orilla deste río, cerca de la huerta del rey, vi los días pasados una mujer de muy buen talle, buena de cara y hermosísimos dientes.

ROJAS: Bastaba esto para que fuese hermosa.

RÍOS: La cual me dijo que era portuguesa; supe su casa y hame regalado mientras hemos estado en Toledo con muchas cajas de dulce que Ramírez, como enfermo, ha participado de algunas.

RAMÍREZ: Y aun después de acá me duelen las muelas de manera que no puedo sosegar.

RÍOS: Yo os prometo que me duele a mí este diente, que revento de dolor dél.

SOL: Cualquiera cosa dulce es muy dañosa para la dentadura.

ROJAS: Cerca de eso hice yo una loa que tiene hartos remedios para ella.

RÍOS: Decidla; podría ser nos aprovechásemos de alguno.

SOL: ¿No la oiremos?

ROJAS: Dice así.

LOA XXI.

...
Llegué al fin, y dijo “Rey,
ansí viva muchos años,
que me diga cómo tiene
aguesos dientes tan blancos;
diga con qué se los limpia,
y para que valgan algo,
¿han de ser chicos o grandes,

*menudos, juntos o ralos?
Respóndame por su vida,
que estos míos me han loado,
y no acabo de entender
si son buenos o son malos.
-Ansí hiciera Dios los míos
porque pudiera igualarlos
con los de vuesa merced,
que son más que perlas blancos”,
le respondí medio muerto,
y ella sacando una mano,
se echó el manto sobre el rostro
y sobre el cielo nublado.
Levantóse y dijo: “Basta;
pues dicen que es cortesano,
haga lo que le he pedido.”
Repliqué: “Obedezco y callo.”
Fuese y dejóme, y ayer
me avisó con un criado
que hoy en la farsa estaría
en un aposento bajo,
que en la loa le dijese
lo que me había preguntado,
so pena de su desgracia,
y al fin, cumplí su mandato.
Recogí, escribí un poco,
y lo más que he alcanzado
cerca de aqueste propósito
diré aquí, si digo algo.*

*Dientes, colmillos y muelas,
blancura, cuenta y tamaño
que tendrán quiero decir,
con avisos necesarios.
Ha de haber treinta y dos piezas,
diez y seis en cada lado,
cuatro dientes, dos colmillos
y dos muelas que llamamos
colmillares, y ocho simples,
doce arriba y doce abajho,
y por todos treinta y dos,
ansí en bajo como en alto.
El ancho, largo y color
será de un mismo tamaño,
la dentadura por orden,
los dientes algo más largos
que las muelas y colmillos,
muy poca cosa apartados,
blancos, delgados, menudos,
firmes y bien encarnados;
los colmillos puntiagudos,
rollizos, recios y blancos,
y las encías delgadas,
que esté el diente muy pegado
a ellas, y éstas macizas,
enjutas, color rosado;
los dientes serán un poco
más salidos los más altos,
de manera que, cerrada
la boca, cubran los bajos,
y las muelas que parezcan
de una pieza entrambos lados.*

*Digo, pues, que para ser
buena dentadura, es llano
que tendrán los que aquí he dicho
y es aquesto lo ordinario.
Enseña naturaleza
que estas muelas que tratamos
son para sólo mascar
y ansí las dio asiento llano;
para morder, los colmillos,
recios y agudos un tanto,
y para bien parecer
y bien hablar, dientes blancos.
A aquéstos suelen venir
por momentos muchos daños
nacidos de corrimientos,
fístolas, flemón salado,
apostemas, pudrimientos
de algunos dientes gastados,
dolor, movimiento, toba,
limosidad, olor malo,
negujón, deminución
y otros males que no trato,
que hay también cruentación,
esponjiosidad y tantos
que fuera nunca acabar
decir dellos ni tratillos,
que hay remedio para todos,
mas por no enfadar los callo’...*

Tirso de Molina (1579-1648), no se empleó sólo de censor en estos asuntos de muelas, dientes y sustitutos, pues en su obra *Quien no cae no se levanta* (1636) dio entrada a cierto personaje, el lacayo Alberto, disfrazado de buhonero, que sabía de dientes postizos, como también de mantenerlos a salvo mediante la limpieza de la tova que por descuido llega a recubrirlos y a afearlos. Después de introducirse preguntando si compraban los presentes tantas cosas de adorno, afeites, *polvos para blanquear dientes... mondadientes*, etc., éste es el diálogo:

ALBERTO: ¿Es menester poner postizo algún diente? Haréle naturalmente, sin que el dormir o el comer sea menester quitalle, ni haya quien la falta vea, aunque se llegue a miralle.

MARGARITA: Gracias a Dios y al cuidado, buena dentadura tengo.

