

IMPRESIONES

REVISTA OFICIAL DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA • Nº 61 MARZO 2013



Santa Apolonia 2013





IPDENTAL

EL ORGULLO DE SER OFICIAL



CONFIANZA
PROFESIONALIDAD
SERVICIO TÉCNICO OFICIAL

Bienvenidos a nuestro mundo



IPDENTAL es confianza. Profesionales con más de 30 años de experiencia y un servicio técnico oficial que responde, como máximo, en 24 horas.

Disponemos de las mejores marcas del sector y de los productos más novedosos para hacerle su trabajo más fácil.

Si busca un trato personalizado, nuestra familia está a su disposición. Porque somos cercanos y estamos orgullosos de ello.

INSTALACIONES:

C/ Músico Antonio Rodríguez de Hita,
Nº 12, Bajo. La Flota (Murcia)

ipdental@ipdental.es



Teléfonos de contacto:

968 24 49 54

616 63 44 15

SANTA APOLONIA 2013

Quizá nos riamos de quien se inquiete por encontrarnos en un año terminado en un amenazador 13, pero creo todos, sin excepción, tras echar una ojeada a los diarios nos precipitamos a abrazarnos al tronco del árbol más cercano. El contacto con la madera parece que conjura ese escalofrío que recorre el espinazo. Da igual lo supersticiosos que seamos o el credo que nos cobije: si alguien trata de desasirnos de ese tronco reconfortante, le arreamos un fuerte puntapié. Así de asustados nos tienen. Miedo nos da asomarnos a las profecías de Nostradamus por si la cosa puede empeorar.

Porque a ver quién puede decir que ha quedado bajo refugio en esta tromba de noticias aciagas. De una u otra manera, todos somos damnificados por la crisis: a unos les han desfondado directamente los bolsillos, y a otros, como es nuestro caso que nos dedicamos a la prestación de servicios, sufrimos esa insolencia porque ya no son posibles las ocasionales transferencias desde los suyos hasta los nuestros. En estos tiempos, el caudal sufre un severo estiaje y el cauce está seco como la mojama.

Todos los días vemos que el cielo se cierra amenazador sobre nuestras cabezas, y de él sólo esperamos ya que caigan chuzos de punta. No nos cabe más que resignarnos a sufrir las turbulencias. En el parte diario, los meteorólogos se limitan a describir esa tormenta perfecta y los daños que aún le queda por infligir. Desterrado el término anticiclón de su vocabulario, ahora todo son depresiones y aparato eléctrico en la economía. Y si con la boca pequeña se atreven alguna vez a pronosticar una leve mejoría, un nuevo trueno horrísono no hace temblar de inmediato de pies a cabeza.

A estas alturas, cuando vemos aparecer en la pantalla a los chamanes de la tribu –esa especie de señores de la lluvia que controlan los elementos atmosféricos– sospechamos que empiezan a ser conscientes de que a pocos embaucan ya con sus aspavientos y rituales de medida teatralidad. Da igual el clan al que pertenezcan, todos saben que la superchería ahora es evidente y que hemos dejado de creer en la pantomima; sin embargo, la indignación ajena sigue sin sonrojarles, satisfechos y seguros con sus prerrogativas.

Han sustituido el taparrabos por un traje de Armani y ya no ejecutan convulsas danzas,

pero tras milenios continúan siendo los mismos que medran gracias a la ignorancia de la tribu y la blindada inaccesibilidad de ellos mismos se han otorgado. Continúan hieráticos y circunspectos mientras profieren vacuidades y frases mistericas, ante las cuales, los no iniciados, no podemos más que dedicar emociones desgarradas y ningún entendimiento.

Por suerte, hay personas y grupos que se enfrentan con arrojo a los negros nubarrones; en primer lugar, desprendiéndose del miedo que atenaza e impide el movimiento —de la tormenta se escapa o se busca refugio—, y en segundo lugar, diseñando medidas y estrategias que ayuden a capear el temporal.

Me vanaglorio de decir que éste es nuestro caso. El Colegio de Dentistas de Murcia ha dado respuesta a las inclemencias de esta época intempestiva reduciendo la cuota colegial para 2013 en casi un 11% y exonerando de su abono a las embarazadas, a los dentistas que sufrieron el terremoto de Lorca y a los colegiados en paro. También se han beneficiado de un descuento considerable los no ejercientes y los que reciben la documentación vía mail. Además, durante los últimos 16 años no se ha repercutido el IPC en la cuota colegial. Paralelamente, la oferta en formación no ha sufrido merma alguna, por poner sólo algunos ejemplos significativos.

La adopción de estas medidas demuestra que las cuentas del Colegio están saneadas. En la fábula, sin duda seríamos la hormiga y otros, demasiados me temo, la cigarra.

La reciente elección a nivel nacional como Mejor Colegio de Dentistas por los lectores de *Redacción Médica*, reconocimiento obtenido por medio de votación en el diario, avala el acierto con que hemos afrontado los tiempos de inestabilidad. El monumento que inauguramos en marzo a la figura del Dentista es un símbolo de la presencia del Colegio en la vida social de la Región.

Sigamos entre todos apoyando las decisiones que, como grupo, debemos adoptar para ayudar a los que ahora son más vulnerables. Démosles calor porque el frío va a continuar. Ánimo, porque cada día que pasa es uno menos para ver el sol. Mientras tanto, el Colegio, nuestro Colegio, intentará ayudaros en todo lo que esté en su mano. Unidos todo será más fácil. ■

Dr. R. Óscar Castro Reino,
Presidente del Colegio
de Dentistas de Murcia

sumario

3 Editorial

6 Santa Apolonia 2013

13 Entrevistas:

*Yayo Delgado, Jefe de Prensa Consejería de Sanidad. Medalla de Oro. Colegiado de Honor.

*Martín Quiñonero, Secretario General de La Consejería de Sanidad, Colegiado de Honor.

19 Artículos Científicos:

19 Utilización del Adhesivo Tisular Ifa Bond...

25 Complicaciones Intraoperatorias...

33 Complicaciones Clínicas y Hereditarias...

42 El Colegio de Dentistas de Murcia, Elegido Primero en el "Top 10" de los Colegios de Dentistas de España

43 Alguien de Nosotros:

43 Tareq Abu Taha

44 Asma Aaniba Louqmane

47 Premio "Manuel Serrano Martínez"

47 Tablón de Anuncios

48 Profesión y Prensa



Editorial MIC
Producción Editorial:
Tel.: 902 271 902
Fax: 902 371 902
mic@editorialmic.com
www.editorialmic.com



Editorial MIC es miembro de la Asociación Española de Editoriales de Publicaciones Periódicas, a su vez miembro de la FIPP

DELEGACIÓN EN MURCIA

Juan Ruiz Parra
968 340 968
619 656 292
juanparra_4@hotmail.com

Visita nuestra web

www.dentistasmurcia.com

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. C/María Zambrano, 4. Edif. Dórico. Bajo. 30007 Murcia Tlf. 968 20 16 65 Fax. 968 20 16 69.

E-mail: info@dentistasmurcia.com.

Consejo Editorial: Presidente: R. Óscar Castro Reino. **Vicepresidente:** José Manuel Granero Marín.

Tesorero: Cristina Calderón Díaz. **Secretario:** Antonio Parra López. **Vicesecretario:** Celestino García Alfaro (Distrital de Cartagena). **Vocales:** Carlos García Ballesta (Presidente Comisión Científica). Arsenio Gómez Fernández (Comarca del Noroeste). Ana M^a. Hita Velasco. (Presidente Comisión Jóvenes Dentistas). Jesús Santos Pérez Ortega (Presidente Comisión Nuevas Tecnologías). Fernando Sacristán Molpeceres (Distrital de Lorca). **Vocales Supernumerarios:** Pedro Caballero Guerrero (Coordinador Actividades Extracollegiales y apoyo a Nuevos Colegiados), José Luis Calvo Guirado (Coordinador Formación Continuada), David Sánchez Espín (Coordinador de Convenios Colectivos y ayuda al Dentista Autónomo).* **Presidente de la Comisión Deontológica:** Oscar Erans Richarte.

Redactor jefe: Juan Ruiz Parra.

Editor jefe: Prof. Dr. José Luis Calvo Guirado

Co-Editor: Prof. Dr. Carlos García Ballesta

Comité científico de Impresiones: Prof. Dr. Rafael Delgado Ruiz. Prof. Dr. José Maté Sánchez de Val. Dra. Piedad Ramírez Fernández. Dra. Laura López Marí. Dr. Bruno Negri.

Revisores Externos: Prof. Dr. Gerardo Gómez Moreno. Dr. Javier Guardia Muñoz. Prof. Dr. Eugenio Velasco Ortega. Prof. Dra. Cristina Barona Dorado. Prof. Dr. José María Martínez González. Prof. Juan Carlos Prados Frutos

Edición: Editorial MIC · Delegación en Murcia: Dirección: Juan Ruiz Parra.

Depósito Legal: LE-1087-1995. **ISSN:** 1695-5269.

Editorial MIC · Artesiano, s/n · León · 24010 · Pol. Ind. Trobajo del Camino

Teléfono: 902 271 902 · Fax: 902 371 902

E-mail: mic@editorialmic.net · www.editorialmic.com

· Delegación en Murcia: 968 340 968 · 619 656 292

BioSat
SERVICIO TÉCNICO DENTAL

BioDesign
PLANIFICACIÓN Y DISEÑO

BioSoft
INFORMÁTICA DENTAL

BM
BioMed
DENTAL EQUIPMENT AND PRODUCTS
www.facebook.com/biomeddental

Avda. Principal Edificio Quipar, Bajo K • Pol. Ind. Oeste • 30169 - San Ginés (Murcia) • Tfn: 968 271 500 • Fax: 968 271 411
biomed@biomedsureste.es - www.biomedsureste.es

DISFRUTA DE LA TECNOLOGÍA MÁS AVANZADA



Imágenes en 3D de campo grande
perforadoras y restoradas

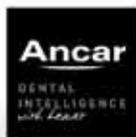
9500



Caring Insight
vatech
PAX ZENITH 3D



S 280 TRC CONTINENTAL

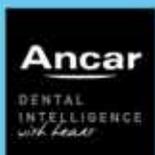


SD 550 TOUCH EXPERT



swident
WE SUPPORT YOUR PROFESSION
PARTNER INDIVIDUAL

bankinter. Consulte posibilidad de financiación con Bankinter.



KaVo. Dental Excellence.





SANTA APOLONIA 2013

Fotos: Alfonso Durán

Del 18 de enero al 4 de febrero

- I Concurso de Twitter
#dentistafeliz

TEMA DEL CONCURSO

¿Por qué estás feliz de ser dentista?

- (Ganador: Miguel Pecci Lloret@MiguelRPecci, con el tweet: "Dolor de espalda, tunel carpiano, codo de tenista, que hay mejor que ser dentista? #dentistafeliz")

Sábado 2 de febrero

- II Jornada de Paintball

Domingo 3 de febrero

- I Carrera popular benéfica "Santa Apolonia", con el lema "Por una sonrisa"

Miércoles 6 de febrero

- Cata de Vinos

Viernes 8 de febrero

- Santa misa en la capilla de la iglesia de San Pablo.
- A continuación, Vino Español

Sábado 9 de febrero

- II Torneo de Pádel
- Cena de gala. Durante el transcurso de la misma se entregará la Insignia de Oro y se hará el nombramiento del Colegiado de Honor. Asimismo, se entregarán las Placas Conmemorativas por Jubilación y de la Insignia Colegial a los nuevos colegiados.

Cena de gala



Mesa Presidencial



Menú. Aperitivo: Esfera de Salmorejo con Jabugo, Mejillón con Gelée de Algas, Espiral de Salmón Relleno con Mousse de Salazones, Saquito de la Huerta con Salsa de Ostras, Tosta de Gorgonzola con Pera al Vino y Miel... Menú: Infusión de Bogavante con Frutos de Mar, Milhoja de Merluza, Lingote de Lomo de Buey y Sal Gorda, Sorbete de Mojito, Coulant de Chocolate Negro con Centro Líquido y Helado de Vainilla de Madagascar. Bodega: Blanco de Rueda, Tinto Viña Real Crianza, D.O.C. Rioja, Cava Juvé & Camps Cinta Púrpura, D.O. Penedés



Yayo Delgado, jefe de Prensa de la Consejería de Sanidad y Consumo y Política Social recibió la Medalla de Oro del Colegio.



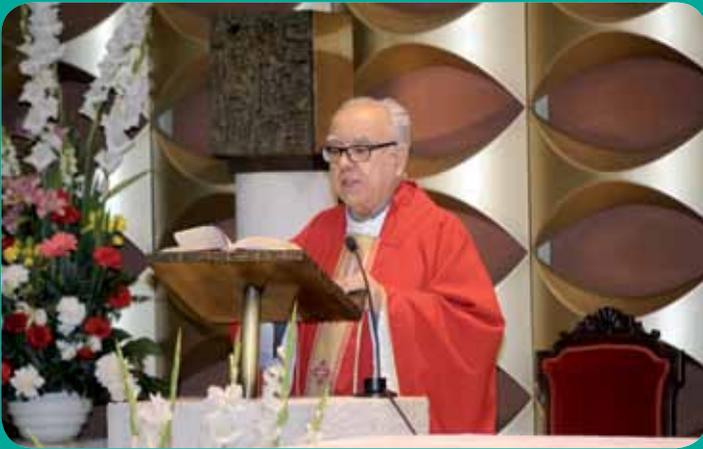
Martín Quiñonero Sánchez, secretario general de la Consejería de Sanidad y Consumo y Política Social, fue nombrado Colegiado de Honor.



La Placa Conmemorativa para los colegiados que se jubilan la recibieron en esta ocasión Juan Ángel Vilaplana Gómez, Juan Ángel Bermejo Tudela, Antonio Cozar Fernández y Amelia Dell ' Amico Otero.



Los nuevos colegiados (desde el N°C. 1266 hasta el N°C.1312), recibieron la Insignia Colegial.



Misa y vino español





1ª CARRERA POPULAR

Benéfica "SANTA APOLONIA"

(Todos los beneficios se entregarán a Caritas)

3 Febrero 2013
Salida a las 11:30 h.

4km.

"Por una Sonrisa"

Salida y meta en la sede del Colegio de Odontólogos. C/ María Zambrano, 4.

Categorías: Juvenil, Junior, Promesa, Señor, Veterano A, Veterano B, Veterano C, Categoría especial para odontólogos.

Medalla para los 3 primeros clasificados de cada categoría.
Medalla para los 5 primeros clasificados de la general.
Medalla para los 5 primeros equipos clasificados.
Obsequio para todos los participantes.

Inscripción y bases en la página web www.crono3.com

ORGANIZADORES:

- COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.
- ASOCIACIÓN DE DENTISTAS EMPRESARIOS DE LA REGIÓN DE MURCIA.
- FUNDACIÓN DENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA.



Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Y además,

50%
DESCUENTO

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

A.M.A. CARTAGENA:

c/ Pintor Portela, 6; bajo 2

968 50 48 80

cartagena@amaseguros.com

A.M.A. MURCIA:

c/ Condes de Barcelona, 5; bajo (Edif. Mónaco)

968 20 04 10

murcia@amaseguros.com

LA CONFIANZA ES MUTUAL





II Torneo Paintball



II Torneo de Pádel

Pareja Campeona:
José Luis Calvo Guirado y
José Ángel Nieto Olivo



II Cata de Vinos

- Salchicha seca y Lomo de Bellota con Almendras • Queso de Cabra Jumillano Ecológico • Tosta de Sardina Curada • Croqueta de Boletus
- Tartar de Atún Rojo • Queso de Cabra gratinado con Cebolla caramelizada • Huevos Estrellados con Trufa Negra • Mini Burguer de Sobrasada
- Dulce y Fruta

Todo esto aderezado para que pase con: Envidia Cochina (Albariño), Trimbach Pinot Gris (Alsacia), Piper Heidsieck (Champagne), Castaño Colección 03 (Yecla), Montecastro 07 (Ribera del Duero), Pintia 08 (ToroBodegas Vega Sicilia), Nectar Px (González Byas)



Vida Colegial



Yayo Delgado, Jefe de Prensa de la Consejería de Sanidad y Política Social

MEDALLA DE ORO 2013 DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE MURCIA

Texto: Juan Ruiz Parra



Murcia, 1977.

Casado y con dos hijos. Licenciado en Ciencias de la Información por la Universidad de Navarra (1999) y Máster en Comunicación Multimedia San Pablo CEU (Madrid, 2000). Redactor y diseñador en Anunciorama y Mercado (Segunda Mano, Murcia). Redactor en Real Murcia Radio (2002) Redactor de Sanidad y Fiestas y Tradiciones en El Faro de Murcia (2003-2006) Redactor jefe de El Faro de Murcia (2004-2006) Periodista en Consejería de Sanidad (CARM) (2006-2013), jefe de prensa Consejería de Sanidad (2008-2013), colaborador de diversos medios de comunicación regionales, radios y webs deportivas. Columnista en La Opinión de Murcia 'Achopijo' (2008-2012) y colaborador en Radio Online Murcia (2012-2013).

¿En qué consiste su trabajo al frente del gabinete de prensa de la consejería de Sanidad?

Coordino el gabinete de prensa de la Consejería. El principal cometido de mi desempeño diario es facilitar a los medios de comunicación su trabajo, poniendo en contacto a los gestores, técnicos y políticos con los periodistas en las mejores condiciones posibles, y pasarles la información oficial demandada para que puedan desarrollar con la mayor calidad sus informaciones. Además, organizamos todos los eventos de comunicación pública que se realizan en la Consejería y el Servicio Murciano de Salud (ruedas de prensa, notas de prensa, comunicados) y realizamos una importante labor de comunicación interna, en coordinación

con todas las direcciones generales y organismos sanitarios públicos. Hacemos seguimiento constante de información sanitaria y mantenemos las relaciones públicas con todas las organizaciones que colaboran, dependen o tienen algún tipo de relación con la Consejería de Sanidad y Política Social.

¿Cómo se las arregla para cuidar la imagen de la institución con lo que está cayendo?

La mejor fórmula para tener una buena imagen es estar siempre, responder siempre, y hacerlo con la información bien preparada y en los tiempos precisos, teniendo en cuenta el interés de los medios y las circunstancias de la organización. Tratamos que esa relación sea fluida, que los canales de comunicación estén siempre abiertos,

para que el resultado de las informaciones sea lo más fidedigno posible. Esa es la mejor fórmula para tener una buena imagen, aunque no sea sinónimo de éxito seguro. Es cierto que es un momento muy complicado, especialmente para los políticos y los gestores, pero seguimos trabajando cada vez más convencidos de que éste es el camino adecuado, especialmente gracias al equipo directivo con el que trabajamos actualmente, con María Ángeles Palacios a la cabeza, que en este sentido, siempre ha respetado esta forma de trabajar con los medios, algo que ha hecho mucho más sencillo el trabajo diario en comunicación.

Además, la Sanidad tiene una muy buena imagen entre la población porque tenemos

LA MEJOR FÓRMULA PARA TENER UNA BUENA IMAGEN ES ESTAR SIEMPRE, RESPONDER SIEMPRE, Y HACERLO CON LA INFORMACIÓN BIEN PREPARADA

a grandísimos profesionales. Está muy bien valorada, a pesar de la situación gracias a ellos. También gracias a vosotros, los dentistas.

Es de suponer que con su columna "Acho pijo" intenta oxigenar un poco la lengua y la mente por el continuo ejercicio de alquimia y compostura que, se supone, conllevan algunas facetas de su responsabilidad...



En la presentación de su libro 'Una sola alma' sobre el Real Murcia

Si, Achopijo es una vía de escape. Soy periodista y siempre he tenido la necesidad de escribir. Empezó cuando pasé del periodismo de calle y redacción al institucional, para mantener el sano ejercicio de contar lo que pasa, de una forma más personal, y dio el salto al periódico. Me oxigeno en todo lo que hago, en mis facetas profesionales, y en lo personal. Tengo mucha suerte.

Como especialista en sanidad y comunicación, ¿qué le parece la proyección pública del Colegio de Dentistas para

concienciar a la ciudadanía de los diferentes riesgos que amenazan esta área de la salud?

Creo que el Colegio, en los últimos años, ha mantenido siempre una buena política de comunicación. Como he dicho antes, detrás de una buena comunicación hay constancia y fluidez entre medios e institución, y el Colegio siempre ha tenido esa característica. Eso ha hecho que sus mensajes lleguen adecuadamente, tanto a los profesionales de la Odontología y la Sanidad, como a los ciudadanos y las instituciones. Ahí, Óscar Castro ha sabido desempeñar muy bien esa labor de eslabón entre los

profesionales que representa y la sociedad murciana.

¿Le hace ilusión que el Colegio de Dentistas de Murcia le haya concedido su Medalla de Oro?

Me hace muchísima ilusión. Es un honor impresionante. Tengo muy buenos amigos dentistas, he vivido con uno de ellos y he asistido a su vocación por esta profesión desde cerca, así que me siento muy ligado a los dentistas. Además, es una gran responsabilidad, y un premio para mi profesión que acerca a profesionales de la Sanidad y la Comunicación, algo que hace que me sienta muy orgulloso.

Hincar el diente



• **¿Qué aspectos de su profesión son los más duros de roer?**

La desaparición de medios y de puestos de trabajo en el sector de la Comunicación en la actualidad, la falta de oportunidades y de independencia para hacer periodismo de calidad.

• **Para andar por la vida, ¿los dientes bien afilados dan mejor resultado que una bonita sonrisa?**

A veces. Pero generalmente ayuda más una sonrisa, sincera mejor que bonita.

• **¿Recuerda en especial algún artículo suyo que por su contenido y repercusión le haya dejado el colmillo un poco astillado?**

No. Me acuerdo de los que me dejaron satisfacción porque gustaron o hicieron pasar un rato agradable a los lectores.

• **¿Qué situaciones le soliviantan el ánimo y hacen inevitable que enseñe los caninos?**

Cada vez menos situaciones... Pero todo lo que tiene que ver con injusticias con niños.

• **Todos hemos mordido el polvo alguna vez; en su caso, ¿recuerda alguna sufrida por bisoño y confiado?**

Muchas. Muchísimas... pero de todo se aprende, aunque nunca se deje de ser algo bisoño y confiado.

• **¿Qué institución social necesita con más urgencia una ortodoncia moral?**

Todas las instituciones necesitan una constante ortodoncia moral.

• **¿Va con usted eso de que en boca cerrada no entran moscas?**

Escuchando se aprende más que hablando.

• **¿Por qué o por quién se liaría sin pensarlo a dentellada limpia?**

Las dentelladas limpias no suelen arreglar los problemas, al contrario, y además suelen estropear los dientes...

• **¿Es aconsejable mirar los piños de los caballos regalados?**

No lo hago nunca. Soy confiado.

• **¿Qué es lo que le deja tan frío, y al resto por lo general emociona, que hasta le castañetean los dientes?**

Me emociona casi todo. Soy muy fácil para disfrutar.

• **Por último: ¿un dentista puede ser un amigo?**

Tres de mis mejores amigos son dentistas, así que con esta pregunta no puedo ser muy objetivo... Pero sí, claro. Más que poder, debe serlo.

Martín Quiñonero Sánchez, Secretario General de la Consejería de Sanidad y Política Social.

COLEGIADO DE HONOR 2013 DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE MURCIA

Texto: Juan Ruiz Parra

Nacido en Lorca en 1960, casado y con tres hijos. Es licenciado en Veterinaria por la Universidad de Córdoba y funcionario de la Consejería de Sanidad y Política Social en excedencia. Entre 1996 y 1999 fue Director general de Salud y Gerente del Servicio Murciano de Salud desde 1999 a 2003. Diputado regional por el Partido Popular desde 2003 a 2011, ejerciendo la Presidencia de la comisión de peticiones y defensa del ciudadano. Actualmente es Secretario General de la Consejería de Sanidad y Política Social.



¿Supone realmente un ahorro para las arcas de la administración la concesión a empresas privadas de la gestión de los centros sanitarios públicos? Porque hay quienes afirman que la perseguida optimización en el rendimiento de los recursos podría igualmente obtenerse mejorando las estructuras existentes, labor que compete precisamente a los políticos...

Esa pregunta posiblemente debería ir dirigida a otro interlocutor que se esté planteando la posibilidad mencionada. No es el caso de quien le habla ni de la Consejería donde desarrollo mi actividad; el trabajo del equipo que componemos la Consejería de Sanidad y Política Social va dirigido a intentar hacer más eficiente nuestro Sistema Murciano de Salud, es lo que ha impulsado la Consejera desde que se hizo cargo de esta responsabilidad y es lo que intentamos día a día y son muchas las actuaciones que venimos desarrollando en

este sentido, como ha sido la unificación de las Áreas de Salud, la Central de Compras, el Programa de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos o el proyecto en el que estamos inmersos en este momento, las Estrategias 2015, en el que han participado más de un centenar de profesionales y que debe marcar el rumbo que debemos seguir en la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. Dicho esto, también digo que no hay que demonizar la gestión privada en la asistencia sanitaria, ejemplo claro es el PADI, una colaboración que mantenemos con el Colegio de Odontólogos, una colaboración público privada en la que Murcia fue pionera y después fue seguida por otros servicios de salud.

¿Hay en Murcia algún plan en esta línea?

Esta pregunta ha quedado respondida con la anterior respuesta, pero por si no ha quedado claro vuelvo a decir que no tenemos ningún plan en este sentido.

LOS AJUSTES QUE
HEMOS TENIDO
QUE REALIZAR HAN
IDO DIRIGIDOS A
GARANTIZAR LA
SOSTENIBILIDAD DE
NUESTRO SISTEMA
SANITARIO Y SOCIAL.
SI SOMOS CAPACES
DE CONSEGUIRLO NO
HABRÁ NADA QUE
LAMENTAR,
TODO LO
CONTRARIO



En estos tiempos de debilidad económica hay una especial proclividad en las distintas administraciones a suprimir lo que antes se consideraba básico y ordinario. Según ustedes, ¿cuáles son los mínimos intocables?

Estamos atravesando momentos difíciles, creo que todos somos conscientes de ello; la crisis económica está afectando a toda la sociedad, los ingresos a las arcas públicas han disminuido de forma importante y ello ha obligado a hacer ajustes en las administraciones públicas, ajustes que se debieron hacer hace mucho tiempo y posiblemente ahora estaríamos en otra situación, pero no podemos lamentarnos de lo que no se hizo, y ahora debemos empeñarnos en salir adelante y en ello estamos.

Del mismo modo que una familia cuando disminuyen los ingresos tiene que prescindir de determinados gastos para salir adelante, gastos que se consideraban necesarios. En la administración hay que hacer lo mismo, no se puede gastar más de lo que se tiene y aunque sea duro, por responsabilidad, hay que priorizar actuaciones para seguir garantizando el acceso a una sanidad y a una educación como la que tenemos.

¿Cuáles son los recortes que más ha tenido que lamentar de los acometidos hasta ahora en Murcia?

Hasta el momento los ajustes que hemos tenido que realizar han ido dirigidos a

garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario y social. Si somos capaces de conseguirlo no habrá nada que lamentar, todo lo contrario.

Parece que ahora más que nunca se ha agudizado la susceptibilidad de la población ante la diversidad de servicios y recursos que por autonomías presenta el mapa sanitario nacional. ¿Hasta qué punto se están produciendo injustos desequilibrios territoriales?

A partir del 2002 el mapa sanitario nacional se constituyó con 17 servicios de salud. A lo largo de los años y en época

ES OBLIGACIÓN DE TODOS LOS QUE TENEMOS RESPONSABILIDADES EN EL SISTEMA SANITARIO CONSEGUIR QUE NO HAYA DIFERENCIAS EN LAS PRESTACIONES A LAS QUE PUEDA TENER ACCESO UN CIUDADANO EN CUALQUIER PARTE DEL TERRITORIO ESPAÑOL

de bonanza económica se han ido implementando recursos y prestaciones que han propiciado diferencias entre distintas Autonomías. Estas diferencias nunca se debieron producir; es obligación de todos los que de alguna manera tenemos responsabilidades en el sistema sanitario conseguir que no haya diferencias en las prestaciones a las que pueda tener acceso un ciudadano en cualquier parte del territorio español.

La prescripción de genéricos, la administración de medicamentos ajustada a la duración de los tratamientos, la central de compras... parecen medidas lógicas que debían haberse adoptado mucho antes. ¿Dónde cree que se ha producido sobre todo un despilfarro o una deficiente gestión de los recursos en Sanidad?

No creo que en Sanidad se hayan cometido despilfarros, a no ser que se refiera a la construcción de Hospitales, la construcción de Centros de Salud, incorporación de nuevas tecnologías que facilitan el diagnóstico y tratamiento, la incorporación de nuevos profesionales.... Y así podría seguir.

Creo que es indiscutible que desde que se asumieron las competencias en sanidad ha habido una mejora sustancial de nuestro sistema sanitario, tanto en calidad como en accesibilidad; en ese momento eso era lo prioritario. Es cierto que las medidas que ahora se están implementando suponen una mayor eficiencia del sistema y que si se hubiesen implantado antes, antes se hubiese ganado en eficiencia. Pero vuelvo a decir, no podemos seguir lamentándonos de lo que se podía haber hecho y no se hizo, debemos poner todo nuestro empeño en hacer sostenible nuestro sistema sanitario y recoger y llevar a la práctica todas aquellas ideas que supongan una aportación al mismo sin que se mermen sus características fundamentales: accesibilidad, universalidad y gratuidad.

¿Cómo cree que será el futuro modelo sanitario en Murcia, teniendo en cuenta parámetros como la evolución demográfica, los nuevos enfoques de gestión, el nivel de ingresos...?

Tenemos que ser capaces de disponer de un sistema sanitario capaz de identificar los problemas de salud de la población, de anticiparse a sus necesidades del fu-



turo y de ser capaz de adaptarse a ellas. Estamos obligados a optimizar la inversión en salud, garantizando la sostenibilidad del sistema regional de salud y garantizar que el incremento de los costes y de las nuevas tecnologías dé respuesta a las necesidades reales en salud de la población.

Los ciudadanos han de convertirse en el auténtico centro de la actividad del sistema sanitario y hemos de conseguir su participación y corresponsabilidad en su estado de salud. Y los profesionales han de considerarse como el motor de cambio de la organización.

Todo esto que he mencionado son los principios inspiradores y los retos que no hemos planteado en las Estrategias 2015, que entendemos van a suponer un cambio en la manera de abordar la asistencia sanitaria con una atención especial a la cronicidad, pues un porcentaje muy alto de nuestra población son enfermos crónicos y hemos de estar



 **DentaSur**
Protésicos Dentales

Su laboratorio de confianza

C/. Silva Muñoz, 61 • 30161 Llano de Brujas - Murcia
Tlf.: 968 81 20 53 - 674 12 61 70 • marcos@dentasur.com

preparados para anticiparnos a sus necesidades y dar la respuesta en asistencia sanitaria que en los próximos años se va a demandar.

¿Cómo valora la lucha del Colegio de Dentistas contra la extralimitación de las competencias profesionales que reclaman los protésicos dentales y que le niegan las leyes? Ante el ímpetu que exhiben algunos de estos profesionales de la prótesis, ¿cómo ejerce la consejería de Sanidad una labor de vigilancia para evitar esos desafueros?

El Colegio de Odontólogos de la Región de Murcia creo que es un ejemplo en muchos aspectos. Pero si hay que destacar uno es el trabajo que siempre ha desarrollado en defensa de los intereses de los ciudadanos y ha velado por que en materia odontológica los pacientes reciban la asistencia cualificada que precisan. En ese camino se ha enfrentado al intrusismo y parece que no estaba equivocado, como así lo atestiguan las sentencias favorables que se han producido recientemente. En ese camino de defensa de los intereses de los ciudadanos, hemos sido, somos y seremos buenos compañeros de viaje.

¿Qué supone para Ud. que el Colegio de Dentistas le haya nombrado Colegiado de Honor?

Han sido muchos los años de relación con el Colegio; la iniciamos en 1996, trabajamos codo con codo en el registro de establecimientos sanitarios. Hemos tenido muchos encuentros y desencuentros a lo largo de los años, este reconocimiento parece que inclina la balanza en el sentido de los encuentros, lo cual me enorgullece, no por mí sino porque supone el reconocimiento a todos los que conmigo han trabajado, que son los verdaderamente merecedores del mismo.

Hincar el diente



• **¿Qué aspectos de su profesión son los más duros de roer?**

Cuando uno hace algo que le gusta no hay nada que sea duro de roer.

• **Para andar por la vida, ¿los dientes bien afilados dan mejor resultado que una bonita sonrisa?**

Hay momentos para todo, hay veces que una sonrisa puede con casi todo, pero si no es así hay que tener los dientes afilados para hincarle el diente.

• **¿Qué situaciones le soliviantan el ánimo y hacen inevitable que enseñe los caninos?**

Sobre todo la injusticia, no hay nada que me ponga de peor humor.

• **Todos hemos mordido el polvo alguna vez; en su caso, ¿recuerda alguna sufrida por bisoño y confiado?**

Recuerdo una vez hace muchos años en la estación de Atocha y subido al tren. Se me acercó un señor de cierta edad que con mucha educación y con un poco de vergüenza me pidió cien pesetas que le faltaban para sacar el billete y poder llegar a un pueblo de Albacete. Se las di. Al poco cambié de vagón y el mismo señor hacía lo propio con otro pardillo como yo.

• **¿Qué institución social necesita con más urgencia una ortodoncia moral?**

No quiero incurrir en intrusismo, no me considero capacitado para prescribir una ortodoncia y mucho menos moral. En cuestiones morales hay que automeedicarse.

• **¿Va con usted eso de que en boca cerrada no entran moscas?**

Tanto como eso no, pero si la naturaleza nos ha dotado con dos oídos y solo una boca, significa que debemos escuchar más que hablar; de lo contrario tendríamos dos bocas y solo un oído.

• **¿Por qué o por quién se liaría sin pensarlo a dentellada limpia?**

Lo tengo claro: por mi familia.

• **¿Es aconsejable mirar los piños de los caballos regalados?**

Por deformación profesional les miro los piños a todos los caballos; no por nada, es para saber la edad.

• **¿Qué es lo que le deja tan frío, y al resto por lo general emociona, que hasta le castañetean los dientes?**

Nada, cuando veo a alguien emocionado que le castañetean los dientes se me contagia y a mí también me castañetean

• **Por último: ¿un dentista puede ser un amigo?**

Faltaría más; y un amigo puede ser dentista





El trabajo presenta la utilización de los cianoacrilatos, haciendo énfasis en el adhesivo tisular IFA BOND. Se exponen resultados relevantes observados con su utilización como: sustituto de la sutura, apósito periodontal, en los autoinjertos gingivales, en el selle de alvéolos posextracción dentaria, en la toma de biopsias en la cavidad bucal y en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente.

Prof. Dr. José Luis Calvo Guirado. Profesor titular de Odontología Integrada de Adultos. Universidad de Murcia.

Utilización del adhesivo tisular *Ifa Bond* en la cirugía bucal.

Presentación de un caso clínico.

Corresponding author:

Prof. Dr. José Luis Calvo Guirado

Calle Marques de los Velez s/n. Hospital Morales Meseguer, 2ª Planta, Clínica Odontológica Integrada de Adultos. Faculty of Medicine and Dentistry. University of Murcia. Spain. Tel 34-868 888 584

PALABRAS CLAVE

cianoacrilato, adhesivo tisular *Ifa Bond*, *histoacryl*.

Con el fin de encontrar diferentes variantes que perfeccionaran las desventajas de los métodos anteriores empleados en el cierre de las heridas quirúrgicas, se comenzó a incursionar en los adhesivos tisulares y dentro de estos los ésteres cianoacrílicos.

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo ampliar nuestros conocimientos acerca de la utilización de los adhesivos tisulares que existen en el mercado nacional e internacional.

Para abordar el tema, se realizó un análisis documental de la literatura actualizada incluyendo revistas de alto impacto y sitios Web en Internet.

ANTECEDENTES DE LOS CIANOACRILATOS

Los adhesivos de cianoacrilato son, por lo general, monómeros basados en los ésteres del ácido cianoacrílico que su forma de actuar es causada por la polimeriza-

ción que se produce al entrar en contacto con diferentes substratos, formando enlaces muy fuertes, entre ellos podemos citar la piel y las mucosas.

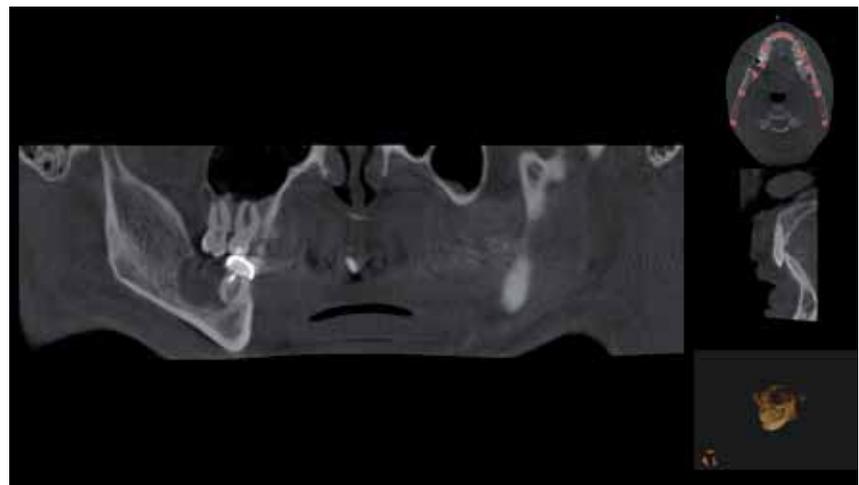
La utilización de los cianoacrilatos (CA) como adhesivos tisulares se reporta a partir de 1950 con el empleo del material comercial EASTMAN 910 a base de 2-cianoacrilato de metilo. Los estudios realizados indicaron que el CA de metilo es rápidamente hidrolizado por el organismo, produciendo, como productos de degradación, formaldehído y cianoacetato de metilo, los cuales causan inflamación crónica y necrosis en el tejido circundante. Es por ello que se centró la atención en monómeros de cadenas más largas, como es el derivado de n-butilo y el de n-octilo, los cuales muestran una histotoxicidad

marcadamente menor que los de cadenas más cortas y una degradación más lenta.