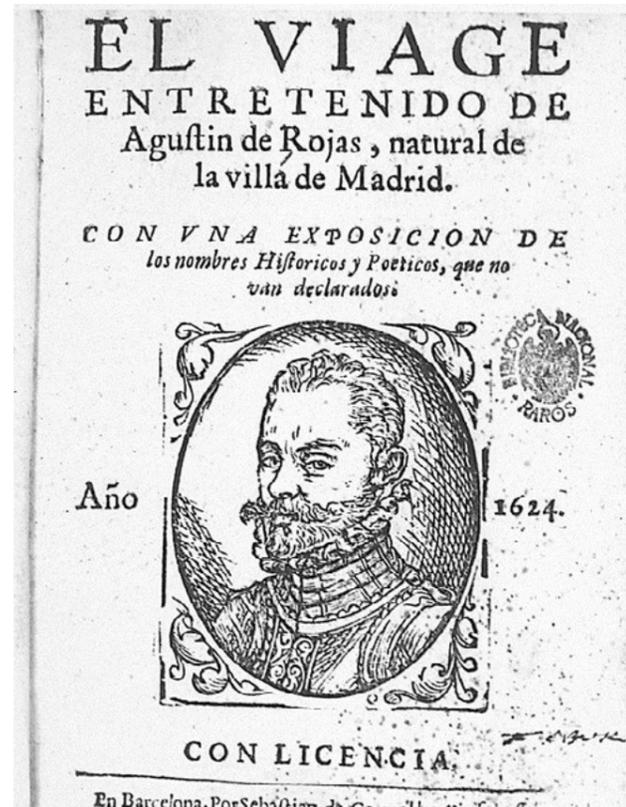
ALBERTO (a LEONELA): Señora hermosa, no vengo en balde; ¿cómo ha dejado criar ahí tanta toba? ¡Jesús! ¿Qué pérdida está la dentadura!

LEONELA: Será porque soy tan grande boba que nunca cuido de mí.

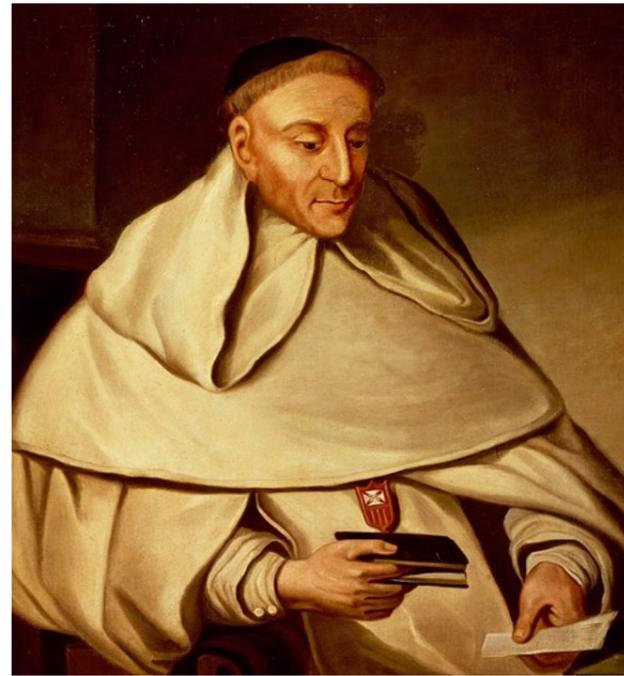
ALBERTO: Mas, ¿Por qué? ¿Come a menudo confitura del desnudo?

LEONELA: Si es del amor, así, así.

ALBERTO: Pues verá, en distancia poca, cuál la deajo: asíentese; la toba la quitaré.



Agustín de Rojas en la portada de “El viaje entretenido”.



Fray Gabriel Téllez "Tirso de Molina".

LEONELA: ¡Ay Jesús! ¿Hierro en mi boca? Váyase con Dios, hermano. Quítese allá.

ALBERTO: Pues rehúsa lo que la importa y excusa el remedio de mi mano, si quiere no desdentarse a queste polvillo tome que la toba limpia y come. Los dientes ha de estregarse, al levantarse, muy bien, enjuagándose con vino, y con un paño de lino hasta que enjutos estén; que como tenga cuidado brevemente encarnarán y de marfil quedarán.

LEONELA: ¿Y cuánto vale?

ALBERTO: Un ducado⁸.

Tirso, vio las hazañas de los "barberos-sangradores", en cuyos desprestigiados puños recaía la tarea de las extracciones dentales. Así lo pone en boca del personaje Santillana:

*Ha estudiado cirugía,
no hay hombre más afamado,
agora imprime un tratado
todo de flosomonía.*

*Suele andar en un machuelo,
que en vez de caminar vuela;
sin parar saca una muela,
más almas tiene en el cielo
que un Herodes o un Nerón*

*Conócenle en cada casa,
por donde quiera que pasa
le llaman la Extremaunción⁹.*



Estebanillo González.

El anónimo "Estebanillo González", cruel sacamuelas de feria.

Aprendiz de barbero en Roma, marmitón de un capitán de galeras, mal practicante de un hospital en Nápoles donde "hace tan malas sangrías en los brazos como buenas en las bolsas", fue peregrino en Santiago, donde con sus colegas era un robagallinas pero con las limosnas ganadas en este viaje compró un cesto de cuchillos, peines y otras menudencias y se hizo buhonero. Peón de albañil en un convento de monjas de Santa Clara, en Mérida, vendedor de coplas en Córdoba, aguador en Sevilla, criado de una actriz y recadero de cartas amorosas, o sea, correveidile, se metió a charlatán de drogas que él mismo fabricaba e ingresó como soldado de leva. En Barcelona estuvo a punto de ser ahorcado. Con este currículum no es de extrañar que se le tenga por representante de "la mayor baja en la vida del pícaro. Era bufón, cobarde, desvergonzado, borracho, más ratero que ladrón; llegó a la indignidad de ser "padre" en la mancebía. Elogiaba la vida picaresca y se reía del honor¹⁰."

Andaba nuestro pícaro Estebanillo allá por las carnestolendas de 1639 —el domingo seis de marzo podría ser la fecha— en la corte de Viena cuando quiso tenérselas ante la vida y con testigos como sacamuelas burlón y cruel y, salvo exageración más que probable, lo logró haciendo sufrir a sus otrora colegas judíos, procurando y logrando el disfrute de los Reyes. Más o menos así nos lo cuenta en su autobiográfica *Vida y hechos...* (1646):

Al cabo de algunos días volvió mi amo segunda vez al Imperio, yéndole yo sirviendo en figura de correo, hasta llegar a la corte de Viena, la cual hallé llena de máscaras, fiestas y regocijos, por ser Carnestolendas y tierra donde se celebra más que en ninguna otra parte de la Europa. Y yo, por oír decir: "Donde quiera que fueres, haz como vieres", hice media docena de mascaradas los primeros días, con ayuda de amigos y conocidos, tan alegres y vistosas, que demás de ser celebradas, no perdí nada en la mercancía. Y viéndome cargado de alabanzas y premios, proseguí en dar gusto a los señores y regocijo a la corte.

Habiendo hecho una cadena de dientes y muelas de caballos, que estaban como el camarada que tuve en Norlingue, me vestí de montabanco, y me tercié el cabestrillo de raigones; puse en la mano derecha un gatillo de sacar muelas, y en la izquierda una cestilla llena de botecillos de ungüentos y emplastos encerrados. Llevé conmigo cuatro judíos italianos, con vestidos provocativos a risa y con medias máscaras que cubrían de la nariz arriba, por causa de que no fuesen conocidos del vulgo, y subiendo en un caballo, me fui por todas las plazas y cantones de la corte, haciendo paradas y dando voces para juntar la gente y para encarcerar mis medicamentos. Llegaban los tres judíos, que estaban apartados de mí, cada uno por su parte, rompiendo el corrillo y concurso de la gente, y compraban de los botes y emplastos; y pagándome por cada uno dos reales, a vista de todo el auditorio, provocaban a muchos ignorantes a que llegasen a lo mismo; llevando en los pequeños botes un poco de harina desleída en agua, y en los emplastos un poco de cañamazo bañado con sebo y cera. Llegaba después el cuarto hebreo, fingiendo tener gran dolor de muelas; traía las manos puestas en los carrillos, y quejándose muy a menudo, juntábase a las crines de mi rocín, abría una boca de un palmo; mirábale yo despacio la dentadura, como si él fuera caballo y yo albéitar que pretendiese saber la edad que tenía, y abatiendo el gatillo y fingiendo sacarle una muela, ponía en él otra que yo llevaba, pedida para el efeto a un amigo barbero; y dando a entender

habérsela sacado sin dolor ni sangre, le hacía que escupiera muchas veces, y alzando el brazo con el gatillo enmolado, alababa mi destreza y convidaba a quitárselas a los pobres de gracia, obligándome a dejar todos los vecinos de aquellas corte, por muy poco precio, sin ningunos dientes ni muelas. Dábame el judío un real, y volvíase a salir del corrincho, encareciendo mi agilidad y jurando no haberle dolido ni sacádole sangre, por lo cual llegaban algunos inocentes a querer hacer la prueba y remediar sus dolores; y yo engañándolos con visitarles las andanas y hacerles creer no estar la muela en estado de sacarla, les aplicaba uno de los emplastos y les quitaba el dinero y los enviaba muy consolados. Solemnizábalo los que sabían que era burla, y divertíanse los que lo ignoraban; y apenas se deshacía el corrillo, cuando a poco trecho juntaba otro y hacía la misma manifestación, encajando la misma presa.

Vine a llegar cerca del Palacio Imperial, a tiempo que Sus Majestades Cesáreas estaban a unas ventanas, juntamente con el Príncipe Matías, hermano del Gran Duque de Toscana, viendo pasar mucha variedad de mascarados. Y por ver que ponían los ojos en los de mi cuadrilla, empecé a vocear y a juntar un numeroso auditorio; y después de haber hecho mi papel, como en las demás partes, y hecho su parte los tres cansinos, llegó el doliente del mal de Santa Polonia, y haciendo muy al vivo su figura, abrió la puerta, que le sirvieron sus dientes de rastrillo para que no entrase el tocino, y sus labios de puente levadiza para impedir el paso el vino. Y como estaba asegurado de que jamás le hacía daño ninguno, echó al aire toda la herramienta de mascar; agarréle con el gatillo una muela, que me pareció la más abultada de todas las demás, y por hacer reír a Sus Majestades a costa de llanto ajeno, tiré con tanta fuerza, que no sólo se la saqué, pero que muy gran parte de la quijada con ella. Empezó el judío a dar voces, y sus camaradas a emperarse contra mí, Sus Majestades a reírse y el pueblo a regocijarse. Mas por ver que había algunos en el corro que se amotinaban contra mí, enternecidos del arroyo de sangre que salía de la boca del desquijarado, dije en alta voz:

-Advertan vuestas mercedes que el doliente es judío y sus camaradas hebreos, y que he hecho a posta lo que se ha visto, y no por ignorar mi oficio.

Con estas razones volvió a renovar la alegría y a celebrar la acción, y a darles tal felpa a los cuatro zabalones, que a no valerles los pies, llevaran más que curar, aunque pienso que no llevaron muy poco¹¹.

Jacinto Polo de Medina (1603-1676) en su *Epigrama a un hombre que se limpiaba los dientes sin haber comido* así habla de una práctica frecuente, aunque en este caso como muestra estafadora de lo que no había precedido:

*Tú piensas que nos desmientes
con el palillo pulido
con que, sin haber comido,
Tristán, te limpias los dientes;*

*pero el hambre cruel
da en comerte y en picarte,
de suerte que no es limpiarte
sino rascarte con él*¹².