Existe una gran cantidad de reportes en la literatura respecto a la biocompatibilidad y la biofuncionalidad del cianoacrilato de n-butilo en diferentes aplicaciones en animales de laboratorio, así como su propiedades bacteriostáticas. (1,2)



Scanner del Quiste Mandibular Inferior Derecho



Scanner del Quiste Mandibular



Defecto Óseo Creado



Los adhesivos de CA fueron aprobados para su uso en humanos en Canadá desde 1975 y son usados extensamente en Europa y otras partes del mundo. Sólo recientemente, la FDA ha aprobado las investigaciones clínicas con estos productos, aunque en realidad ellos ya han sido muy empleados en los Estados Unidos. Los mismos han sido utilizados en pacientes con cáncer de piel, para la realización de injertos, posterior a la extracción de tumores. En sujetos con la piel severamente dañada, se ha encontrado que el adhesivo desaparece completamente en seis meses sin reacción a cuerpo extraño. (3) El HISTOACRYL Cianoacrilatos de n-butilo se ha utilizado también en enfermos de cáncer para la embolización por

catéter. Algunos investigadores han realizado estudios aleatorios controlados en el tratamiento de varices hemorrágicas del esófago, estómago y duodeno por vía endoscópica, en el cierre de fistulas en el esófago y sangramientos difíciles de detener en el duodeno en pacientes en estado crítico. Entre otras aplicaciones, los adhesivos tisulares de cianoacrilato, han sido utilizados en el tratamiento de sangramientos gastrointestinales, tanto de origen varicoso, en hernias abdominales para fijar las mallas de polipropileno por la vía laparoscópica, en cirugía cardiovascular, en el remplazo de discos intervertebrales, para tratar diferentes enfermedades de la córnea. (4-13)

No obstante todas estas aplicaciones mencionadas, es en el tratamiento de heridas cutáneas donde los adhesivos de cianoacrilato han tenido una utilización realmente extensa y muy especialmente en pediatría. (14-18)

Perron y colectivo de autores por su parte, demostraron la efectividad para los traumatismos producidos en competencias deportivas. (19)

A partir del desarrollo de los adhesivos tisulares de cianoacrilatos, se han realizado gran cantidad de estudios para avalar la utilización de estos productos en la Estomatología. Ellos han sido utilizados como sellantes dentales, en la elaboración de materiales de restauración, como relleno de canales radiculares y protectores de la pulpa dental, como apósito periodontal, en cirugía gingival, en el tratamiento de la Estomatitis aftosa recurrente, como enlace en la colocación de brackets de Ortodoncia, barnices temporales en coronas y en puentes fijos, recubrimientos de los alvéolos post-extracción dentaria, entre otras aplicaciones. (20-34).

APLICACIONES

La cirugía máxilo-facial presenta un amplio campo de aplicaciones para el IFA BOND. Aquí, la sustitución de los puntos de sutura es casi total, por cuanto la adhesividad en la mucosa bucal es excelente. La experiencia que se acumula continuamente en la cirugía bucal es muy favorable. En la especialidad de Parodoncia se ha utilizado como: sustituto de la sutura donde la técnica a colgajos de espesor total ha sido la más favorecida; como apósito periodontal (en gingivoplastias, papilectomías, colgajos

periodontales); en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente; en el injerto gingival libre para proteger el tejido donante, así como en la toma de biopsias en la cavidad bucal.

Debe decirse que el IFA BOND tiene excelentes cualidades para cualquier tipo de cirugía que necesite del sellaje de heridas, tanto traumáticas o provocadas en tejidos blandos. Puede concluirse que a excepción del tejido óseo, el IFA BOND encuentra campo de aplicación en todos los demás.

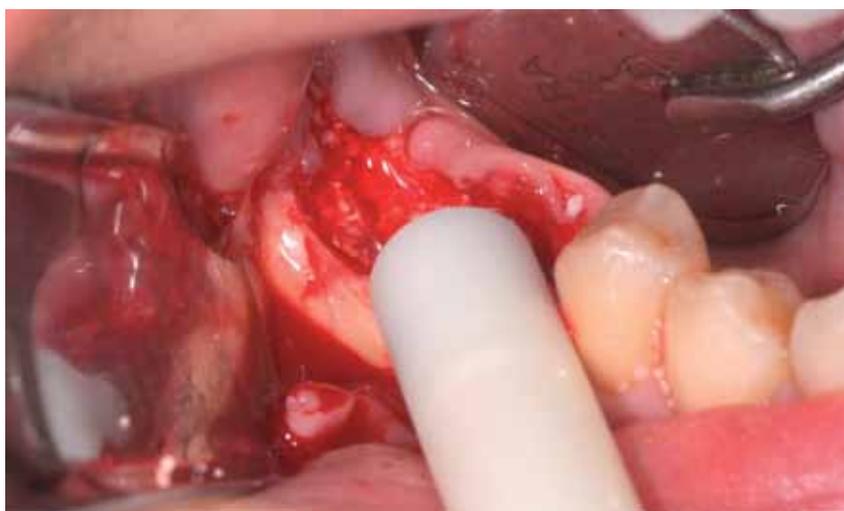
Los cianocrilatos se utilizan en medicina, pediatría, gastroenterología, flebo- logía, emergentología, se han aplicado como sellantes y hemostáticos de órganos cortados, para la anastomosis sin sutura del tracto digestivo y vascular, en el reforzamiento de aneurismas intracraneales y reposicionamiento de fracturas, como epitelio artificial de la córnea, etc. En odontología se aplica en alveolos postextracción, colgajos libres de mucosa, injerto de tejido conjuntivo en recesiones gingivales, biopsia y procedimientos quirúrgicos menores, ulceraciones en superficie, postgingi- vectomía y gingivoplastia, colgajos re- posicionados apical y fijación de injertos óseos en preservación del reborde al- veolar. No obstante todas las aplicacio- nes mencionadas, es en el tratamiento de las heridas de la mucosa y de la piel donde los adhesivos de cianocrilato han tenido una utilización realmente exten- sa, muy especialmente en pediatría. (14)

MODO DE EMPLEO

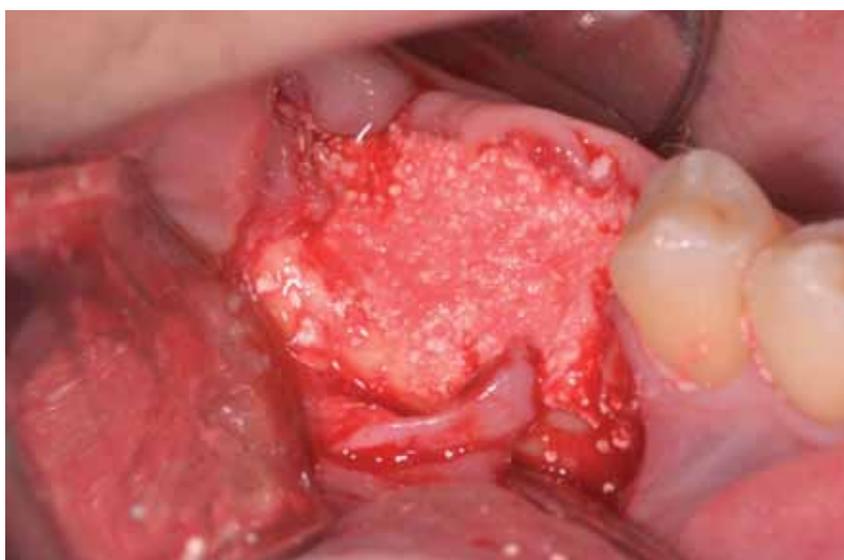
1. Se afrontan los bordes de la herida o incisión firmemente, sujetando los extremos de la misma con pinzas hemostática. Se realiza la sutura.
2. Se limpia la herida o incisión, usando torundas de gasa para detener el sangramiento.
3. Se aplica el IFA Bond usando una capa muy fina del mismo. Los excesos del material provocan la formación de una capa de polímero que se desprende fácilmente por roce mecánico, por lo que se debe tener cuidado con este control.
4. Al sellar la herida, se liberan sus extremos de la sujeción de las pinzas.

IMPACTO SOCIAL

Al beneficio que reporta el IFA BOND se le adiciona un gran beneficio social ya que se evita el trauma psicológico y el dolor que causa la sutura, lo que es especial-



Hueso Porcino Mp3 en el Defecto Óseo



Defecto Rellendao



Membrana de Colágeno sobre el Defecto.



Sutura



Cola Sintética



Control 1 Año

mente importante en el tratamiento de los niños. La aplicación del producto no requiere instrumental o personal especializado, anestesia ni material adicional de antisepsia pues es bactericida. Por otra parte, se elimina el proceso de retirada de la sutura ya que el producto desaparece por sí mismo en el transcurso de la semana.

Los beneficios que del empleo del método se derivan son los siguientes:

- Reduce el tiempo de estadía del paciente, ya que acorta el plazo de cicatrización de las heridas.
- Actúa como protector de la herida y retenedor de placa para evitar una infección secundaria.
- Disminuye el riesgo de infecciones, ya que la herida queda sellada y aislada del medio ambiente.
- La cicatrización es muy estética por lo que no afecta la psiquis del paciente frente a una herida visible.
- Las cantidades de producto que se necesitan para un paciente están en el orden de los microlitos, se calcula que un ampulita de 0,5 ml del producto sea suficiente para el sellado de 20 heridas menores de tres centímetros aproximadamente.
- El local donde se emplee el material no requiere la esterilidad característica de un salón de operaciones, debido a la auto esterilidad del material, por lo que es propio para su uso por el médico de la Familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nash JM, Bellenger CD. Enteroplication in cat, using suture of N- butyl cyanoacrylate adhesive. *Res Vet Sci* 1998 Nov-Dec, 65(3):253-8.
2. Singer AJ, Berrutti L, McClain SA. Comparative trial of octyl - cyanoacrylate and silver sulfadiazine for the treatment of full-thickness skin wounds. *Wound Repair Regen* 1999 Sep-Oct; 7(5):356-61.
3. Z aki I, Scerri L, Millard L. Spit skin grafting on severely damaged skin: A technique using absorbable tissue adhesive. *Journal of Dermatologic Surgery and Oncology*.20/12 (827-829)1994.
4. Alvarado Valero MC, Mulets Homs E, Alio Y, Sanz JL. Bio adhesives in ocular. Surgery. *Arch Soc ESP Ophthalmol*. 2001. Sept; 76(9): 559-66.
5. Tobias KM, Cambridge A. Gavin P.

Cyanoacrylate occlusion and resection of an arteriovenous fistula in a cat. Am vet med Assoc. 2001. Sept 15; 219(6): 763, 785-8.

- 6. Ang ES, Tan KC, Tan LH, NGRT, Sog IC 2-octylcyanoacrylate-assisted microvascular anastomosis: comparison with a conventional suture technique in rat femoral arteries. Reconstr microsurg. 2001. Apr; 17(3): 193-201.
- 7. Calvo P, Gouritin B, Brigger I, Lasmezas C, Dellys J, Williams A, Andreux JP, Dormont D, Couvreur P. PEGylated polycyanoacrylate nanoparticles as vector for drug delivery in prion diseases. Neurosci Methods. 2001. Sept 30; 111(2): 151-5.
- 8. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, Hwu JH, Chang CF, Chen SM, Chiang HT. A prospective randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the management of bleeding esophageal varices. Hepatology. 1995; 22(2): 446-471.



RX final (13 meses).

- 9. D'Imperio N, Piemontese A, Baroncin D, Bill P, Borionni P, Dal Monte PP, Borrello P. Evaluation of undiluted N-butyl-2-cyanoacrylate in the endoscopic treatment of upper gastrointestinal tract varices. Endoscopy. 1996; 28(2): 239-243.
- 10. Kok YY, Kum CK, Goh PMY. Endoscopic hemostasis of upper

gastrointestinal bleeding with histoacryl: Last resort before surgery. Endoscopy. 1996; 28(2): 256-258.

- 11. Drury AE, Grundy A. Management of oesophageal fistula by radiologically-guided instillation of tissue adhesive. Clinical radiology. 1995; 50(5): 335-338.



MedicalCañada

suministros médicos

MEDICAL CAÑADA, especialistas en desechable de clínica y cirugía bucal

www.medicalcanada.es

- **Sintética y biocompatible**
- **Gran poder adhesivo**
- **Biodegradable:** reabsorción en menos de 6 meses
- **Hemostática, antifistática y bactericida:** Evita la aparición de hematomas y seromas
- **Rápida:** polimeriza en pocos segundos
- **La reacción de polimerización produce una temperatura máx. de 5°C**
- **Fácil de usar:** basta con la aproximación de tejidos
- **Disminuye el dolor post-operatorio y el consiguiente consumo de analgésicos**



Sustituto de sutura

Injerto de tejido conjuntivo en recesiones gingivales • Biopsia bucal
Fijación de injerto libre de encía y protección del sitio donante • Sellado de herida
Regeneración de tejido tras extracción de molar • Colgajo periodontal



C/ Júbilo, s/n · Parcela 24 · Nave C-6 (Pol. Ind. Oeste), 30169, San Ginés (Murcia)
Telf: 968 80 18 35 - Fax: 968 82 64 51 - sat@medicalcanada.es

- 12. Huang YH, Yeh HZ, Chen GH, Chan CS; Wu CY, Poon SK, Lien HC, Yang SS. Endoscopic treatment of bleeding gastric varices by n-butyl-2-cyanoacrylate (histoacryl) injection: long term efficacy and safety. *Gastrointest endosc* 2000; 52: 160-167.
- 13. Bathat S, Askew MJ, Njus G, Smith DJ. Alkyl cyanoacrylate as space fi-

- comparing butylcyanoacrylate with octylcyanoacrylate in management of select pediatric facial lacerations. *Acad Emerg Med* 1999 Mar, 6(3):171-7.
- 19. Saxema AK, Willital GH. Octylcyanoacrylate tissue adhesive in repair of pediatric extremity laceration. *Am Surg* 1999 May, 65(5):470-2.
- 20. King ME, Kinney AY. Tissue adhe-

- 28. Grisdale J. The use of cyanoacrylate in periodontal therapy. *Can Dent Assoc* 1998; 64:632-3.
- 29. Liebenberg WH. Dental dam match: an effective intraoral repair technique using cyanoacrylate. *Compend Contin Educ Dent* 1998 Oct; 19(10):1028-32.
- 30. Kutcher MJ, Ludlow JV, Samuelson AD, Campbell T, Pusek SN. Evaluation of a bioadhesive device for the management of aphthous ulcers. *Am Dent Assoc* 2001 Mar; 132(3):368-76.
- 31. MI low, JB Samuelson AD, Campbell T, Pusen SN. Evaluation of a bioadhesive device for the management of aphthous ulcers. *Am sent ASSOC* 2001 Mar; 132(3):368-76.
- 32. Ludlow JB, Kutcher MJ, Samuelson A. Intraoral digital imaging documenting recurrent aphthous ulcer healing in 2-octylcyanoacrylate versus sham-treated lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodon* 2000 Apr; 89(4):425-31.
- 33. Al-Munajed MK, Gordon PH, McCabe JF. The use of Cyanoacrylate Adhesive for Bonding Orthodontic Brackets: an ex-vivo study. *J Orthod* 2000 Sept; 27(3):255-60.
- 34. Borchers L, Tavassol F, Tschernitschek H. Surface quality achieved by polishing and by varnishing of temporary crown and fixed partial denture resins. *J Prostet Dent* 1999 Nov; 82(5):550-6.



Cola Sintética sobre la herida.

lling bone adhesive. *J Appl Biomater* 1992 fall; 3(3): 207 - 10.

- 14. Gallemore RP, Green J, Shorr N, Goldberg RA. Use of isobutyl cyanoacrylate tissue adhesive to stabilize mucous of membrane graft in total socket reconstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1999 May; 15(3): 210-2.
- 15. Elmasane FN, Matbouli SA, Zuberi MS. Use of tissue adhesive in the closure of small incisions and lacerations. *J Pediatric Surg* 1995; 30:837-8.
- 16. O smond MH, Klassen TP, Quinn JV. Economic Evaluation Comparing a tissue adhesive with suturing in the repair of Pediatric Facial Lacerations. *J Pediatr* 1995; 126:892-5.
- 17. Toriumi DM, O Grady K, Desai D, Bagal A. Use of octyl-2-cyanoacrylate for skin closure in facial plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 1998 Nov; 102(6):2209-19.
- 18. O smond MH, Quinn JV, Wells G, Sutcliffe T, Jarmuske M, Maw I, Stiell, I, Johns P. A randomized clinical trial

sives: a new method of repair. *Nurse Pract* 1999 Oct; 24(10):66, 69-74.

- 21. Herod EL. Cyanoacrylates in dentistry: A review of the literature. *J Can Dental Assoc* 1990; 56:331-34.
- 22. Berkman M, Cuccolor F, Levin N, Brunelle. Pulpal response to isobutyl - cyanoacrylate in human teeth. *J Am Dent Assoc* 1971; 8(3):140.
- 23. Eklund MK, Kent JN. The use of isobutyl - 2 - cyanoacrylate as a post extraction dressing in humans. *J Oral Surg* 1974; 32:264-8.
- 24. Jacobsen EL, Shugars KA. The sealing efficacy of a zinc Oxide-Eugenol Cement, a cyanoacrylate, and a Cavity Vanish Used as Root Canal Cements. *J Endodon* 1990; 16:516-19.
- 25. Torabinejad M, Kahn H, Bankes D. Isopropyl cyanoacrylate as a root canal sealer. *J Endodon* 1984; 10:304-7.
- 26. Newman SM, Valadez SK, Hembre JH. Cyanoacrylate a cavity liner for amalgam. *J Prosthet Dent* 1978; 40:422-5.
- 27. Levin MP, Cutright DE, Bhaskar SN. Cyanoacrylate as a periodontal



Quiste Mandibular.

Complicaciones intraoperatorias en las elevaciones sinusales en función de la técnica. Revisión sistemática.

Autores:

Beatriz Carreira Nestares*
 Cristina Barona Dorado**
 Isabel Leco Berrocal**
 Fernando Fernández Cáliz**
 José M^a Martínez González***
 Bruno Negri ****
 Laura López ****

* Licenciada en Odontología. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

** Profesor Asociado de Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. UCM.

*** Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología. UCM

**** Profesor Colaborador del Master de Implantología Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Murcia.

RESUMEN.

Objetivos. Analizar la evidencia científica publicada en relación a las complicaciones intraoperatorias que se producen en el procedimiento de elevación sinusal en función de la técnica empleada.

Diseño del estudio. Revisión sistemática de la literatura.

Material y Método. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed desde enero de 2002 hasta mayo de 2012 con las palabras clave: Sinus lift AND Complications y se limitó la búsqueda a aquellos artículos escritos en inglés, francés y español y que sólo fueran ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados, ensayos clínicos aleatorizados, estudios comparativos y estudios meta-analíticos.

Resultados. La búsqueda electrónica identificó 22 referencias bibliográficas. Tras una primera selección por título y resumen, se identificaron 14 artículos por texto completo, de los que se excluyeron 4 por no cumplir los criterios de inclusión, obteniendo un total de 10 artículos. En cuanto a la calidad de los estudios, todos fueron estudios prospectivos y ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

Conclusiones. La complicación intraoperatoria producida en el procedimiento de elevación sinusal mediante abordaje lateral fue la perforación de la membrana de Schneider mientras que en el abordaje crestal fue el desprendimiento de otolitos.

PALABRAS CLAVE.

Sinus lift, complications.

INTRODUCCIÓN.

La restitución de áreas edéntulas con implantes se incluyen dentro de los planes de tratamiento de forma cada vez más frecuente debido a sus altas tasas de éxito. La falta de hueso disponible en zonas posteriores maxilares debido a la neumatización del seno maxilar dificulta la colocación de implantes en esta zona (1). Una de las técnicas quirúrgicas utilizadas para conseguir un aumento de hueso en las zonas maxilares posteriores atróficas, es la técnica de elevación de seno maxilar, y esta a su vez tiene diferentes posibilidades:

Elevación de seno maxilar con técnica abierta:

Para el desarrollo de esta técnica, se realiza una ventana vestibular para un acceso lateral. Posteriormente se debe elevar la membrana de Schneider para la colocación en el suelo del seno del material de injerto. En esta técnica se pueden colocar los implantes en la misma cirugía, implantes inmediatos, o tras 6 meses de la cirugía, implantes diferidos (2).