Alonso de Castillo Solórzano (1584-1647), Gentilhombre del Marqués del Villar, en su libro *Donaires del Parnaso* (1624), y con la aprobación de Félix Lope de Vega, con esta crueldad se muestra bajo este arrojado título: *A una dama que se preciaba de moza, no lo siendo, y escupiendo arrojó de una vez dos dientes:*

*Confiada señora,
Epitome de todas las edades,
que presumes de Aurora,
siendo noche de tantas Navidades,
modera tu contento,
no pienses que es Jordán el pensamiento.*

*Sofísticos engaños,
emprenden la inventiva y el desvelo,
mintiendo siglos de años,
melindres nietos de semblante aguelo,
que caducos de lirios
darse al cuidado? padecer martirios?*

*Cuando más satisfecha
probanzas hacer quieres a los ojos,
de que tu boca es hecha
de perlas blancas y claveles rojos,
abriéndola postigos,
huyen de jurar falso dos testigos.*

*Diluvios de excrementos
hacen que tu opinión desautorices,
despidiendo violentos
los bienes muebles sin dejar raíces
tu boca mendicante,
del ebúrneo candor del Elefante.*

*No me espanto que sientas
faltas que han sido a todos tan patentes,
si bien tales afrentas
te las remedia un almacén de dientes,
formados de un colmillo
que suplen los rigores del gatillo.*

*Si en afrenta has de verte,
suplícote señora que no escupas,*

*por no te hallar de suerte,
que te quedas con solo lo que chupas
convirtiéndote en bruja
con voz tembleque y habla papanduja*¹³.

Solórzano tenía para todos, especialmente para el sexo femenino, salpicándolo con la tinta más ácida de su pluma. Así se dirige *A una vieja muy afeitada, llena de color, y rubias las canas.*

*Doña vida perdurable,
nacida de don vestigio,
que para espanto del siglo
eres en fealdad notable.*

*Naturaleza gran sastre,
con pocas puntadas hizo
dos ribetes de clavel,
si no son de grana vivos.*

*Dos encendidos rubies
ostentaba en dos distritos,
si acaso no nos engaña
la materia de los cirios.*

*Sabeos espira olores
tan perennes y continuos
que bastan a desmentir
cuando ajos haya comido.*

*Mucho hace en conservarse
con olor tan puro y fino
quien tiene en su vecindad
las fuentes del romadizo.*

*Perlas del sur son sus dientes
y cada perla un hechizo,
exceptuando las que son
del socorro elefantino.*

*Hombres que libres estáis
huid de aqueste peligro,
porque es sirte en la mujer
el más hermoso orificio*¹⁴.

Lupercio Leonardo de Argensola (1559-1613)—alias “Bárbaro”, aunque al parecer en honor de Mariana Bárbara de Albión, su esposa desde 1587—compuso por su parte este cruel soneto:

*Tu aliento, Herminia, en su fragancia viva
tan suaves espíritus ofrece,
que ni un jardín su emulación merece
aunque todas sus flores aperciba.*

*Mas el que por las barbas se deriva
de tu esposo ¿con qué salud se cuece,
que huele a yema o pollo que perece
corrompido en la cáscara abortiva?*

*No es la más grave de las servidumbres
que la boca le des, que su lujuria
tus perlas manche y lise tus corales.*

*¡Oh túmulo y no tálamo!, ¿cuál furia
en ti rindió las leyes naturales
a la fortuna? ¡Oh tiempos! ¡Oh costumbres*¹⁵!

Bocas que fueron pasto de los estragos del descuido y del ayuno, pero también de desgraciadas intervenciones, aunque quisiéramos pensar que excepcionalmente perversas como la de Estebanillo González. El cronista Bartolomé Argensola, que con su hermano Lupercio estudiara Humanidades y Derecho en Huesca, a la postre ambos “honor de la Nación, Príncipes de la Poesía Castellana” según su editor Ramón Fernández, dedicó un soneto *A una vieja sin dientes*, sufriendora de una piorrea que los deja en tal tambaleo que la mínima fuerza de la propia risa los pudiera desalojar de su sitio:

*Aunque Ovidio te dé más documentos
para reírte, Cloe, no te rías,
que de pez y de boj en tus encías
tiemblan tus huesos flojos y sangrientos;*

*Y a pocos de esos soplos tan violentos
que con la demasiada risa envías
las dejarán desiertas y vacías,
escupiendo sus últimos fragmentos.*

*Huye, pues, de teatros y a congojas
de los lamentos trágicos te inclina,
entre huérfanas madres lastimadas.*

*Más pareceme, Cloe, que te enojas;
mi celo es pío; si esto te amohína,
riete hasta que escupas las quijadas*¹⁶.

Notas

1. Sobre la cultura y la literatura del Siglo de Oro, consultar, entre otros: Benassar, B. *La España del Siglo de Oro*. Barcelona, Grijalbo, 1983. Kamen, H. *Una sociedad conflictiva: España, 1469-1714*. Madrid, Alianza Editorial, 1983. Deleito Piñuela, J. *La mala vida en el Siglo de Oro*. Madrid, Alianza Editorial, 2014. Vossler, K. *Introducción a la literatura española del Siglo de Oro*. Madrid, Visor Libros, 2000. (Traducción y prólogo de José Fernández Montesinos). Arellano, I. Bagnó, S. (eds.) *El Siglo de Oro español*. Texto e Imagen. Pamplona, Eunsa, 2010. Micó, J.M. *El Oro de los siglos. Antología*. Madrid, Austral, 2017. Fazio, M. *El Siglo de Oro español. De Garcilaso a Calderón*. Madrid, Rialp, 2018. Ruiz Pérez, P. (ed.) *Poesía de los siglos XVI y XVII*. Madrid, Cátedra, 2023.
2. Sanz, J. *La Odontología en “El Quijote”*. *Odontólogos de Hoy*, 23, 2016, págs. 63-65.
3. Cfr. López-Ríos, S. La oración a Santa Apolonia de la Celestina a la luz del folklore mágico-religioso. *Theatralia*, 2008, 10, págs. 59-76.
4. *La Celestina, o Tragi-comedia de Calisto y Melibea*. Madrid, Imprenta de don León Amarita, 1822, (ed. consultada), pág. 106-114.
5. Palmireno, J.L. *El estudioso cortesano*. Valencia, 1573, Petri a. Huete, págs. 99-99 vº. Cfr. Sanz, J. Influence de l’oeuvre de Francisco Martínez de Castrillo. *Actes de la Société Française d’histoire de l’Art Dentaire*, 15, 2010, págs. 38-41.
6. Idem. *El estudioso de la Aldea*. Valencia, 1568, Ioan Mey, págs. 89.
7. Rojas Villandrando, A. De. *El viaje entretenido*. Tomo II. Madrid, Espasa-Calpe, S.A., 1977 (ed. consultada), págs. 11-22.
8. Molina, T. De. *Quien no cae no se levanta*. Fundación el Libro Total. (Sic.) Editorial (ed. consultada).
9. Hartrzenbusch, J.E. *Comedias escogidas de Fray Gabriel Téllez (el maestro Tirso de Molina)*. Madrid, Impr. de La Publicidad, a cargo de M. Rivadeneyra, Biblioteca de Autores Españoles, desde la formación del lenguaje hasta nuestros días, 1848, (ed. consultada), págs. 232.
10. Deleito y Piñuela, J. *Op. cit.*, págs. 160.
11. González, E. *Vida y hechos de Estebanillo González, hombre de buen humor*. Madrid, Establecimiento Tipográfico de D. F. De P. Mellado, 1844 (ed. consultada), págs. 170-173.
12. Böhl de Fabé, J.N. *Primera parte de la Floresta de Rimas Antiguas Castellanas*. Hamburgo, Lib. Federico Perthes, 1827, págs. 358.
13. Castillo Solórzano, A. *Donayres del Parnaso*. Madrid, Diego Flamenco, 1624, págs. 6-7.
14. Idem., págs. 14-16.
15. Argensola, L.L. De. *Rimas*. (Tomo I). Madrid, Imprenta Real, 1804 (ed. consultada), pág. 154.
16. Fernández, E. (Ed.). *Rimas del Doctor Bartolomé Leonardo de Argensola*. (Tomo II). Madrid, Imprenta Real, 1796, pág. 150.

La Abstracción Figurativa. Parte II. La deformación de la realidad

Juan Alió Sanz

Doctor en Medicina y cirugía

Profesor titular de ortodoncia, Universidad Complutense de Madrid

Académico de la Pierre Fauchard Academy

Artista pintor



Podemos afirmar de una forma sencilla que el término abstracción, dentro de lo que significa la concepción artística, es la expresión de **“algo”** carente de referencias.

Ese **“algo”** puede ser una figura, una escena cotidiana, un retrato o también, de alguna manera, puede ser la expresión de un sentir, de una idea conceptual o de una determinada idealización.

En el artículo anterior (Odontólogos de hoy *“La abstracción figurativa Parte I”*. V 13, No 68. Nov 2024) ya me refería a como muchas veces, conceptos que parecen irreconciliables a simple vista, como son la abstracción y la figuración o realismo, cuando los analizamos en profundidad vemos que tienen una cierta convergencia cuando no, claros puntos de unión entre ellos.

Como idea general, la **pintura figurativa** reproduce una realidad percibida directamente por el autor, el cual nos intenta transmitir a través de su obra esa realidad propia. Es decir, el autor crea una obra para que nosotros apreciemos, en dicha obra, la percepción real de lo percibido por el artista. En esta idea conceptual, el autor nos obliga a ver lo que él, de alguna manera, percibe o siente.

El **artista abstracto** trabaja de un modo, por así decirlo, más conceptual. No está dictando una realidad que intenta transmitir al espectador de su obra, si no, más bien, su obra refleja unas cualidades de su sentir que expone abiertamente al espectador.

Desde el punto de vista del espectador, la visualización de una **obra figurativa** nos lleva a observar una realidad ya ordenada por el propio autor, sobre todo, en lo referente a la percepción de la obra dentro de nuestro filtro de **“Tiempo y Espacio”** establecido a priori, es decir, no basado en la experiencia sino arraigado en nuestra mente de forma innata y preestablecida.

En el otro extremo, la **pintura abstracta** parece que nos evita el paso por ese filtro y nos invita a sumergirnos en nuestra propia experiencia vital, sin la interposición de ese *tiempo y espacio* al que nos referíamos antes.

Cuando intentamos unir ambas corrientes, parece que es un camino irreconciliable, como dos rectas paralelas que solo se van a encontrar en el infinito. Sin embargo, ya vimos en el artículo anterior que algunos autores, de alguna manera, conjugan estas dos antagónicas corrientes.

En este sentido tenemos que citar forzosamente la excepcional obra de Picasso.

Pablo Picasso (1881-1973) fue el artista que sin duda revolucionó de una manera brillante e irreversible los variados movimientos artísticos en el siglo XX.

Con el denominado **Protocubismo**, Picasso comenzó un camino que ya llevaba esbozando desde sus primeras obras. Este camino era precisamente la *deformación de la realidad dependiendo de su propio sentir*. Es decir, en los cuadros de Picasso siempre existe una deformación de la realidad que nos lleva de la mano a la expresión de un determinado sentir del artista. Podemos denominar esta deformación de la realidad como la percepción abstracta del artista que percibe una realidad y según sus propias emociones, sentimientos, ideas preconscientes...etc la plasma en el lienzo.