Elevación de seno maxilar con técnica cerrada:

1-Técnica con osteotomos: Fue descrita originalmente por Tatum en 1986 y luego modificada por Summers en 1994. La principal diferencia con la técnica de ventana lateral es que la membrana del seno se levanta a través de la cresta ósea con osteotomos, y los implantes se insertan directamente en los sitios preparados. La técnica de enfoque crestal ha sido modificada por Cosci que introduce una serie de osteotomos



Figura 1 - Perforación de la mucosa sinusal en una elevación de seno mediante técnica abierta.

de diferentes longitudes, incluyendo un osteotomo de elevación atraumática para evitar la perforación de la barrera del seno durante la perforación de la zona del implante. Esta técnica es menos invasiva pero consigue una menor altura en su realización (3).

2-Técnica de balón: Esta técnica fue introducida por Muronoi y cols. (4), mediante la cual se consigue un levantamiento de la membrana mediante la insuflación constante de suero fisiológico con el uso de un balón hemostático, en un primer momento el abordaje se llevó a cabo con la realización de una ventana lateral. Sin embargo otros autores (5, 6) han modificado la técnica realizando un abordaje crestal.

En la técnica abierta suelen aparecer diversas complicaciones intraoperatorias que incluyen perforación de la membrana sinusal, sangrado, infección y laceración del nervio infraorbitario (Fig.1).

En el caso de la elevación de seno maxilar mediante la técnica cerrada por el contrario no tiene tantas complicaciones pero ofrece un aumento de la altura ósea menor (5).

El propósito de este trabajo fue estudiar la evidencia científica publicada en relación a las complicaciones intraoperatorias que se producen en el procedimiento de elevación sinusal en función de la técnica empleada.

MATERIAL Y MÉTODO.

1.- Diseño del estudio. Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica disponible en relación con complicaciones en el procedimiento de elevación sinusal en función de la técnica.

2.- Estrategia de búsqueda. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos y fuentes de información Pubmed/Medline. La limitación temporal se extendió a aquellas referencias publicadas entre enero de 2002 y mayo de 2012. Se seleccionaron artículos en humanos, escritos en inglés, francés y español y que fueran solo ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados, ensayos clínicos aleatorizados, estudios comparativos y estudios meta-analíticos. La estrategia de búsqueda y palabras clave fueron: "Sinus lift AND complications". Todas las palabras clave utilizadas para la realización de la búsqueda fueron términos Mesh.

3.- Criterios de selección de los estudios. Se seleccionaron los estudios que cumplieron los siguientes criterios:

- **Población de estudio:** pacientes desdentados totales o parciales maxilares con necesidad de elevación sinusal.
- **Intervención:** elevación sinusal mediante la técnica abierta.
- **Comparación:** elevación sinusal mediante técnica cerrada.
- **Medidas de resultado:** aparición de complicaciones intraoperatorias.

Los criterios de inclusión para la realización de la revisión sistemática fueron:

1. Ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados, ensayos clínicos aleatorizados, estudios comparativos y estudios meta-analíticos.
2. Estudios que aporten datos del tipo de complicación en el procedimiento de elevación sinusal determinando la técnica utilizada.

Se excluyeron los siguientes estudios:

- Estudios de caso clínico.
- Estudios preclínicos y de laboratorio.
- Revisiones narrativas, editoriales y artículos de opinión.

- Presentaciones a congresos (resúmenes y pósteres).

- Artículos que no incluyeran las variables a estudiar.

La selección de los estudios fue llevada a cabo por dos revisores independientes que realizaron una primera lectura de los títulos y resúmenes de los artículos identificados en la búsqueda electrónica. En una reunión de consenso de todos los autores, se realizó la selección final de los artículos que han formado parte de esta revisión.

4.- Extracción de datos, variables recogidas y presentación de resultados.

Los datos se extrajeron de manera independiente por dos revisores con la ayuda de una hoja de recogida de datos diseñada para tal fin. Las variables recogidas para identificar nuestro objetivo fueron: autor, número de pacientes, número de elevaciones sinusales, hueso residual, técnica y complicaciones (1-3, 7-13) (Tabla 1).

5.- Evaluación de la calidad de los estudios.

Otros dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad de cada artículo seleccionado. Los desacuerdos fueron discutidos con el quinto revisor. Se valoró la calidad de los estudios según la lista de comprobación de la propuesta CONSORT (14) y la calidad de cada uno de los estudios según la plantilla de lectura crítica de OSTEBA (Servicio de Evaluación de Tecnologías del País Vasco) para series de casos (15).

RESULTADOS.

1.- Diagrama de flujo. La búsqueda electrónica identificó 22 referencias bibliográficas. Tras una primera selección por título y resumen, se identificaron 14 artículos por texto completo, de los que se excluyeron 4 por no cumplir el criterio de inclusión número 2, obteniendo un total de 10 artículos. Todos ellos estudios prospectivos y ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados de la búsqueda se detallan en la figura 2.

2.- Síntesis cualitativa.

Kaneko y cols. (1) realizaron un estudio prospectivo con el objetivo de investigar si la elevación de seno sin interposición de injerto utilizando un dispositivo de titanio para la fijación de hueso puede promover la formación de hueso en el seno. Para ello los autores realizaron un estudio sobre 11 pacientes, 4 hombres y 7 mujeres, y 21 implantes. Las complica-

ciones que se produjeron fueron 4 perforaciones de la membrana de Schneider y falta de estabilidad primaria en uno de los 21 implantes que durante la segunda fase se perdió.

Bensaha y cols. (2) publicaron un estudio clínico aleatorizado con el fin de evaluar la eficacia de la técnica de balón para la elevación de seno con abordaje crestal y observar la capacidad de esta técnica para reducir el riesgo de perforación de la membrana de Schneider en comparación con un enfoque lateral utilizando cirugía piezoeléctrica. Para ello se realizaron 50 elevaciones sinusales, dividiendo la población de estudio de manera aleatoria en dos grupos de 25 pacientes. Los autores observaron que se produjeron perforaciones de la membrana en el grupo control en 6 pacientes y ninguna en la técnica de estudio. En cuanto a otro tipo de complicaciones se observó 3 pacientes con hematoma en el grupo control.

Felice y cols. (3) desarrollaron un estudio clínico controlado y aleatorizado con el fin de comparar la eficacia de dos técnicas diferentes para la elevación de seno mediante la técnica lateral utilizando dos tipos de barreras: una barrera sintética reabsorbible (Inion) frente a hueso bovino particulado (Bio-Oss), para ello se realizó un estudio sobre 10 pacientes con atrofia maxilar bilateral y un hueso residual de 1 a 5mm, donde se practicaba cada técnica de manera aleatoria en un lado u otro. Las complicaciones producidas fueron 3 y todas ellas fueron la perforación de la membrana de Schneider.

Esposito y cols. (7) elaboraron un estudio controlado aleatorizado con el propósito de evaluar implantes de 6mm de largo por 4mm de ancho como alternativa a implantes de 10mm colocados en zonas donde se ha realizado un injerto. Para ello se realizó un estudio en 40 pacientes, 20 pacientes con atrofia mandibular bilateral y 20 pacientes con atrofia maxilar bilateral, con 5-7mm de altura en ambos casos. Se realizaron un total de 20 elevaciones sinusales con acceso lateral e inserción de hueso porcino con la colocación simultánea de los implantes. Las complicaciones producidas en este procedimiento fueron 4, y todas fueron la perforación de la membrana de Schneider.

Trombelli y cols. (8) publicaron un estudio clínico aleatorizado con el propósito de evaluar comparativamente la eficacia y la morbilidad postoperatoria de la ele-

vación de seno mediante la técnica cerrada combinado con el uso adicional de dos tipos de injerto. Para ello los autores realizaron elevaciones de seno en 30 pacientes de manera unilateral y de forma aleatoria se colocó hueso bovino desproteinizado en 15 pacientes o hidroxipatita sintética en una matriz de colágeno en otros 15 pacientes. Las complicaciones solo se produjeron en un paciente y fue la perforación de la membrana sinusal.

Felice y cols. (9) realizaron un estudio controlado aleatorizado con el propósito de evaluar la eficacia de implantes cortos (5mm por 8,5mm) como alternativa a implantes largos (11,5mm) colocados en maxilares atroficos con la realización de elevación sinusal con hueso autógeno de la cresta iliaca. Para ello se realizó un estudio en 28 pacientes con atrofia maxilar con una cresta residual de 5 a 9mm, en los que se establecieron dos grupos de estudio y de manera aleatoria se realizaron los dos tipos de intervención. Las complicaciones producidas en el procedimiento de elevación de seno se produjeron en dos pacientes, siendo un proceso infeccioso y un fracaso del implante.

Esposito y cols. (10) publicaron un estudio clínico aleatorizado con el objetivo de comparar la eficacia de dos técnicas diferentes para mantener el espacio en la elevación sinusal utilizando durante la técnica lateral una barrera sintética en bloque (grupo 1) frente a hueso bovino granulado (grupo 2). Para ello se recogieron 10 pacientes con edentulismo parcial bilateral con un hueso residual de 1 a 5mm de altura, a los que se practicó de manera aleatoria los diferentes injertos en cada lado. Las complicaciones producidas fueron 6, produciéndose un fallo del implante en una paciente, 3 perforaciones de membrana y 2 periimplantitis iatrogénicas.

Sammartino y cols. (11) desarrollaron un estudio controlado aleatorizado a triple ciego con el propósito de comparar los osteotomos impactados frente a los osteotomos roscados en la afectación del vértigo paroxístico posicional benigno tras la elevación de seno. Para ello los autores realizaron un ensayo controlado a tripe ciego en 196 pacientes, 107 hombres y 89 mujeres, con necesidad de elevación sinusal. Tras el procedimiento quirúrgico tres pacientes a los que se les practicó elevación sinusal con osteotomos impactados sufrieron vértigo paroxístico posicional benigno.

Cecchi y cols. (12) expusieron un estudio clínico aleatorizado con el objetivo

de comparar la efectividad de dos diferentes técnicas para la elevación de seno mediante abordaje crestal: la técnica de Summer frente a la técnica de Cosci. Para ello realizaron elevaciones de seno bilaterales en 15 pacientes con una altura de hueso residual de 4 a 7mm utilizando una técnica en cada lado. Se colocaron 19 implantes en cada técnica y no hubo fracaso implantológico. Las complicaciones producidas fueron una perforación de la membrana de Schneider en un caso.

Cannizaro y cols. (13) realizaron un estudio clínico controlado y aleatorizado con el propósito de evaluar la eficacia implantes de 10 a 16mm colocados en lechos con elevación sinusal mediante técnica lateral con la colocación de hueso autógeno particulado (50%) y Bio-Oss (50%), frente a la colocación de implantes de 8mm con elevación sinusal mediante abordaje crestal con la técnica de Cosci. Para ello realizaron un estudio con 40 pacientes con atrofia maxilar con un hueso residual de 3 a 6mm y se realizaron 2 grupos de trabajo: el grupo 1 recibió implantes de 10 a 16mm después de la realización de la elevación sinusal y colocación de injerto y el otro grupo recibió implantes de 8mm con la realización de la técnica de Cosci. Tras la realización de la cirugía, en 3 pacientes del grupo 2 no se obtuvo estabilidad primaria, sin embargo se pudieron colocar implantes de rescate. Un implante fracasó en el grupo 2 y 5 implantes en 3 pacientes del grupo 1. En el grupo uno se produjo un absceso y una sinusitis, por lo que fracasó el tratamiento de estos pacientes.

A modo de resumen, la presente revisión registró un total de 410 pacientes donde se realizaron 445 elevaciones de seno, 144 mediante la técnica lateral y 301 mediante la técnica crestal. Las complicaciones producidas fueron la perforación de la membrana sinusal, el fracaso del implante, accidentes infecciosos y vértigo paroxístico posicional benigno.

Como se puede observar en la tabla 1, de las 144 intervenciones mediante la técnica lateral se produjeron un total de 28 complicaciones, 22 perforaciones de la membrana de Schneider, 3 fracasos de los implantes, 1 infección y dos periimplantitis. En el caso de la técnica crestal, de las 301 elevaciones sinusales, se registraron 5 complicaciones, dos casos de perforación de la membrana sinusal y 3 pacientes con vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB).

DISCUSION

En el presente estudio se han evaluado las complicaciones producidas en la técnica de elevación sinusal mediante abordaje lateral y abordaje crestal.

Como hemos observado se producen mayor número de complicaciones en la técnica lateral que en la crestal, esto es debido a que cuanto más invasivo es el procedimiento más riesgo hay de que se produzcan complicaciones (13).

La perforación de la membrana es una complicación común, ocurriendo en el 10-35% de los casos (16) y según Wallace y cols (17) este riesgo se reduce a un 7% cuando la osteotomía se realiza con cirugía piezoeléctrica. Bensaha y cols (2), que hicieron un ensayo clínico comparando la técnica abierta y la cerrada, afirman que el procedimiento de infiltración crestal con balón es superior a la técnica lateral en cuanto a la perforación de la membrana, ya que la exposición de la membrana de Schneider durante la cirugía es mínima comparada con la gran superficie expuesta en la elevación lateral. Por otro lado, Hu X y cols (5) realizaron un ensayo clínico en 28 pacientes utilizando la técnica de balón y tuvieron dos casos con perforación de la membrana de Schneider. Cannizaro y cols (13), realizaron un estudio con 40 pacientes comparando la técnica lateral frente a la crestal y observaron mayor número de complicaciones en la técnica abierta.

En relación a la técnica cerrada, se ha descrito una complicación llamada vértigo paroxístico posicional benigno (VPPB), que se produce por la transmisión de las fuerzas de percusión ejercidas durante la preparación con osteotomos del lecho del implante, que son capaces de separar los otolitos de la capa otoconial de la mácula utricular, haciendo que floten en la endolinfa (18). Además, si la posición de la cabeza del paciente durante la cirugía está hiper-extendida y la frente inclinada hacia el lado donde está trabajando el cirujano, se favorece el desplazamiento de los otolitos. El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), se caracteriza por episodios recurrentes de vértigo asociado con nistagmo intenso, debido a las características anatómicas de la zona (17). Sammartino y cols (11) realizaron un ensayo clínico donde analizaban esta afectación y compararon la elevación de seno con técnica cerrada desarrollada con dos tipos de osteotomos para ver si tenía relación con el trauma producido por estos. En un grupo

de 98 pacientes se realizó la elevación de seno con osteotomos impactados y con el segundo grupo de 98 pacientes también se realizó la técnica con osteotomos roscados. El estudio concluyó que de los 196 pacientes apareció el VPPB en tres casos y en los tres se produjo con los osteotomos impactados.

A pesar de las complicaciones descritas en este trabajo, existe gran limitación para realizar una revisión bibliográfica con los estudios publicados ya que la mayoría de las investigaciones se centran en otros aspectos que no son las complicaciones exclusivamente, como es el caso Esposito y cols (7), Felice y cols (9), Cannizzaro y cols (13) que tienen como objetivo evaluar la eficacia de los implantes durante la realización de elevación sinusal. Otros estudios se centran en investigar la eficacia de utilizar un tipo de injerto u otro como es el caso de Trombelli y cols (8), Esposito y cols (10) y Felice y cols (3) o el caso de Kaneko y cols (1) que no utiliza ningún tipo de injerto para la realización de esta técnica. Los únicos trabajos publicados centrados en las complicaciones producidas en la realización de la técnica quirúrgica fueron los de Bensaha y cols (2) que tiene como objetivo estudiar la eficacia de la técnica de balón para la elevación de seno con abordaje crestal y observar la capacidad de esta técnica para reducir el riesgo de perforación de la membrana de Schneider en comparación con un enfoque lateral utilizando cirugía piezoeléctrica. También lo hacen estudios como el de Sammartino y cols (11) y Cecchi y cols (12), sin embargo estos estudios tienen una limitación, el estudio realizado por Sammartino (11) y cols se centran en estudiar una sola complicación, la del VPPB; y el estudio realizado por Cecchi y cols (12), tienen la limitación de no centrarse solo en las complicaciones, sino más bien en la eficacia de cada técnica. Por lo tanto, serían necesarios más estudios que comparen las diferentes técnicas de elevación sinusal en relación a las complicaciones intraoperatorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaneko T, Masuda I, Horie N, Shimoyama T. New bone formation in nongrafted sinus lifting with space-maintaining management: a novel technique using a titanium bone fixation device. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70:217-24.

2. Bensaha T. Evaluation of the capability of a new water lift system to reduce the risk of Schneiderian membrane perforation during sinus elevation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40:815-20.

3. Felice P, Scarano A, Pistilli R, Checchi L, Piattelli M, Pellegrino G, Esposito M. A comparison of two techniques to augment maxillary sinuses using the lateral window approach: rigid synthetic resorbable barriers versus anorganic bovine bone. Five-month post-loading clinical and histological results of a pilot randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol.* 2009;2:293-06.

4. Muroi M, Xu H, Shimizu Y, Ooya K. Simplified procedure for augmentation of the sinus floor using a haemostatic nasal balloon. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003;41:120-1.

5. Hu X, Lin Y, Metzmacher AR, Zhang Y. Sinus membrane lift using a water balloon followed by bone grafting and implant placement: a 28-case report. *Int J Prosthodont.* 2009;22:243-7.

6. Kfir E, Kfir V, Mijiritsky E, Rafaeloff R, Kaluski E. Minimally invasive antral membrane balloon elevation followed by maxillary bone augmentation and implant fixation. *J Oral Implantol.* 2006;32:26-33.

7. Esposito M, Cannizzaro G, Soardi E, Pistilli R, Piattelli M, Corvino V, Felice P. Posterior atrophic jaws rehabilitated with prostheses supported by 6 mm-long, 4 mm-wide implants or by longer implants in augmented bone. Preliminary results from a pilot randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2012;5:19-33.

8. Trombelli L, Franceschetti G, Rizzi A, Minenna P, Minenna L, Farina R. Minimally invasive transcresal sinus floor elevation with graft biomaterials. A randomized clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2012;23:424-32.

9. Felice P, Soardi E, Pellegrino G, Pistilli R, Marchetti C, Gessaroli M, Esposito M. Treatment of the atrophic edentulous maxilla: short implants versus bone augmentation for placing longer implants. Five-month post-loading results of a pilot randomised controlled trial. *Eur J Oral Implantol.* 2011;4:191-02.

10. Esposito M, Piattelli M, Pistilli R, Pellegrino G, Felice P. Sinus lift

with guided bone regeneration or anorganic bovine bone: 1-year post-loading results of a pilot randomised clinical trial. *Eur J Oral Implantol.* 2010;3:297-05.

11. Sammartino G, Mariniello M, Scaravilli MS. Benign paroxysmal positional vertigo following closed sinus floor elevation procedure: mallet osteotomes vs. screwable osteotomes. A triple blind randomized controlled trial. *Clin Oral Implants Res.* 2011;22:669-72.

12. Checchi L, Felice P, Antonini ES, Cosci F, Pellegrino G, Esposito M. Crestal sinus lift for implant rehabilitation: a randomised clinical trial comparing the Cosci and the Summers techniques. A preliminary report on complications and patient reference. *Eur J Oral Implantol.* 2010;3:221-32.

13. Cannizzaro G, Felice P, Leone M, Viola P, Esposito M. Early loading of implants in the atrophic posterior maxilla: lateral sinus lift with autogenous bone and Bio-Oss versus crestal mini sinus lift and 8-mm hydroxyapatite-coated implants. A randomised controlled clinical trial. *Eur J Oral Implantol.* 2009;2:25-38.

14. -Colin Begg, PhD, Mildred Cho, PhD, Susan Eastwood, ELS(D), Richard Horton, MB, David Moher, MS, Ingram Olkin, PhD, Roy Pitkin, MD, Drummond Rennie, MD, Kenneth F Schulz, PhD, David Simel, MD, Donna F Stroup, PhD. Mejora en la calidad de la presentación de los ensayos controlados y de asignación aleatoria. La declaración CONSORT. *Rev. Esp. Alergol Inmunol Clín.* 1998;13: 3,144-9.

15. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la lectura crítica y la síntesis de la evidencia científica. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Osteba Núm.* 2006/02.

16. Stricker A, Voss PJ, Gutwald R, Schramm A, Schmelzeisen R. Maxillary sinus floor augmentation with autogenous bone grafts to enable placement of SLA-surfaced implants: preliminary results after 15-40 months. *Clin Oral Implants Res* 2003;14:207-12.

17. Wallace SS, Mazor Z, Froum SJ, Cho S, Tarnow DP. Schneiderian membrane perforation rate during sinus

elevation using piezosurgery: clinical results of 100 consecutive cases. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2007; 27: 413-19.

18. Penarrocha M, Perez H, Garcia A, Guarinos J. Benign paroxysmal positional vertigo as a complication of osteotome expansion of the maxillary alveolar ridge. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:106-7.

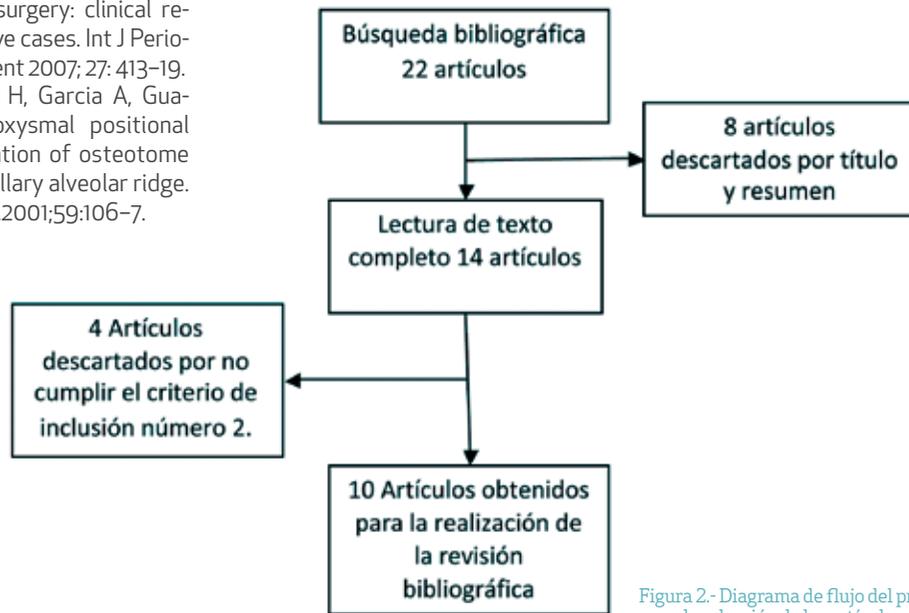


Figura 2.- Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos.

	P	E	HR	T	C	Tipo de estudio
Kaneco y cols (1)	11	11	4,7-1,4	Lateral	4 Perforación membrana	Estudio prospectivo
Bensaha y cols (2)	50	25	1,1	Lateral	6 Perforación membrana	ECA
		25	1,2	Crestal (balón)	0	ECA
Felice y cols(3)	10	20	1-5	Lateral	3 Perforación membrana	ECA
Esposito y cols (7)	20	20	5-7	Lateral	4 Perforación membrana	ECA
Trombelli y cols (8)	30	30	>=4	Crestal	1 Perforación membrana	ECA
Felice (9)	28	28	5-9	Lateral	0	ECA
Esposito y cols (10)	10	20	1-5	Lateral	3 Perforación	ECA
Sammartino y cols (11)	196	196		Crestal	3 Desprendimiento de otolitos	ECA
Checchi y cols (12)	15	30	4-7	Crestal	1 Perforación membrana	ECA
Cannizzaro y cols(13)	40	20	3-6	Lateral	2 Perforación membrana	ECA
		20	3,6	Crestal	0	ECA

TABLA 1.- Estudios incluidos para la revisión bibliográfica. P=Pacientes; E= número de Elevaciones; H.R.= Hueso Residual; T= Técnica; C= Complicaciones; T.E= Tipo de estudio; ECA= Ensayo clínico aleatorizado.

"Asigma cumple 20 años"

Estimados colegiados:

Queremos compartir con vosotros el 20 Aniversario de la creación de Asigma.

En junio de 1993 Asigma empezó su andadura como la primera UTPR de la Región de Murcia con la intención de prestar nuestros servicios de protección radiológica desde la cercanía. Durante este tiempo nuestra filosofía ha sido mejorar la calidad y seguridad en sus clínicas.

La experiencia adquirida en estos años nos ha permitido participar en Grupos de trabajo e investigación con diferentes Universidades, destacando la Universidad de Murcia. De esta colaboración se han obtenido interesantes mejoras en las clínicas respecto a la calidad diagnóstica y protección para sus pacientes.

Este compromiso con la mejora continua de la protección radiológica de las clínicas se ha conseguido desde el asesoramiento inicial en el diseño de las salas, la formación de los profesionales y el trabajo cotidiano.

Con todo ello hemos conseguido una optimización de las dosis de radiación de los trabajadores, pacientes y público en su conjunto.

Esto no lo podríamos haber conseguido sin vuestro apoyo. Muchas gracias por confiar en nosotros y esperemos poder celebrar los 25 años nuevamente juntos.

Saludos cordiales,

Esteban Velasco
UTPR ASIGMA

20 años de servicio y calidad

UNIDAD TÉCNICA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (UTPR):

- DISEÑO DE INSTALACIONES DE RAYOS X MÉDICOS.
- INSCRIPCIÓN DE INSTALACIONES DE RAYOS X EN EL REGISTRO DE INDUSTRIA.
- CONTROL DE CALIDAD Y VIGILANCIA DE LOS NIVELES DE RADIACIÓN PERIÓDICOS DEL EQUIPAMIENTO.
- PROGRAMA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD.
- VERIFICACIÓN DE DOSIS IMPARTIDAS A PACIENTES.
- ASESORAMIENTO EN MATERIA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

FORMACIÓN:

- CURSOS PARA LA ACREDITACIÓN DE DIRECTORES Y OPERADORES DE INSTALACIONES DE RAYOS X.
- CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUADA EN MATERIA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.
- CURSOS DE ENSAYOS NO DESTRUCTIVOS.

GARANTÍA DE CALIDAD INDUSTRIAL:

- ENSAYOS NO DESTRUCTIVOS (ULTRASONIDOS, PARTÍCULAS MAGNÉTICAS, LÍQUIDOS PENETRANTES E INSPECCIÓN VISUAL).
- ORGANISMO DE CONTROL AUTORIZADO Y ENTIDAD DE INSPECCIÓN.
- INSPECCIÓN DE BUQUES.

INFORMACIÓN DESTACADA DE ASIGMA:

- Miembros de la Sociedad Española de Protección Radiológica (SEPR).
- Miembros de la Asociación Española de Ensayos No Destructivos (AEND).
- Integrantes de grupos de trabajo e investigación de la Universidad de Murcia y de la Universidad Rovira i Virgili.
- Co-autores de publicaciones nacionales e internacionales relacionadas con la Protección Radiológica.
- Co-autores en libros divulgativos en materia de protección radiológica.



NO DUDE EN CONSULTARNOS:



Avda. de Venecia nº 21, Bajo E • Poligono Residencial Santa Ana • 30319 Cartagena • Murcia
Tel.: 968 50 10 00 • Fax: 968 50 10 26 • www.asigma.es • info@asigma.es

II Simposio MIS[®] IBERICA

Soluciones Estéticas en Implantología



26 de Abril de 2013

ALICANTE

Presidente

Dr. Calvo Guirado, Jose Luis

Ponentes

Dr. Canto Navés, Oriol

Dra. Lerner, Henriette

Dr. López Vilagrán, Jesús

Dr. Martí Pagés, Carles

Dr. Medina Gálvez, Raúl

Dr. Rover Moroni, Alejandro

Dr. Tomas Bueno, Joan

Dr. Valdés Beltrán, Andrés

Dr. Vericat Queralp, Albert

Sede

Auditorio de la Diputación de Alicante
Paseo de Campoamor s/n
03010 Alicante

Les Esperamos!



MIS Ibérica:

Carmen Espigarés: 687 083 728 - 93 512 24 57 - 93 211 49 84
inscripciones@misiberica.com - www.misiberica.com



Universidad de Ciencias Médicas. "Dr. Serafín Ruiz de Zárate".

Villa Clara, Cuba / Facultad de Estomatología / Cátedra Cirugía Maxilofacial

Comportamiento clínico y hereditario de un grupo de pacientes con anomalías dentarias. "Clinical and hereditary behavior of a group of patient with dental anomalies".

Autores:

- Reinaldo Alain Rivas de Armas*
- Liu Barrios Cañizares**
- Maritza Canto Pérez***
- Manuela Herrera****
- † Julio Roberto Cárdenas Pérez*****

* Especialista de 2^{do} grado en Cirugía Maxilo Facial. MSc. Educación Médica. Profesor Auxiliar. Fac. de Estomatología. Dir. Postal Institucional: Carretera de acueducto y Circunvalación. Sta Clara. CP. 50100. Villa Clara. Cuba. Tel. Instit. 272145 Tel. Part. 291284. Email: reinaldora@ucm.vcl.sld.cu.

** Especialista de 1^{er} grado en Estomatología General Integral. Residente Periodoncia. Fac. Estomatología.

*** Especialista de 1^{er} grado en Cirugía Maxilo Facial. MSc. Educación Médica. Profesor Auxiliar. Fac. Estomatología.

**** Profesora Titular. Especialista de Genética. Fac. Medicina.

***** Profesor Titular. Especialista en Estadística y Econometría. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Facultad de Ciencias Económicas.

RESUMEN

Con el objetivo de describir el comportamiento clínico y hereditario de un grupo de pacientes portadores de anomalías de número, forma y tamaño de los dientes, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a pacientes usuarios de los servicios de las Consultas de Ortodoncia de la Clínica de Especialidades Docentes, el Policlínico José Ramón León Acosta y la Consulta de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba; en el período comprendido de diciembre del 2011 a marzo de 2012. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria según criterios, quedando constituida por 25 pacientes, a quienes se les confeccionó Historia Clínica, luego de conocer su disposición para participar en el estudio. Se exploraron variables como: edad, sexo, tipos de anomalías dentarias, antecedentes patológicos personales, patrones de

transmisión hereditaria entre otros. Al describir la presencia de estas anomalías en la muestra se observa un predominio de las de número, se asociaron diferentes alergias en más de la mitad de los pacientes estudiados y el probable patrón de transmisión hereditaria que se presentó en la mayoría de los casos con aglomeración familiar fue monogénico con Herencia autosómica Dominante.

PALABRAS CLAVES: Anomalías / Dentarias / Herencia Autosómica Dominante / Agenesia dental.

ABSTRACT:

With the objective of describing the clinical and hereditary behavior of a group of patients carrying dental anomalies in number, shape and size, a transversal descriptive study was carried out to patients who use the orthodontic services from the Specialty Teaching Clinic, the

José Ramón León Acosta Dental Clinic and the Oral and Maxillofacial Service from the Dentistry Faculty of the University of Medical Sciences of Villa Clara, Cuba in the period from December 2011 to March 2012. The sample was randomly selected, being constituted by 25 patients to whom the dental clinical history was made, after knowing their disposition to participate in the study. Variables as age, sex, types of dental anomalies, personal pathological history, and patterns of hereditary transmission among others were explored. When describing the presence of these anomalies in the sample, a prevalence of those of number is observed. Different allergies in more than half of the studied patients were associated and the probable pattern of hereditary transmission presented in most of the cases with family agglomeration was monogenic dominant autonomous inheritance.

KEY WORDS:

Dental Anomalies / Dominant Autonomous Inheritance / dental agenesis.

INTRODUCCIÓN

Los dientes humanos derivan de dos de las capas germinales primitivas: del ectodermo (ameloblastos) y del mesodermo, con una contribución importante de la cresta neural (odontoblastos, cementoblastos y fibroblastos). Durante los procesos del crecimiento y desarrollo en el ser humano existe una vulnerabilidad a la aparición de un alto número de malformaciones entre las que se destacan las dentomaxilo faciales y dentro de ellas las anomalías de los dientes.⁽¹⁾

Varios sistemas se han propuesto para clasificar las anomalías dentarias, algunos autores separan la anatomía del diente y sus estructuras de sostén en los tejidos que la componen (esmalte, dentina, cemento y pulpa) los que pueden reflejar alteraciones generalizadas o específicas del desarrollo y otros las ordenan en anomalías de número, tamaño, forma, estructura y color. Lo cierto es que existe mucha variabilidad al clasificarlas y reportarlas en los diferentes estudios a nivel nacional e internacional.⁽²⁻⁴⁾ Clásicamente dentro de los factores propuestos como causales para estas anomalías se encuentran: los traumas, infecciones durante el desarrollo dental, sobredosis de radiación, disfunción glandular, raquitismo, sífilis, sarampión durante el embarazo y disturbios intrauterinos severos. Los factores más comunes asociados son: evolutivos en general y hereditarios en particular; resultado de una o más mutaciones puntuales en un sistema poligénico ligado cerrado, más a menudo transmitidas con un patrón autosómico dominante.⁽³⁾

Por otro lado el ambicioso Proyecto del Genoma Humano iniciado oficialmente el 3 de octubre de 1990 en Estados Unidos de América, con la participación de otros países como Francia, Japón, Canadá, Alemania, Brasil, entre otros, anunció en el año 2003 el completamiento de la secuenciación del 99% de los fragmentos de DNA del genoma en el hombre.⁽⁵⁻⁷⁾

En la esfera odontológica las potencialidades de este proyecto son enormes y se está propiciando una transición de una Odontología Clínico-Restauradora a una Odontología Molecular⁽⁷⁾. Actualmente este desarrollo se ha dado en llamar "la Era de Oro de la salud oral molecular"^(5,7) En la actualidad se han abierto nuevos horizontes en cuanto al entendimiento del control genético en la morfogénesis dental, se

conoce recientemente la identificación de genes, cuyas mutaciones causan hipodoncia y otras anomalías dentarias^(5,8-10). Por todo lo anterior sin esperar a que los profesionales propios de la estomatología y los futuros graduados se conviertan en genetistas moleculares, si se debe lograr que ellos sean capaces de aplicar apropiadamente las nuevas tecnologías que tendrán disponibles en este campo. En este sentido el enfoque multidisciplinario de las alteraciones bucales es la clave de este objetivo.⁽¹¹⁾

En la arista investigativa el uso de los estudios de genética aplicados a la estomatología han establecido la relación entre determinadas mutaciones genéticas con agenesias dentarias familiares, asociadas a poliposis o neoplasias colo-rectales, a hipercolesterolemia familiar y alergias, entre otras patologías; formulando nuevas interrogantes sobre la correlación entre las anomalías dentarias y estas enfermedades sistémicas.⁽¹¹⁻¹³⁾

La afluencia de pacientes con anomalías dentarias fundamentalmente de número y tamaño de los dientes en las consultas externas de Cirugía Maxilofacial, Ortodoncia y Estomatología General Integral, fue la motivación para la realización de la presente investigación cuyo propósito fundamental fue describir el comportamiento clínico y hereditario de un grupo de pacientes portadores de estos desórdenes en nuestro medio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, aplicando metodología cuantitativa, con un grupo de pacientes y sus familias portadores de anomalías dentarias de número, forma y tamaño usuarios de los servicios de las Consulta de Ortodoncia de la Clínica de Especialidades Docentes, el Policlínico José Ramón León Acosta y el Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba; en el período comprendido de diciembre del 2011 a marzo de 2012.

Se trabajó con una muestra de 25 pacientes seleccionada de forma simple aleatoria a partir de los criterios de inclusión y exclusión determinados; no se define un universo porque en esta investigación el mismo es infinito numerable (no se conoce la totalidad de los pacientes con anomalías dentarias que asisten a estas consultas). La recolección de los datos se realizó mediante una ficha de registro durante la confección de la historia clínica en los casos de primera consulta ó mediante la revisión y el interrogatorio en consultas de seguimiento.

Criterios de Inclusión:

- Voluntariedad de participar en el estudio expresada por los pacientes y/o familiares.
- Poder recoger evidencia clínica y/o radiográfica de ser portador de alguna anomalía dentaria de número, forma o tamaño de los dientes.
- Ser residentes - las generaciones cercanas relacionadas - en lugares accesibles a visitar por parte de los autores.

Criterios de Exclusión:

- No expresar disposición de participar en el estudio.
- Limitaciones mentales que impidan la exploración y comunicación.
- No poder recoger evidencia clínica y/o radiográfica de la anomalía sospecha.
- Padecer de algún Síndrome craneofacial.
- Ser residentes - las generaciones cercanas relacionadas - en lugares inaccesibles a visitar por parte de los autores.

Criterios de salida:

- Negación a continuar en el estudio por parte de los pacientes y/o familiares.
- La recolección de los diferentes datos fue realizada por los autores del trabajo en las consultas y en visitas de terreno a las residencias de aquellos pacientes que refirieron evidencia de ser portadores de alguna anomalía estudiada. Para el examen bucal se utilizó espejo bucal plano, pinza y explorador, en ambiente de luz artificial o natural.

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos fue realizado con las nuevas tecnologías de información, en particular, para el proceso de preparación de la información se utilizó Microsoft Excel en su versión de Windows XP. Posteriormente, esta información fue trasladada para ser procesada estadísticamente para el procesador de datos sociales conocido mundialmente como SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 15.0 en Español.

En los test utilizados en la investigación existen variables de dos niveles de medición, discretas nominales y ordinales, por lo que se consideran variables categóricas. En este caso, los procedimientos implementados en el SPSS permitieron a los autores de este trabajo, obtener tablas de distribuciones de frecuencias por cada uno de ítems de los diferentes test utilizados en la investigación. El estadístico V de Cramer's se realizó con vistas a que pueda ser utilizado por investigaciones posteriores de modo que se permita hacer comparaciones entre dos momentos diferentes donde sean cruzadas variables iguales.

En este caso como en otros, la distribución de los datos cruzados no permite llegar siempre a frecuencias esperadas superiores a 5 por combinación de celdas, en situaciones como esta es preferible prescindir de los estadísticos asociados a la tabla cruzada y usar la misma solamente desde el punto de vista descriptivo, ya que la significación de los mismos resultan poco confiables.

• Consideraciones Bioéticas.

El equipo investigador y los pacientes.

El compromiso fundamental como profesionales de la salud siempre estará dirigido hacia el bienestar y lo que mejor le convenga al paciente, independientemente del trabajo que se proyectó en la investigación.

Inicio y suspensión de la relación con los pacientes.

La relación individual profesional-paciente se formará sobre las bases de un mutuo acuerdo sobre la atención médica para el paciente, congeniando las expectativas e inquietudes de ambos.