En el cuadro **Las señoritas de Avignon (1907)** Picasso pretendía cambiar el concepto del arte figurativo de un modo implosivo, brusco y radical. Pretendía poner en tela de juicio el realismo puro, el filtro del espacio y evocar una imaginada anatomía humana, completamente fuera de los convencionalismos de la época. El cuerpo humano lo transforma en una serie de líneas conformadas triangularmente que dan al espectador la posibilidad de imaginar los cuerpos desnudos según su propia percepción. Como dijimos



Picasso. *Las señoritas de Avignon*. 1907.

anteriormente, el autor no nos está obligando a observar una determinada realidad, en este caso, anatómica, más o menos bella. Aquí, la belleza pasa a un segundo plano para acentuar lo importante que es precisamente la percepción propia de la belleza.

¿Qué reflejan los rostros de este cuadro? Picasso nos facilita algunas intenciones, pero, al final, la respuesta a esta pregunta es individual. Ojos grandes, miradas ausentes, narices largas y desordenadas... La respuesta está en ti mismo.

A pesar de la obviedad, aprender a enajenarnos de nuestra propia percepción preconcebida nos vuelve capaces de difuminar la línea que separa la figura de lo abstracto, y ver que lo que llamamos, por ejemplo, rostro, no es más que un objeto conformado por una serie de formas, luces, sombras y colores estructurados y organizados específicamente. Tal vez sea esa *“percepción enajenada”* de la realidad la que puede mejorar enormemente nuestro entendimiento visual de la misma.

En el **retrato de Dora Maar (1937)** es significativo por lo evidente, la deformación de la realidad que realiza el autor. Esta deformación afecta a toda la obra, tanto en sus colores como en sus formas. Picasso no está intentado plasmar la imagen de Dora Maar sino que está intentado evocar sus sentimientos hacia esa persona. Esta traslación emocional se aprecia en la facies, en la vestimenta, en las manos, hasta en la propia silla. La interpretación es libre. Por ejem-



Picasso. *Retrato de Dora Maar* (1937).

plo, ¿Por qué razón coloca la nariz justamente debajo del ojo izquierdo? Las orejas están a distinto nivel. Las manos se representan, cada una de ellas, en posiciones opuestas. El autor deforma la realidad y te deja libre para que la interpretes a tu propia forma.

En **Mujer ante el espejo (1912)**, a pesar de ser una obra anterior a la antes referida, se pone en evidencia esta deformación abstracta de la realidad con mayor énfasis y seguridad.

En primer lugar nos llama la atención la imagen natural de la mujer. El rostro no está tan deformado como en el anterior cuadro, incluso podemos decir que está bastante proporcionado. Sin embargo, nos llama la atención la división y partición del mismo casi en su término medio. Una parte es rosacea y la otra claramente amarilla. Sorprende como esta imagen es reflejada en el espejo y este reflejo es completamente distinto a la imagen inicial. La imagen especular está muy poco expresada, solo con una nariz grande y una supuesta lagrima descendida desde un ojo completamente negro. Es, en definitiva, una deformación de la realidad que transmite una emoción pura.



Picasso. *Mujer ante el espejo* (1912).

En *Mujeres de Argel* (1955) apreciamos como la evolución de Picasso desde los cuadros anteriores ha ido avanzando



Mujeres de Argel (1955).

hacia una mayor expresión de la realidad desdibujada y deformada.

En esta obra lo primero que llama la atención es que existe una figura más evidente, menos deformada, huyendo de las proporciones áureas (como es frecuente en la obra de Picasso) pero con una evidencia que nos acerca a una realidad más verosímil. Sin embargo, esta figura se encuentra inmersa en un entorno que resulta poco reconocible, aunque muy sugerente. Los colores que utiliza, dentro de la sencillez de los mismos, resaltan esta anarquía de una realidad completamente onírica.

Con estos ejemplos, vemos como un artista puede explorar sin restricciones sus obras en su esencia más pura, libre de los límites del pensamiento, internándose en la naturaleza abstracta y fundamental de lo visual y todo ello trasladarlo al espectador para, de alguna manera enriquecer su propio entendimiento de la realidad.

A pesar de la obiedad, aprender a enajenarnos de nuestra propia percepción preconcebida nos vuelve capaces de difuminar la línea que separa la figura de lo abstracto, y ver que lo que llamamos, por ejemplo, rostro, no es más que un objeto conformado por una serie de formas, luces, sombras y colores estructurados y organizados específicamente. Tal vez sea esa **“percepción enajenada”** de la realidad la que puede mejorar enormemente nuestro entendimiento visual de la misma.

Etiopía, un retorno al pasado

Etiopía, el estado independiente más antiguo de África y que presume de no haber sido nunca colonizado.

Viajando por este inmenso país además de una sensación de haber viajado al pasado por lo que vemos a nuestro alrededor, dado su especial calendario, por su diferente forma de contar el tiempo, nos encontramos a siete años del nuestro.

Una mezcla de modernidad y tradición que convierte al país en un viaje al pasado, donde la cultura, el tiempo y la historia convergen de manera fascinante.

La razón de este cambio de fecha radica en el uso del calendario etíope, un sistema basado en los cálculos de la Iglesia Copta que difiere en casi ocho años del calendario gregoriano utilizado por la mayoría de los países. Este calendario también divide el año en 13 meses: 12 de 30 días y un mes extra de 5 o 6 días, dependiendo de si es año bisiesto. De este modo, mientras gran parte del mundo está en 2025, los etíopes se sitúan en 2017.

Dentro de este extenso y variado país hoy daremos una vuelta por Lalibela.