Confidencialidad

Se considerará inadmisibles que el personal técnico o profesional hable en lugares públicos sobre los problemas de un paciente identificado.

Revelación de la información

La información sobre la alteración detectada en cada paciente se deberá dar a conocer en términos de que el paciente pueda entender. Mostrando sensibilidad a las reacciones del mismo.

Consentimiento informado

El consentimiento informado explícito y por escrito del paciente nos permitió suministrar la atención. Debemos proporcionar suficiente información como para permitir al paciente tomar una decisión con conocimiento de causa sobre cómo proceder.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- **Sexo:** Masculino y Femenino. Según género de pertenencia.

- **Edad.** La edad del individuo. Edad en años cumplidos.

- Pruebas diagnósticas utilizadas:

Rx Periapical y Rx Panorámico. Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica.

- Antecedentes Patológicos Personales:

Trastornos digestivos, Alteraciones metabólicas, Alergias: Ambientales, Farmacológicas, Problemas congénitos, Otros.

Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica.

- Anomalías dentarias de número. Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica

Por defecto:

1. Anodoncia: ausencia de todos los elementos dentarios

- Agenodoncia: ausencia de todos los dientes temporales

- Ablastodoncia: ausencia de todos los dientes permanentes

2. Oligodoncia: presencia de un número de piezas dentales menor que la mitad de los que fisiológicamente deben existir.

- Oligogenodoncia: presencia de un número de dientes temporales igual o menor de 10

- Oligoblastodoncia: presencia de un número de piezas dentales permanentes igual o inferior a 16

3. Hipodoncia: ausencia de algún elemento dentario que aparece clínicamente en las arcadas, más de la mitad de los dientes

- Atelogenodoncia: presencia de un número de dientes temporales superior a 10

- Ateloblastodoncia: presencia de un número de dientes permanentes superior a 16.

Por exceso:

1. Dientes suplementarios: dientes extras con morfología que imitan la anatomía normal a modo de espejo.

2. Dientes rudimentarios: dientes dismórficos con formas atípicas

3. Molares supernumerarios: representan una forma rara de hiperdoncia, básicamente se manifiestan bajo dos formas clínicas:

1. Paramolares (dientes microdónticos en situación vestibular o interdental)

2. Distomolar (de morfología variable, por distal del tercer molar bajo la forma de un cuarto molar o incluso de quinto molar)

- Anomalías dentarias de Tamaño. Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica

1. Macrodoncia

2. Microdoncia

3. Gemelación.

4. Fusión.

- Anomalías dentarias de forma. Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica.

1. Cúspides y tubérculos accesorios.

2. Dens in dente.

3. Taurodontismo.

- Otras anomalías dentarias. Mediante la revisión y-o confección de la Historia Clínica.

1. Transposición dentaria

2. Apiñamiento dentario.

3. Rotaciones dentarias.

4. Mordidas cruzadas.

- Formas de transmisión hereditaria

1. No aglomeración familiar.

2. Aglomeración familiar

3. Herencia Monogénica:

a) Patrón Autosómico dominante

b) Patrón Autosómico recesivo.

c) Patrón dominante ligado al sexo.

d) Patrón recesivo ligado al sexo.

Mediante la revisión y-o confección los árboles genealógicos de los pacientes con antecedentes de anomalías.

RESULTADOS

Como descripción demográfica de los veinte y cinco pacientes participantes del estudio según los criterios de selección, se señala que la edad media de ellos fue de 19,9 años y se distribuyeron por grupos de edades según se observa a continuación en la Tabla 1:

Tabla 1. Composición de la muestra por Sexo y Edad. 3 Clínicas Estomatológicas. Santa Clara. Dic-2011/Marzo 2012

Grupos de edades	SEXO						Total	
	Femenino			Masculino				
	Obs	%Fil	%Col	Obs	%Fil	%Col	Obs	%Col
<14	2	18,2	18,2	9	81,8	64,3	11	44,0
15 a 30	7	58,3	63,6	5	41,7	35,7	12	48,0
>30	2	100,0	18,2				2	8,0
Total	11	44,0	100,0	14	56,0	100,0	25	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Finalmente en los veinte y cinco pacientes se presentaron 26 Anomalías numéricas (A.N), de ellas 19 por defecto y 7 por exceso. Las de tamaño y las de forma se presentaron en sólo 3 y 2 pacientes respectivamente. Todas las A.N por defecto se clasificaron como Oligodoncias, de ellas predominaron las de Incisivos laterales superiores (ILS) derechos (8) e Izquierdos (7); seguidas del tercer molar y segundo premolar inferiores derechos (5 de cada uno) y segundo premolar superior derecho (4).

La hiperdoncia se presentó con 4 mesiodens. De ellos, 2 duplicados en dos de los cuatro pacientes, 2 distomolares superiores derecho e izquierdo y 1 diente rudimentario tuberculado en línea media inferior.

En relación a esta distribución de las anomalías es interesante evidenciar que: existió un paciente en el que coincidieron anomalías de número por defecto y por exceso. También existieron asociaciones entre las anomalías de defecto con las de tamaño así como con las de forma; en 2 pacientes respectivamente. No existió coincidencia entre la presencia de anomalías de tamaño y las de forma.

Se detectó un paciente con oligodoncia en un ILS derecho permanente cuya dentición temporal se caracterizó por un patrón conoide en sus incisivos superiores e inferiores.

Solamente en una paciente se presentó un caso infrecuente de asociación de oligodoncia de 15, 16 y 48 con transposición dentaria de 13 x 14. En este sentido no se apreció vínculo con otras anomalías de posición.

En cuanto a la asociación con enfermedades sistémicas no se logró identificar una relación con enfermedades digestivas o metabólicas u otros defectos congénitos, salvo en excepciones.

A continuación en la Tabla 2 se muestran los pacientes portadores de anomalías dentarias con diferentes tipos de alergias por grupos de edades.

En el caso de las alergias los resultados son más relevantes pues del total general de 25 pacientes; en 13 de ellos (52%) se presentaron antecedentes alérgicos de diferentes tipos (Ambientales-Asma y Farmacológicos), lo que se plasmó en el Gráfico No. 1 para su mejor comprensión.

De los 13 pacientes con manifestaciones alérgicas, en 10 se presentaron anomalías de número por defecto, en 3 anomalías de número por exceso y en 2 de ellos se asociaron anomalías de tamaño.

Al describir el comportamiento hereditario de los pacientes de la muestra es necesario apuntar que en 9 pacientes no se demostró aglomeración familiar; por lo que la aparición

Tabla 2. Pacientes Portadores de Anomalías Dentarias por tipos de Alergia y Grupos de edades. 3 Clínicas Estomatológicas. Santa Clara. Dic-2011/Marzo 2012

Grupos de edades	Alergias Farmacológicas	Alergias Ambientales
<14	-	Ambiental
<14	-	Asma
<14	-	Ambiental
<14	-	Ambiental
<14	Sulfaprín	-
15 a 30	Aminofilina	Asma
15 a 30	Penicilina	-
15 a 30	Penicilina	-
15 a 30	-	Ambiental
15 a 30	Aspirina	-
15 a 30	Penicilina	-
15 a 30	Penicilina	Asma
>30	Penicilina	Ambiental
Total	8	8

Fuente: Ficha de recolección de datos.

de las anomalías dentarias que se analizan en el 36% de los pacientes estudiados se considera de forma esporádica.

Por otra parte ocurrió la aparición de las anomalías estudiadas (con aglomeración familiar demostrada) en 16 pacientes, para un 64 % de los analizados.

Los resultados apuntan a considerar una posible presencia de genes bialélicos con un posible Patrón de Herencia Monogénico (en 15 de los pacientes), lo que no excluye la posibilidad de herencia multifactorial asociada pues las características del estudio no permiten determinarlo. En 1 paciente quedó

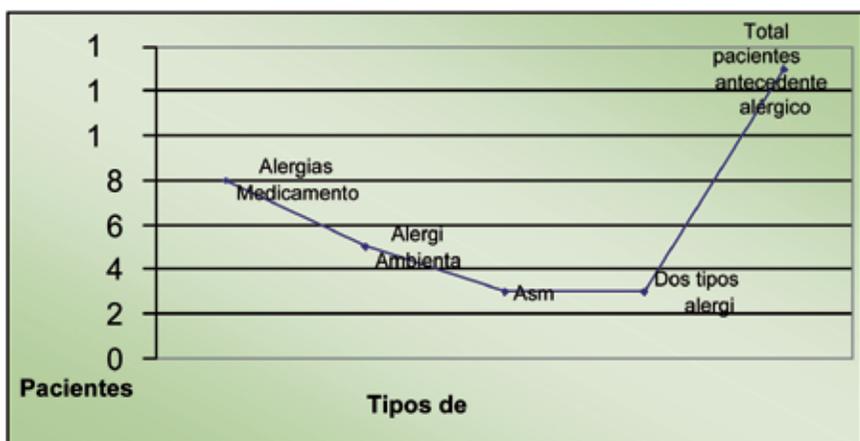
demostrada aglomeración familiar, pero no fue posible determinar transmisión monogénica por falta de detalles genealógicos.

Dentro de este conocido patrón de transmisión hereditaria se encuentran diferentes modalidades relacionadas con un tipo de Herencia Autosómica Dominante (HAD) en la totalidad de los pacientes en donde se determinó posible patrón (15 pacientes).

Al estudiar los resultados plasmados en la Tabla 3 se pueden considerar otras cuestiones relacionadas con la presentación esporádica o hereditaria de la muestra:

Al asociar los probables tipos de patrones

Gráfico Nº 1. Pacientes portadores de anomalías dentarias con manifestaciones alérgicas. 3 Clínicas Estomatológicas. Santa Clara. Dic-2011/Marzo 2012



Fuente: Ficha de recolección de datos.

de transmisión hereditaria en los pacientes con el tipo de anomalía dentaria no se encontró una asociación significativa entre ellos desde el punto de vista estadístico, pero al considerar el tamaño de la muestra resulta novedoso observar estas asociaciones desde el punto de vista clínico-genético, lo cual se intenta representar en Tabla 4.

El tipo de herencia autosómica dominante con penetrancia reducida (se relacionó con 11 anomalías dentarias) y el Patrón monogénico de Herencia Autosómica Dominante (se relacionó con 8 anomalías dentarias) fueron las variantes más frecuentes. Se presentaron estos patrones en 7 pacientes cada uno de ellos respectivamente.

DISCUSION

En el estudio realizado 11 pacientes (44%) pertenecían al sexo femenino y 14 pacientes (56%) al masculino. Esta relación no es significativa para establecer comparaciones con otras investigaciones donde el tamaño de su muestra es mucho mayor; a pesar de esto se puede referir que la mayoría de la literatura científica revisada coincide en que no existe predominio de sexo, sin embargo es consenso generalizado que en las de número por defecto predominan las mujeres. (13-15)

La edad media de los pacientes fue de 19,9 años, resultó que el 44% de la muestra se encontraba por debajo de los 14 años de edad y el 48% entre los 15 y 30 años, lo que coincide con otros estudios realizados donde el diagnóstico de las anomalías dentarias se realiza en edades tempranas de la vida (16, 17), por lo que la puesta en práctica de estrategias preventivas y diagnósticas desde la atención primaria de salud en estomatología resultaría más conveniente pues los tratamientos son costosos y muchas veces con secuelas para el paciente.

Las A.D que exhibieron predominio en la muestra fueron las de número. Dentro de ellas predominaron las agenesias en 19 pacientes para un 76%, todas ellas fueron calificadas como oligodoncias pues en ningún caso los dientes ausentes fueron mayores que la mitad de los que fisiológicamente deben existir, este concepto se asume en la investigación reflejado en el material y método siguiendo los postulados de la propuesta de Caprioglio (1998) (1). Los resultados coinciden con otras investigaciones donde queda demostrado el predominio de las anomalías numéricas por defecto de una u otra categoría. (2, 11, 14, 18)

La literatura revisada muestra como los incisivos laterales superiores ocupan el tercer lugar en frecuencia de presentación de los

Tabla 3. Comportamiento Esporádico y Hereditario de los pacientes con anomalías dentarias. 3 Clínicas Estomatológicas. Santa Clara. Dic-2007/Marzo 2008

Categoría	Obs	%	% Acumulado
No aglomeración familiar	9	36,0	36,0
Aglomeración sin definir patrón	1	4,0	40,0
Patrón monogénico HAD expresividad variable	1	4,0	44,0
Patrón Monogénico HAD penetrancia reducida	7	28,0	72,0
Patrón Monogénico HAD probable	7	28,0	100,0
Total	25	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 4. Patrones de Trasmisión Hereditaria por tipos de anomalías dentarias. 3 Clínicas Estomatológicas. Santa Clara. Dic-2011/Marzo 2012

Patron de Herencia	A.N Defecto	A.N Exceso	A. Tamaño	A. Forma
Patrón monogénico HAD expresividad variable	1	-	-	-
Patrón Monogénico HAD penetrancia reducida	5	3	2	1
Patrón Monogénico HAD	6	1	1	
Total	12	4	3	1

Fuente: Ficha de recolección de datos.

dientes ausentes en la mayoría de las series, superados sólo por los terceros molares y segundo premolares inferiores. Aunque las variaciones de los resultados del estudio no se alejan de los recogidos en importantes estudios es conveniente señalar como los últimos dientes de la serie tienden desaparecer. (2, 11, 14, 18)

Los análisis de las anomalías numéricas por exceso son menos frecuentes en la literatura y sus resultados son más variables que en el caso de las agenesias. (14, 19)

La presencia de supernumerarios también ha sido evaluada como predominante en el estudio de Thongudomporn y Freer, donde junto con la invaginación dental y las raíces cortas fue una de las anomalías dentarias mayormente encontradas. (19)

En otro estudio realizado en Bogotá por Thilander y col. (20) se obtuvo como resultado que de 4724 niños examinados el 3,2% tenía ausencia congénita de algún diente exceptuando el 3er molar y fue más común la agenesia del 2do premolar inferior (0,9%). La presencia de supernumerarios fue de 1,8%, casi todos mesiodens. La morfología dental estuvo afectada en 6,5%, prevaleciendo la microdoncia del Incisivo lateral superior.

También existieron asociaciones entre las anomalías de defecto con las de tamaño así como con las de forma; en 2 pacientes respectivamente.

No existió coincidencia entre la presencia de anomalías de tamaño y las de forma; solamente un paciente presentó la combinación de anomalías numéricas por exceso y defecto, explicada anteriormente. En relación a este aspecto no se coincide con otras investigaciones donde sí se asocian estas anomalías en mayores porcentajes (21, 22). Al respecto la consideración de los autores es que esto pudiera estar influido por el tamaño de la muestra que no es probabilística. Solamente en una paciente del presente estudio se presentó un caso poco frecuente de asociación de oligodoncia de 15, 16 y 48 con transposición dentaria de 13 x 14. Aunque otros trabajos si reflejan la relación entre estas anomalías. (4, 16, 23)

No se logró identificar en el estudio una relación directa entre las anomalías dentarias con enfermedades digestivas o metabólicas u otros defectos congénitos, salvo en una excepción con gastritis y úlcera gástrica. Sin embargo otros estudios recientes han establecido la relación entre determinadas

mutaciones genéticas con agenesias dentarias familiares, asociadas a poliposis o neoplasias colo-rectales, a hipercolesterolemia familiar y alergias, entre otras patologías. (18,24)

Recientemente un grupo de investigadores finlandeses reportaron el descubrimiento de una larga familia con predisposición al cáncer de colon y a una rara malformación dental congénita. Ellos describen la causa como una mutación específica de un gen llamado AXIN2 el cual se expresa selectivamente en ciertos tipos de órganos y también juega un papel regulatorio en la homeostasia celular. En esencia la mutación ocasiona una afectación en el desarrollo dental temprano y luego contribuye al surgimiento de pólipos y eventualmente cáncer en el colon.(25)

Se logró asociar un probable patrón de transmisión hereditaria monogénico del tipo HAD con algunas variaciones, en 15 pacientes. Estos resultados coinciden con otras investigaciones revisadas donde los factores más comunes asociados a la aparición de las anomalías son: resultado de una o más mutaciones puntuales en un sistema poligénico ligado cerrado, más a menudo transmitidas con un patrón autosómico dominante.(17) Un gran número de estudios recientes han reforzado las teorías sobre la base genética de la agenesia dental, proponiendo un patrón de herencia autosómico dominante con penetración incompleta y expresión variable.(26-29)

En el caso de las anomalías de número pueden encontrarse asociada a otras entidades nosológicas, como son el Síndrome de Down, Apert y la Displasia Ectodérmica, o bien presentarse de forma aislada.(11, 30, 31) La agenesia dental (Hipodoncia) es la malformación craneofacial más común, puede ocurrir asociada a otras anomalías del desarrollo (Sindrómica) o como una condición aislada (no Sindrómica). Con esta última dos genes han sido estrechamente relacionados: el PAX9 y el MSX1. La haploinfluencia de ellos está relacionada con las formas más severas de hipodoncia aunque las mutaciones puntuales pueden causar grados variables de severidad en la hipodoncia.(15, 32)

PAX9 pertenece a una familia de factores de transcripción que en los mamíferos tiene nueve miembros. Pax9 se expresa ampliamente en el mesénquima derivado de la cresta neural, involucrado en el desarrollo de las estructuras craneofaciales, incluidas las piezas dentarias.(33)

La expresión del gen MSX1, en 4p16.1, se observa en el mesénquima odontogénico desde muy temprano e inhibe la diferencia-

ción. Las mutaciones con pérdida de función permitirían a las células diferenciarse tempranamente y dejar de proliferar, con la consiguiente falla en la morfogénesis.(33)

MSX1 y PAX9 son genes que codifican para factores de transcripción que se expresan en el mesénquima después de la iniciación del desarrollo dental como respuesta a señales del epitelio. La agenesia de segundos premolares ha sido asociada con la mutación Arg31Pro del MSX1. Otra mutación (Ser105stop) en este mismo gen, se identifica con hipodoncia de premolares y fisura orofacial en algunos de los individuos de otra familia. Por otro lado, mutaciones en el gen PAX9: 219InsG exón 2, A340T exón 2 y 793InsC exón 4, se han relacionado con oligodoncia, involucrando en particular la agenesia de los molares, entre otros ejemplos. (17)

Recientes investigaciones demuestran la asociación entre Pax9 y Msx1 en una senda de la señalización que involucra Bmp4, la regulación de la expresión de esta proteína por dicha interacción determina la odontogénesis desde la fase de casquete hasta el brote.(8, 9, 34)

Los mecanismos de herencias que usualmente se presentan en los estudios relacionados son de forma autosómica dominante, con penetración incompleta y expresividad variable, patrones de herencia autosómico recesivo y ligado a X. Considerando lo recogido en la literatura y lo escaso de la muestra de esta investigación al parecer existe una coincidencia con este patrón.(13, 35, 36)

A manera de conclusiones se observó un predominio de las anomalías de número por defecto (Oligodoncias), sin diferencias en cuanto al sexo afectado en una muestra cuyo promedio de edad representa a los adultos jóvenes. Por otra parte más de la mitad de los pacientes estudiados con anomalías de los dientes presentaban algún tipo de alergia. La probabilidad de que se transmitan estas anomalías dentarias por un Patrón monogénico autosómico dominante se presentó casi en la totalidad de los pacientes portadores en los que se demostró agregación familiar.

Se recomienda ampliar la muestra a un mayor número de pacientes para poder aplicar métodos de estadística inferencial que permitan generalizar los resultados. De igual manera se debe estimular la realización de estudios multidisciplinarios en el campo de la Estomatología que se vinculen con la genética para fortalecer el conocimiento de la Biología Molecular aplicada a los problemas de salud bucal.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Julio Roberto Cárdenas Pérez in memoriam, sobresaliente profesional y excelente amigo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García BC. Anomalías de la dentición: Número, tamaño y forma. In: Odontopediatría. Barcelona: MASSON SA; 2001.p.53-84.
2. Gomes RR, da Fonseca JACa, Paula LM, Faber J, Acevedo AC. Prevalence of hypodontia in orthodontic patients in Brasilia, Brazil. The European Journal of Orthodontics June 1, 2010;32(3):302-6.doi:10.1093/ejo/cjp107.
3. Tan SPK, van Wijk AJ, Prah Andersen B. Severe hypodontia: identifying patterns of human tooth agenesis. The European Journal of Orthodontics April 1, 2011.doi:10.1093/ej;33(2):150-4.
4. Parkin N, Elcock C, Smith R, Griffin R, Brook A. The aetiology of hypodontia: the prevalence, severity and location of hypodontia within families. Archives Of Oral Biology [serial on the Internet]. (2009, Dec), [cited October 10, 2012]; 54 Suppl 1S52-S56. Available from: MEDLINE with Full Text.
5. Robinson WM, Borges-Osório MR. Genética para Odontología. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2006.
6. Cobourne MT, Sharpe PT. Diseases of the tooth: the genetic and molecular basis of inherited anomalies affecting the dentition. Wiley Interdisciplinary Reviews: Developmental Biology 2012;n/a-n/a.WIREs Dev Biol. doi:10.1002/wdev.66.
7. Ford P, Seymour G, Beeley J, Curro F, Depaola D, Claffey N, et al. Adapting to changes in molecular biosciences and technologies. European Journal Of Dental Education: Official Journal Of The Association For Dental Education In Europe [serial on the Internet]. (2008, Feb), [cited October 10, 2012]; 12 Suppl 140-47. Available from: MEDLINE with Full Text.
8. Arcuri C, Zito I, Santini F, Muzzi F, Pannetta V, Squitti R. Understanding the implications of the PAX9 gene in tooth development. European Journal Of Paediatric Dentistry: Official Journal Of European Academy Of Paediatric Dentistry [serial on the Internet]. (2011, Dec), [cited October 10, 2012]; 12(4): 245-248. Available from: MEDLINE with Full Text.
9. Nakatomi M, Wang X, Key D, Lund J,

- Turbe-Doan A, Peters H, et al. Genetic interactions between Pax9 and Msx1 regulate lip development and several stages of tooth morphogenesis. *Developmental Biology* [serial on the Internet]. (2010, Apr 15), [cited October 10, 2012]; 340(2): 438-449. Available from: MEDLINE with Full Text.
10. Rasool M, Schuster J, Aslam M, Tariq M, Ahmad I, Ali A, et al. A novel missense mutation in the *EDA* gene associated with X-linked recessive isolated hypodontia. *Journal of Human Genetics* 2008;53(10):894-8.
 11. Nieminen P. Genetic basis of tooth agenesis. *Journal of Experimental Zoology Part B: Molecular and Developmental Evolution* 2009;312B(4):320-42. *J. Exp. Zool.* 12B: -42. doi: 10.1002/jez.b.21277.
 12. Thakker N, Davies R, Horner K, Armstrong J, Clancy T, Guy S, et al. The dental phenotype in familial adenomatous polyposis: diagnostic application of a weighted scoring system for changes on dental panoramic radiographs. *J Med Genet.* 1995; 32(6): 458-64.
 13. Zhang J, Han D, Song S, Wang Y, Zhao H, Feng H, et al. Correlation between the phenotypes and genotypes of X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia and non-syndromic hypodontia caused by ectodysplasin-A mutations. *European Journal Of Medical Genetics* [serial on the Internet]. (2011, July), [cited October 10, 2012]; 54(4): e377-e382. Available from: MEDLINE with Full Text.
 14. Mirabella AD, Kokich VG, Rosa M. Analysis of crown widths in subjects with congenitally missing maxillary lateral incisors. *The European Journal of Orthodontics* September 12, 2011. doi:10.1093/ejo/cjr094.
 15. Lee W-C, Yamaguchi T, Watanabe C, Kawaguchi A, Takeda M, Kim Y-I, et al. Association of common PAX9 variants with permanent tooth size variation in non-syndromic East Asian populations. *J Hum Genet advance online publication* 19 July 2012; doi: 101038/jhg201290.
 16. Alaluusua S, Calderara P, Gerthoux PM, Lukinmaa PL, Kovero O, Needham L, et al. Developmental Dental Aberrations After the Dioxin Accident in Seveso. *Environ Health Perspect.* 2004 sep; 112(13): 1313-18.
 17. Briceño I, Berrocal MC, González OA, Gutiérrez SJ, Ordoñez A, Torres D. Análisis clínico y molecular de la hipodontia [monografía en Internet]. *Memorias V Encuentro de Investigación en Ciencias Básicas en Odontología Universidad Javeriana.* 2004 [citado 11 Ene 2008]. Disponible en: <http://encolombia.com/odontologia/investigaciones/memorias-Vencuentro.htm>.
 18. Flores-Mir C. More women in Europe and Australia have dental agenesis than their counterparts in North America. *Evidence-based dentistry.* 2005;6(1):22-3.
 19. Thongudomporn U, Freer TJ. Prevalence of dental anomalies in orthodontic patients. *Australian dental journal.* 1998;43(6):395-8.
 20. Thilander B, Pena L, Infante C, Parada SS, de Mayorga C. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in children and adolescents in Bogota, Colombia. An epidemiological study related to different stages of dental development. *European Journal of Orthodontics.* 2001 April 1;23:153-167.
 21. Mirabella AD, Kokich VG, Rosa M. Analysis of crown widths in subjects with congenitally missing maxillary lateral incisors. *Eur J Orthod* (2011) doi: 10.1093/ejo/cjr094. September 12, 2011. doi:10.1093/ejo/cjr094.
 22. Yilmaz HH, Türkkahraman H, Sayin MO. Prevalence of tooth transpositions and associated dental anomalies in a Turkish population. *Dento maxillo facial radiology.* 2005;34(1):32-5.
 23. Ely NJ, Sherriff M, Cobourne MT. Dental transposition as a disorder of genetic origin. *European journal of orthodontics.* 2006;28(2):145-51.
 24. Lammi LAS, Somer M, Jarvinen H, Lahermo P, Thesleff I, Pirinen SNP. Mutations in AXIN2 cause familial tooth agenesis and predispose to colorectal cancer. *Am J Genet.* 2004;74:1043-50.
 25. Longtin R. Chew on This: Mutation May Be Responsible for Tooth Loss, Colon Cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96(13): 987-9.
 26. Nieminen P. Genetic basis of tooth agenesis. *Journal Of Experimental Zoology. Part B, Molecular And Developmental Evolution* [serial on the Internet]. (2009, June 15), [cited October 10, 2012]; 312B(4): 320-342. Available from: MEDLINE with Full Text.
 27. Tan S, van Wijk A, Prah-Andersen B. Severe hypodontia: identifying patterns of human tooth agenesis. *European Journal Of Orthodontics* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited October 10, 2012]; 33(2): 150-154. Available from: MEDLINE with Full Text. .
 28. Letra A, Menezes R, Granjeiro J, Vieira A. AXIN2 and CDH1 polymorphisms, tooth agenesis, and oral clefts. *Birth Defects Research. Part A. Clin Mol Teratol.* 2009 feb; 85(2): 169-173. .
 29. Callahan N, Modesto A, Meira R, Seymen F, Patir A, Vieira A. Axis inhibition protein 2 (AXIN2) polymorphisms and tooth agenesis. *Arch Oral Biol* 2009 Jan; 54(1): 45-49.
 30. da Silva Dalben GT, Ribeiro Gomi-de M. Oral findings in patients with apert syndrome. *J Appl Oral Sci.* 2006;14(6):465-9.
 31. Diez Betancourt J, Cespedes Isis R, Alea Cardero A, García González B. Displasia ectodérmica: Presentación de un caso. *Rev Cubana Estomatol.* [serie en Internet]. 2005 [citado 07 Feb 2008]; 42(1): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol42_1_05/est11105.htm
 32. Palaskar J, Palaskar S, Bansal S, Ramamoorthi M. Esthetic management of a rare non-syndromic hypodontia case. *International Journal of Stomatology & Occlusion Medicine* 2010;3(4):204-7. DOI: 10.1007/s12548-011-0067-7
 33. Kolenc Fuse FJ. Agencias dentarias: en busca de las alteraciones genéticas responsables de la falta de desarrollo. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004; 9: 385-95.
 34. Lee W-C, Yamaguchi T, Watanabe C, Kawaguchi A, Takeda M, Kim Y-I, et al. Association of common PAX9 variants with permanent tooth size variation in non-syndromic East Asian populations. *J Hum Genet advance* 2012 doi: 101038/jhg201290.
 35. Cobourne MT, Sharpe PT. Diseases of the tooth: the genetic and molecular basis of inherited anomalies affecting the dentition. *WIREs Dev Biol* 2012 doi: 10.1002/wdev.66.
 36. Rasool M, Schuster J, Aslam M, Tariq M, Ahmad I, Baig S, et al. A novel missense mutation in the *EDA* gene associated with X-linked recessive isolated hypodontia. *Journal Of Human Genetics* [serial on the Internet]. (2008), [cited October 10, 2012]; 53(10): 894-898. Available from: MEDLINE with Full Text.

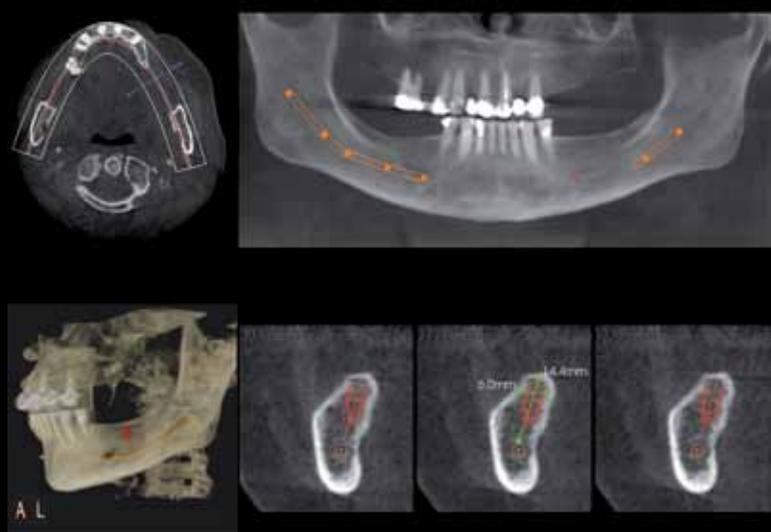
SCANERXDENT

Pza. Camachos, bajo, 1/30002 Murcia
Tel. 968 220 134
Supervisor RX/Director Joseba Sanz Santesteban.
Tel. 671 063 496
josebasanz1@hotmail.com

www.scanerxdent.es



ESCÁNER DENTAL 3D ORTOPANTOMOGRAFÍA DIGITAL 1:1 TELERRADIOGRAFÍA DIGITAL 1:1



CENTRO DE RADIOLOGÍA MAXILOFACIAL SCANERXDENT

¿Qué es ScanerxDent?

Es un Centro de Radiología Maxilofacial especializado en diagnóstico por imagen 2D y 3D.

El Escáner 3D cuenta con las más avanzadas tecnologías, una calidad radiológica no comparable con ninguna otra del mercado. El Supervisor del Centro Radiológico, **Joseba Sanz Santesteban**, trabaja en colaboración con el prestigioso Centro Radiológico del Dr. D. Gregorio Mayor Madrid.

Las principales ventajas para los profesionales médicos que los usan, ya sean Cirujanos Maxilofaciales, Odontólogos Ge-

nerales, Implantólogos, Ortodontistas, Periodoncistas y Endodontistas son de una superior calidad de imagen, versatilidad en la simulación de cirugías, clara visualización de nervios, cefalometrías y panorámicas a escala 1:1.

Cuenta con el mayor campo o dimensión longitudinal del mercado, favoreciendo la Cirugía Ortognática (derivados de los más prestigiosos Maxilofaciales y Ortodontistas de Murcia).

Cada profesional dispondrá del Software necesario para su visualización de imágenes; las imágenes serán siempre a escala real tanto en CD como en Placa.

SCANERXDENT

Software

Nuestro **Software** cuenta con un avanzado sistema de aplicaciones (medición, angulación, simulación de cirugía 3D y 2D, biblioteca de implantes (Zimmer, Bredent, Perdent, Nolbelguide...), es compatible con cualquier Software de cirugía guiada, archivos DICOM (Nolbelguide, Simplant, Facilitate, Perdent, Dolphin...) y con MAC (Osirix), siendo la Clínica Radiológica de referencia en Murcia para Simplant y Perdent.

Una de las características es la bajísima radiación que recibe el paciente, 80 veces menor que un TAC convencional; con menor tiempo de exposición se consigue



asimismo un menor movimiento del paciente y una mejor calidad radiológica.

Otra ventaja para los pacientes es que está preparado para poder atender a **personas discapacitadas** (usuarios de silla de ruedas...), puesto que es el Escáner el que se adapta a la posición del paciente, no como el resto de Escáner.

Como **gran novedad** dentro del campo de la Ortodoncia, ofrecemos un **nuevo servicio de trazados cefalométricos por ordenador** realizados en la misma clínica, **comparativas de ATM simples y completas**, volcados en los mejores y más sofisticados Software 3D. **La prueba se entregará**, si lo precisa el **Odontólogo/Estomatólogo**, con los **cortes de los nervios dentarios marcados en placa o CD**.

También se ofrece el servicio de **evaluación de Férulas Radiológicas de cirugías guiadas**, teniendo como referencia al laboratorio protésico Dental Román. Debemos **destacar la novedad de Fotos Digitales Intraorales y Extraorales para facilitar el trabajo del Ortodontista**. La información dirigida al Odontólogo/Estomatólogo está actualizada en todo momento ya que hemos trabajado en la mejora de nuestra página web (www.scanerxdent.es), **dando un servicio único de control remoto y asistencial durante las 24h**.

Para terminar, recordarles que la **prueba** siempre será **Bimaxilar** y el **Escáner postquirúrgico** y, éste último, si lo precisa el prescriptor, **no se le cobrará al paciente**.

Asimismo, estamos desarrollando el **Escáner Dental 3D** (en estrecha colaboración con el prestigioso especialista maxilofacial Dr. D. Jorge Calvo de Madrid) para realizar prótesis atornilladas o cementadas sobre implantes. Podemos desarrollar **prótesis inmediatas** provisionales de alta calidad...y también prótesis definitivas de ¡cualquier material! Además, en grandes reconstrucciones podemos explicar al dentista qué implante debe de atornillarse antes para la pasivación de las estructuras metálicas.

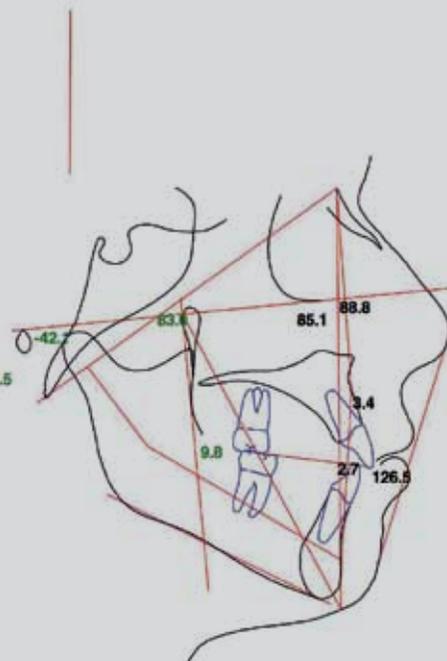
Todo ello con **garantía** por escrito para el paciente y el odontólogo. Todo lo cual conlleva:

- **Para el paciente:** no tiene que realizar visitas ni para medidas ni para comprobaciones.
- **Para el dentista:** menos horas de sillón/paciente y posibilidad de posicionar su consulta como un centro de élite e innovador. Los localizadores para la realización de los Escáneres 3D, conllevan un ahorro económico considerable.

Estamos en fase de estudio con pacientes que presentaremos en próximos congresos.

Patient: 17090012 Initial Analysis: Ricardo ID:3155, Male, Age:14y 4m (BVS:27042001) Name:Otero

	Value	Norm	Std Dev	Dev Norm
POSICION MANDIBULA				
Tipo Facial (MxS-PsCn) (#)	83.0	90.0	3.5	-2.0 **
Profundidad facial (FS-MFO) (#)	85.1	87.4	3.0	-0.8
Plano mandibular (MP-FB) (#)	31.5	29.1	4.5	1.4 *
Altura facial anterior (ANS-XI-Fw) (#)	53.9	45.0	4.0	2.2 **
Arco mandibular (#)	22.3	28.4	4.0	-1.5 *
Plano occlusal FN (#)	12.5	9.4	5.6	0.6
Angulo Facial (#)	63.4	68.0	3.5	-1.3 *
POSICION MAXILAR				
Convexidad facial (A-SFO) (mm)	3.4	1.4	2.0	1.0 *
Profundidad maxilar (FM-MA) (#)	88.8	90.0	3.0	-0.4
ANALISIS DENTARIO				
Relación Molar	-2.2	-3.0	1.0	0.8
Overjet (mm)	3.4	2.5	2.5	0.4
Overbite (mm)	0.4	2.5	2.0	-0.9
Angulo Interincisal (UI-II) (#)	124.5	130.0	6.0	-0.6
Posición del incisivo superior (UI-APO) (mm)	6.2	3.5	2.3	1.2 *
Inclinación del incisivo superior (UI-APO) (#)	32.0	28.0	4.0	1.0 *
Posición del incisivo inferior (LI-APO) (mm)	2.7	1.0	2.3	0.7
Inclinación del incisivo inferior (#)	21.5	22.0	4.0	-0.1
Extrusión incisivo inferior (mm)	0.3	1.2	2.0	-0.4
Primer Molar Sup. A DT Vertical (mm)	9.0	14.2	3.0	-1.5 *
ANALISIS ESTETICO				
Labio inferior plano estético (mm)	1.3	-2.0	2.0	1.7 *
RELACION CRANIOFACIAL				
Longitud craneal	51.7	57.2	3.5	-2.2 **
Posición rama (#)	69.5	76.0	3.0	-2.2 **
Altura facial posterior (Cn-CF) (mm)	51.4	54.8	3.3	-1.0 *
Deflexión craneal (#)	29.9	27.3	3.0	0.9
Localización porción (mm)	-42.1	-39.6	2.5	-1.6 *
SUMMARY ANALYSIS				
Class I Molar Relationship				
Skeletal Class II (A-PO)				
Skeletal Class I (ANS)				
High Mandibular Plane Angle				
Retrusive Mandible (Fq-W)				
Facial Pattern: Dolicho-facial				

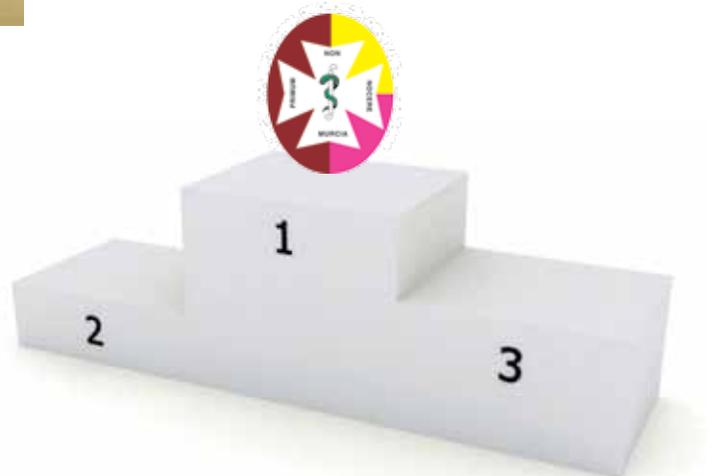


El Colegio de Murcia elegido primero en el "TOP 10" de los Colegios de Dentistas de España



El prestigioso grupo editorial Sanitaria 2000, a través de una de sus publicaciones -Redacción Médica, periódico digital dirigido al mundo sanitario Y con una difusión diaria de 85.000 ejemplares-, ha realizado durante el mes de noviembre una encuesta entre sus lectores denominada el "Top 10" de los Colegios de Odontólogos.