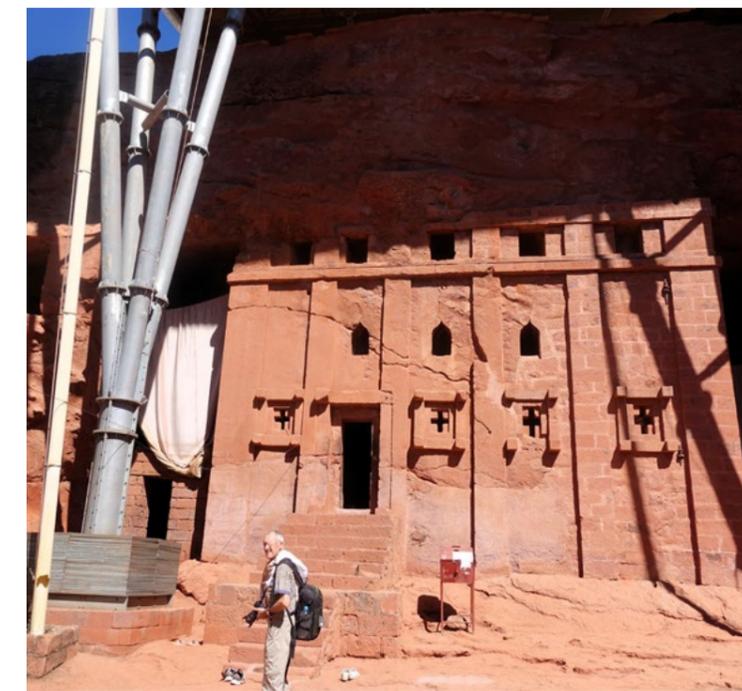
Lalibela es la joya de Etiopía, las iglesias más famosas se encuentran en este lugar y es el escenario de las ceremonias religiosas más importantes.

Las iglesias están excavadas bajo el nivel del suelo y rodeadas de trincheras y patios, y posiblemente sean la principal atracción del país. Están conectadas entre sí por un complejo laberinto de túneles y pasadizos. Situadas en una región montañosa del corazón de Etiopía, en las proximidades de una aldea tradicional de casas redondas, las once iglesias medievales de esta “Nueva Jerusalén” del siglo XIII (Unesco, 1979) fueron excavadas y esculpidas en la roca. Lugar sagrado de la cristiandad etíope, Lalibela sigue siendo hoy en día un centro de devoción y peregrinación.

De entre todas las iglesias destaca, Bete Amanuel, un monolito de 11 metros de altura considerado por los historiadores del arte como la iglesia más fina y trabajada con mayor detalle en Lalibela, posiblemente porque era el templo privado de la familia real.

La celebración del Timkat es su gran fiesta religiosa. En la tarde del primer día de la celebración de Timkat, el Tabot (símbolo del Arca de la Alianza que contiene los Diez Mandamientos) se saca de los monasterios con una gran procesión. Todos los monjes agitan sistros (campanas religiosas) y soplan cuernos de car-

nero. Uno de los sacerdotes sostiene el Tabot sobre su cabeza escondido en capas de terciopelo de colores, para esconderlo de las miradas de los infieles. La procesión culminará en un gran espacio abierto donde se custodiarán todos los Tabot dentro de una carpa ceremonial especial. Los sacerdotes y los monjes harán vigilia toda la noche. Multitud de fieles pernoctarán en los alrededores, para estar cerca de los Tabot. Se entretendrán comiendo y bebiendo junto a las hogueras, todos vestidos de blanco, en señal de purificación.





Nueva zirconia Prettau® 3 Dispersive® con Gradual-Triplex-Technology: un triple gradiente en el color natural, la resistencia a la flexión y la translucidez

La zirconia Prettau® Dispersive® está caracterizada desde la fase de producción por matices naturales de color, gracias a una técnica especial que no distribuye los colores en capas, sino que los “dispersa” de forma homogénea. Con la Gradual-Triplex-Technology, se ha desarrollado un triple gradiente para la nueva zirconia Prettau® 3 Dispersive®: además del color, el gradiente también abarca a la translucidez y a la resistencia a la flexión. Mientras que la translucidez se desvanece hacia el cuello del diente y es extremadamente alta en el borde incisal, la resistencia a la flexión disminuye hacia el borde incisal y es extremadamente alta en el área cervical. Estas propiedades hacen que la zirconia Prettau® 3 Dispersive® sea ideal para la elaboración de todo tipo de restauraciones, aunque es especialmente adecuada para las restauraciones monolíticas.

Para determinar con precisión y rapidez el color más adecuado de la restauración de zirconia y lograr que sea idéntica al color natural del diente del paciente, se dispone de guías de colores especiales, las Zirkonzahn Shade Guides, que consisten en muestras monolíticas de la gama de zirconia Prettau® Dispersi-

ve® con formas de premolar e incisivos inferior y superior, este último con un ligero cutback para obtener una guía de color personalizada. Si la restauración final se fresa a partir de un bloque de material Prettau® Dispersive® idéntico a la guía de colores utilizada, se garantiza que el color final reflejará al 100 % el color natural del diente.



Restauración monolítica en el maxilar superior (13-23) e inferior (34-44) en zirconia Prettau® 3 Dispersive®

Información adicional: www.zirkonzahn.com

Con las nuevas Zirkonzahn Shade Guides de alta calidad, disponibles en los diferentes tipos de zirconia Prettau® Dispersive®, se puede determinar con facilidad y precisión el color de los dientes de los pacientes. Las Zirkonzahn Shade Guides contienen muestras de zirconia monolítica con formas de premolar, incisivos inferior, superior y superior con *minimal cutback*.



Indicaciones de la medicina estética en ortodoncia

El curso 'Indicaciones de la medicina estética en ortodoncia' se celebrará el 12 de junio de 2025 en Murcia, en el marco del 71º Congreso de la Sociedad



La **Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial (SEdO)** anuncia la celebración de su **71º Congreso Anual**, que tendrá lugar en la ciudad de **Murcia del 11 al 14 de junio de 2025**. En esta edición, por primera vez, la SEdO ofrecerá un precongreso abierto no solo a ortodontistas, sino también a todos los dentistas interesados en ampliar sus conocimientos acerca de la armonización facial.

El 12 de junio, de 9 a 14 horas, se impartirá el curso titulado '**Indicaciones de la medicina estética en ortodoncia**', a cargo de la **Dra. Carla Barber**. Este precongreso representa una oportunidad única para que los profesionales de la odontología descubran cómo integrar técnicas de medicina estética en su práctica clínica, mejorando la satisfacción y el bienestar de sus pacientes.

El objetivo del curso precongreso es establecer indicaciones de la medicina estética en ortodoncia. En ortodoncia, uno de los objetivos fundamentales es dar soporte a los tejidos blandos para lograr una proyección estética óptima, posicionando huesos y dientes según las normas cefalométricas. Sin embargo, en ocasiones, a pesar de alcanzar los objetivos ortodóncicos, no se logra el 100% de los resultados estéticos faciales deseados. Esto puede deberse a falta de grosor en los tejidos blandos (como los labios), dismorfias esqueléticas como hipoplasias del maxi-

lar que se reflejan en depresiones del área malar, o hipoplasias mandibulares con retrognatismo del mentón, entre otras.

En la **parte teórica** del curso, la Dra. Barber explicará las posibilidades que ofrece la armonización facial para mejorar y complementar los resultados ortodóncicos. Se abordarán técnicas y tratamientos que permiten corregir estas limitaciones y ofrecer al paciente una solución más integral. La **parte práctica** incluirá demostraciones con pacientes cercanos a la norma cefalométrica que presentan problemas como los descritos, o que han sido tratados con ortodoncia para compensar alguna dismorfia esquelética sin éxito completo. Los asistentes podrán observar de primera mano cómo aplicar estos procedimientos en casos reales.

El **Dr. Raúl Ferrando, presidente del 71º Congreso de la SEdO**, destaca la importancia de este curso: "Con este precongreso buscamos proporcionar a los profesionales herramientas adicionales para mejorar los resultados estéticos de sus tratamientos", señala. Y agrega que "la integración de la medicina estética en la ortodoncia permite abordar de manera más completa las necesidades de los pacientes". "Contar con la Dra. Carla Barber es una oportunidad excepcional para aprender de su experiencia y conocimientos en este campo", recalca el doctor.

DENTAL DIGITAL TECH



+6.000
PROFESIONALES
Y CONGRESISTAS

+150
MARCAS
EXPOSITORAS

+180
SPEAKERS

90
HORAS
DE INSPIRACIÓN

CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGÍA AVANZADA 2025

4 FOROS DE TECNOLOGÍA ESPECIALIZADA



INTELIGENCIA
ARTIFICIAL



3D DENTAL



ESCANER
INTRAORAL



DIGITALIZACIÓN
DEL PACIENTE

5 SUMMITS PARA CADA ESPECIALIDAD



ODONTOLOGÍA



HIGIENE BUCAL



PRÓTESIS DENTAL



ORTODONCIA



IMPLANTOLOGÍA

Estancias Monje-Ticare

Ticare junto al Dr. Alberto Monje, organiza las residencias clínicas en la Clínica CICOM del 21 al 23 de abril.

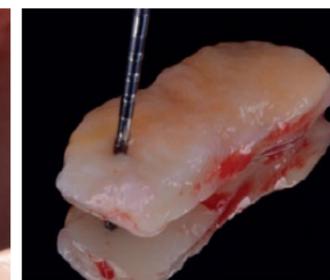
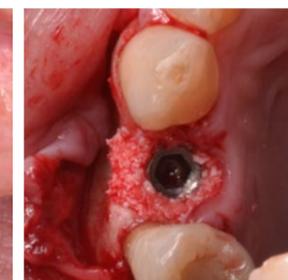
Durante la formación se abordan temas como implantología inmediata y diferida, regeneración ósea simultánea o diferida, implantes en zona estética con injerto óseo y de tejido conectivo o manejo de la periimplantitis. Además, se realizarán sesiones de resolución de casos clínicos y prácticas en modelos para terminar con una cirugía en directo.

Más información: www.ticareimplants.com/formacion



**CICOM
monje**

ticare
MOVING FOR CARE



ticare
MOVING FOR CARE

sdi salgado
dental
institute

INMERSIÓN EN CIRUGÍA AVANZADA DR. ALBERTO SALGADO ESTANCIAS CLÍNICAS

El Dr. Alberto Salgado en colaboración con Ticare pone en marcha este 2025 varias estancias clínicas con una duración de tres días en **Salgado Dental Institute**.

21 a 23 mayo; 9 a 11 julio; 24 a 26 de junio y 22 a 24 de octubre.

En jornadas de grupos reducidos, con un máximo de 7 alumnos realizarán una inmersión clínica donde se abordarán temas como la regeneración ósea, la carga inmediata, el sector anterior estético y la elevación de seno, y se asistirá a cirugías en directo. Serán tres días de inmersión para salir con una idea clara de lo que es la cirugía avanzada de la mano de uno de los mejores profesionales en este campo.

Más información: www.ticareimplants.com/formacion

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