En primera instancia, el consejo editorial realizó una preselección para determinar quiénes formaban parte del listado de los 10 más destacados, encontrándose el Colegio de Murcia entre uno de ellos. Posteriormente la votación fue realizada por los profesionales sanitarios, lectores asiduos de Redacción Médica, quienes con el 52,01% de los votos emitidos decidieron que el puesto primero de este "Top 10" de los Colegios de Dentistas de España lo ocupara el Colegio de Murcia..



**NUESTRO SERVICIO UNA GARANTÍA PARA UDS.
PLANTA DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS SANITARIOS
GESTORES AUTORIZADOS Nº 1188/95**

*SERVICIO DE SUMINISTRO, RECOGIDA Y TRATAMIENTO
DE CONTENEDORES BIOSANITARIOS*

*Avda. del Descubrimiento cruce con calle Ecuador Parcela 5,5
(Polígono Industrial Oeste) • 30.820 Alcantarilla (MURCIA)*

CLAERH S.A.

Tel.: 968 897 005 / 968 897 132

Fax: 968 897 133

Alguien de nosotros

TAREQ ABU TAHA

Texto: Juan Ruiz Parra

Preséntese usted mismo:

Nací en Kuwait pero soy de origen palestino, de Nablus -Naplusa en español-, situada a unos 63 km al norte de Jerusalén, la capital de palestina. Debido a la ocupación israelí, mis padres se vieron obligados a trasladarse a vivir a Kuwait (donde nació), y luego, por la Guerra del Golfo del año 1990, nos trasladamos a Jordania.

En 2004 vine a España para realizar estudios superiores en la misma universidad donde también mi hermano estuvo matriculado (Facultad de Medicina). Obtuve la licenciatura de Odontología en 2009 y finalicé un máster en 2010.

¿Qué le llevó a estudiar Odontología en España? ¿Tiene intención de volver a su país?

Llegué en el año 2004. Tenía 2 opciones para elegir: ir a Estados Unidos o a España, pero como tenía más curiosidad por el español como idioma y por la cultura española, decidí quedarme en España. Además porque tenía familiares que estudiaban en España.

Creo que sí; algún día volveré para contribuir para preservar la salud de la gente de mi país, que padecen graves dificultades por la ocupación israelí.

¿Cuáles son los mayores contrastes culturales que ha encontrado y en qué aspectos le ha sido más difícil adaptarse?

Para mí lo más difícil era el idioma y la dificultad de entender con la gente por este motivo. Respecto a la adaptación, me costó adaptarme a la comida española, dado que me gusta más la comida oriental. Provengo de un lugar donde tenemos una gran variedad de gastronomía.

¿Hay diferencias sustanciales entre los planes de estudios de Odontología de Palestina con respecto a los que se cursan en España?

No puedo hacer comparación porque no existen estudios de medicina y odontología porque las autoridades israelíes prohíben la existencia de estas facultades. Algunas fundaciones internacionales han intentado sin éxito instaurar estos estudios con profesionales palestinos altamente cualificados formados en el extranjero, pero ha sido imposible.

¿Existen muchas coincidencias en la forma de ejercer la profesión entre ambos países: existencia de colegios profesionales, legislación...? ¿Y en los hábitos de salud oral entre ambas poblaciones?

Respecto a ejercer la profesión en Palestina, está limitada por las dificultades del país, ya que los israelíes embargan todo el material médico y odontológico, además de la dificultad que supone los desplazamientos por parte del profesional o el paciente por la restricción de movimientos que imponen los israelíes sobre los ciudadanos palestinos.

En cuanto a los colegios profesionales y la legislación, son muy parecidos a los que hay en España, pero allí tienen mayor dificultad porque ejercen con más responsabilidad porque no es fácil conseguir el material profesional para poder trabajar.

Los hábitos de salud oral de las dos poblaciones son parecidas dado que están regidos por el tema económico. En Palestina existen además algunas instituciones que intentan ayudar a la población en su salud oral.

¿Cómo vive desde la distancia el conflicto entre Palestina e Israel?

Vivo con mucha preocupación, porque en mi familia hay mayores, mujeres y niños que son los que más sufren de la población por el miedo al mañana y por no saber lo que puede pasar; por lo tanto, en mi día a día tengo grandes preocupaciones por mi familia y también por los demás.

¿En qué le ha decepcionado y en qué aspectos ha superado sus expectativas el trabajo de dentista? ¿Volvería a cursar los mismos estudios si tuviera la oportunidad de cambiar de profesión?

Me ha decepcionado por los costes de las especialidades y la falta de respeto entre los profesionales, ya que la mayoría solo piensan en conseguir lo máximo sin respetar



a los demás. En cuanto a volver a cursar los mismos estudios, "jeje", lo tengo que pensar; aun así me gusta mi profesión porque también tiene su parte humana.

¿Es suficiente para ejercer la formación recibida durante la carrera o cree necesario cursar estudios complementarios?

Según mi opinión la formación recibida es buena pero le falta más organización, sobre todo en el tema de las especialidades. Y creo que sí es necesario cursar estudios complementarios y hacer más prácticas durante los estudios.

¿Cómo fueron sus primeros pasos en la profesión? ¿Tiene clínica propia en este momento o trabaja para terceros?

No, estos momentos no tengo clínica propia y trabajo para otros profesionales. El primer paso como profesional fue una oferta de trabajo en Madrid; estuve casi 4 meses, hasta que me ofrecieron una oferta en Murcia, que acepté y con la sigó hasta el momento.

¿Cómo le va en los tiempos que corren? ¿Cree que volverán pronto los días de "vacas gordas"? ¿Se le ocurren algunas medidas que podría adoptar el sector para capear la crisis?

Actualmente va regular; hay días buenos y días malos. Desde mi punto de vista, creo que volverá a mejorar la situación de aquí a 5 ó 7 años.

En estos tiempos de dificultades económicas, ¿nota en los pacientes un cierto abandono en el cuidado de la boca?

Sí, la mayoría de los pacientes acuden a la clínica por urgencias tales como el dolor y alguna patología que le impide realizar su vida con normalidad.

|| ALGÚN DÍA VOLVERÉ PARA CONTRIBUIR PARA PRESERVAR LA SALUD DE LA GENTE DE MI PAÍS, QUE PADECEN GRAVES DIFICULTADES POR LA OCUPACIÓN ISRAELÍ.

Alguien de nosotros

ASMAE AANIBA LOUQMANE

Texto: Juan Ruiz Parra



Preséntese usted misma:

Me llamo Asmae Aaniba Louqmane y soy de origen marroquí, aunque actualmente tengo la nacionalidad española. Nací un 29 de agosto de 1987 en una pequeña ciudad al sur de Marruecos, cerca de Marrakech, llamada Youssoufia, donde crecí junto a mi hermana y mi madre hasta la edad de los 9 años. En el año 1998 vine junto a ellas a España para empezar una nueva etapa al lado de mi padre. Comencé mis estudios a partir de 5ª primaria, concretamente en un colegio de Molina de Segura, donde residí junto a mi familia durante 15 años. Acabados mis estudios de Bachiller, en junio del 2006, proseguí mi camino hasta terminar la carrera de Odontología en la universidad de Murcia en el año 2011. Al finalizar mis estu-

dios, el primer paso que di fue inscribirme en el Colegio de Odontólogos de la Región de Murcia -en el que sigo colegiada actualmente-. En estos momentos estoy trabajando como odontóloga general en una clínica de Roses (Gerona), resultado de una búsqueda de nuevas oportunidades y experiencias que me brinden un futuro profesional adecuado a mi formación académica.

¿Qué le llevó a estudiar Odontología en España? ¿Tiene intención de volver a su país?

Al ser una rama de la medicina, me gustaba mucho la idea de aportar mi granito de arena ayudando a las personas a mantener y mejorar su salud buco-dental, lo cual me brinda una gran satisfacción. Así mismo es una ca-

rrera que puedo ejercer en cualquier país del mundo sin importar el destino que yo elija o la procedencia del paciente. De momento no tengo intención de volver a mi país definitivamente.

¿Cuáles son los mayores contrastes culturales que ha encontrado y en qué aspectos le ha sido más difícil adaptarse?

He de decir que la mayor dificultad con la que me encontré a mi llegada a España y la cual me supuso una gran barrera para adaptarme a mi nueva situación, era el idioma, ya que era algo desconocido para mí: no podía comunicarme con otros niños, no entendía los juegos...; pero poco a poco me fui desarrollando gracias a la ayuda de los profesores y de mis compañeros y fui superando esa dificultad.

¿Hay diferencias sustanciales entre los planes de estudios de Odontología de Marruecos con respecto a los que se cursan en España?

Desconozco el plan de estudios en Marruecos, pero sé que como ocurre aquí en España para acceder a la carrera hay que tener un buen nivel de estudios y por lo tanto la nota de corte para acceder a la universidad es bastante alta.

La sociedad marroquí, más que la española, restringe a la mujer la inserción laboral. ¿Apoyaron sus padres su decisión de estudiar Odontología?

En Marruecos el papel de la mujer en la sociedad dista del que hay en España, y yo puedo decir que he tenido el privilegio de tener el apoyo de mis padres desde el primer momento que escogí mi carrera y para ellos fue un orgullo que decidiera proseguir mis estudios hasta lograr mi objetivo, sin tener en cuenta la opinión de la sociedad.

Y ahora que está ejerciendo como odontóloga, ¿cómo se toman sus pacientes marroquíes el hecho de que una mujer también marroquí les atienda?

Aparte de que se sorprenden, se encuentran más tranquilos al saber que podrán comunicarme algo sin temor a la barrera del idioma y las costumbres. Además muchos de ellos

me muestran su entusiasmo y me animan a continuar formándome.

¿En qué le ha decepcionado y en qué aspectos ha superado sus expectativas el trabajo de dentista? ¿Volvería a cursar los mismos estudios si tuviera la oportunidad de cambiar de profesión?

En que por mucho que un profesional disponga de formación y práctica, hay factores humanos que no se pueden controlar y que a veces provocan que tu trabajo no sea fructífero. Un ejemplo de ello es que los pacientes no sigan tus recomendaciones cuando los tratas. La parte positiva es el aspecto humano y la respuesta de los pacientes cuando agradecen los esfuerzos que has realizado para ofrecerles tu ayuda. Sin dudar lo volvería a estudiarla dado que ahora más que nunca conozco el objetivo principal de la odontología.

¿Es suficiente para ejercer la formación recibida durante la carrera o cree necesario cursar estudios complementarios?

La gran ventaja de la odontología general es que podemos ejercerla sin tener una especialidad; sin embargo, desde mi punto de vista creo que es necesaria una formación complementaria continua para mejorar y profundizar en las diferentes áreas de esta profesión. Con ello se pueden adquirir nuevos conocimientos puesto que la odontología es una ciencia en continuo avance, y el hecho de no seguir formándonos nos dejaría obsoletos de cara a las nuevas tecnologías, nuevos tratamientos, materiales, etc.

¿Cómo fueron sus primeros pasos en la profesión? ¿Tiene clínica propia en este

momento o trabaja para terceros? ¿Dónde ejerce?

Al principio fueron difíciles porque uno sale de la universidad sin mucha experiencia y eso es algo esencial en nuestra profesión, pero poco a poco he ido dando esos pasos necesarios para coger esa seguridad primordial para poder ejercer mi profesión. También destaco la aportación de los grandes profesionales que me han brindado consejos muy instructivos, los cuales he podido aplicar en mi día a día. Actualmente trabajo para terceros en una clínica de Gerona.

¿Cómo le va en los tiempos que corren? ¿Cree que volverán pronto los días de "vacas gordas"? ¿Se le ocurren algunas medidas que podría adoptar el sector para capear la crisis?

No me puedo quejar de mi situación profesional. No creo que vuelvan pronto esos años de bonanza.

Unas nuevas líneas de financiación que puedan sostener todo el sector y que empiecen desde el distribuidor hasta llegar al paciente; así todas las partes implicadas podrían salir adelante. Todo requiere de un margen de maniobra.

Debido a las dificultades económicas que sufre la población, ¿nota en los pacientes un cierto abandono en el cuidado de la boca?

Si, se nota el descenso del número de pacientes en consulta, y respecto a los tratamientos, muchos prefieren, en vez de un tratamiento conservador para un diente, la extracción del mismo. Otros por ejemplo

prefieren portar prótesis removibles a colocarse implantes.

Siempre ocurren casos curiosos durante el trabajo. ¿Puede contar alguna anécdota curiosa sucedida en la clínica?

En esta ocasión me ocurrió junto a mi compañera una anécdota en la que una paciente acudió a la consulta muy enfadada diciéndonos que le devolviésemos su prótesis. Buscamos su prótesis por todos los rincones de la clínica y no la hallamos en ningún lado. Volvimos a hablar con ella y hubo un momento en que nos estaba explicando en qué parte de la boca debía ir la prótesis y la sorpresa fue ver que la llevaba puesta, pero ella no se dio cuenta..



SE NOTA EL DESCENSO DEL NÚMERO DE PACIENTES EN CONSULTA, Y RESPECTO A LOS TRATAMIENTOS, MUCHOS PREFIEREN, EN VEZ DE UN TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA UN DIENTE, LA EXTRACCIÓN DEL MISMO.



La Fundación colabora con el Colegio en la reducción de las Cuotas Colegiales



Fundación Dental
Región de Murcia



Asistentes a distintos cursos organizados por la Fundación.

El Comité Ejecutivo de la Fundación Dental de la Región de Murcia ha acordado, con motivo de la difícil situación económica que estamos atravesando, aplicar el resultado positivo obtenido por la Fundación en el ejercicio 2012, en patrocinar junto con el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia, la reducción de un 10,8% de las cuotas de los colegiados durante el ejercicio 2013.





PREMIO

“Dr. D. Manuel Serrano Martínez”

Durante el acto de apertura del curso 2013 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, el pasado 31 de enero tuvo lugar la entrega de premios que la institución convoca anualmente. El Premio Dr. D. Manuel Serrano Martínez, patrocinado por el Colegio de Dentistas, recayó ex aequo en los trabajos titulados “Fluorescencia directa aplicada al diagnóstico temprano de las lesiones premalignas de la mucosa bucal”, realizado por la Dra. Tamar María de la Mano Espinosa, y al trabajo “Programa preventivo de la salud bucodental en embarazadas”, firmado por las Dras. Victoria Vera Delgado y Leonor Pérez Lajarín.



Tablón de anuncios



>> **Se vende o alquila** Clínica Dental en pedanía cercana a Murcia centro.
Tlf: 608 361 410

>> **Se vende o alquila** Clínica Dental en Elche (Alicante).
Tlf: 676 930 927

Profesión y prensa

La Opinión

Breves



PREMIO TOP 10

Redacción Médica distingue al Colegio de Dentistas

La revista especializada Redacción Médica ha distinguido al Colegio de Dentistas de la Región de Murcia con el premio Top 10 como el más relevante de España. El galardón se concede a partir de los resultados de una encuesta realizada entre los lectores de la citada publicación, que han reconocido al colegio murciano con un 52,01 por ciento de los 1.519 votos efectuados. Tras Murcia se han situado los colegios de Jaén, Madrid, Ávila y Guadalajara. A. G.

Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia

El Nuestro Colegio de Dentistas de Murcia les desea un Próspero Año 2013

**Consulta a tu dentista
Presume de sonrisa
Presume de salud**

POR LA SALUD DE TODOS

Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia

C/ MARIA ZAMBRANO, 4 - EDIF. DORICO. BAJO - MURCIA - Tels. 968 20 16 65 / 968 24 62 49 - Fax: 968 20 16 69

LA ZARABANDA
GARCÍA MARTÍNEZ

Rajoy echa los dientes en el día de Santa Apolonia

Para que se vea que las casualidades pueden no serlo tanto



Nos preguntamos todos los españoles -excepto tres o cuatro, no más- por qué habrá elegido Rajoy el 9 de febrero, festividad de Santa Apolonia, virgen y mártir, para mostrar al pueblo sus cuentas domésticas y, por lo mismo, particulares. Podría haberlo hecho en la Candelaria, que mueve a que se haga la luz, o en San Blas, que, si no lo cura, alivia el garrotillo.

Reflexionemos para buscarle al gato, no tres o cinco patas, sino las cuatro suyas cabales. El noveno día de febrero (que este año trae veintiocho, fecha del -ojo a Trillo!- Día de Andalucía) festeja la Iglesia a Santa Apolonia. Esta buena mujer nació en Alejandría, que está en Egipto, donde ahora mismo -ojo a los Hermanos Musulmanes!- tienen liado otro follón. Sus padres eran paganos pero, como la esposa no paría ni 'pa' dios, el matrimonio se encomendó a la Santísima Virgen. Y nació Apolonia. Ella, en agradecimiento, se convirtió al cristianismo. Ya toda su vida ejerció de diaconesa (¡más o menos -ojo- como Barcenan en el PP!).

Rajoy lleva una semana quejándose de dolor de muelas. Aparte de que se lo refleja el rostro. Y miren ustedes lo que son las cosas: Santa Apolonia es la patrona de los dentistas.

¿Y eso por qué?

Muy sencillo. Cuando era vieja, los paganos -ojo a Rubalcaba y a Esperanza Aguirre!- montaron el cirio de María Santísima. Se dedicaron a torturar y matar a los cristianos que se topaban por la calle. (Ya se sabe que todas las guerras de la Humanidad se hacen en nombre del Señor). La cosa es que trincaron a Apolonia y le sacaron la dentadura completa. No porque la tuviera carada, ¿eh? Por eso aparece en los papeles -ojo al cuaderno de la contabilidad B!- con un par de tenazas agarrando un diente.

Luego de eso, la amenazaron con la hoguera si no renegaba de sus creencias. Ella, que no era tonta, pidió una tregua para pensárselo. Y cuando los otros andaban decididos, ¡zas!, se tiró a la lumbre y ardió. Los teólogos posteriores se pasmaron: "Eso es suicidio, o sea pecado". Pero San Agustín la exculpó, diciendo que Apolonia obró así 'por una dirección particular del Espíritu Santo'.

¿Queda todo aclarado?

Lunes 11 02 13
LA VERDAD

4 | LUNES, 4 DE FEBRERO, 2013

Murcia

Los dentistas le ponen 'una sonrisa' a la carrera popular



LA RECAUDACIÓN DEL EVENTO SERÁ ENTREGADA A CÁRITAS. Dentro de los actos para la celebración de la festividad de la patrona de los odontólogos, Santa Apolonia, el Colegio Oficial de Dentistas de Murcia organizó ayer la I Carrera Popular benéfica Santa Apolonia, con el lema Por una Sonrisa. La carrera, que tuvo un recorrido urbano de 4 kilómetros, salió desde la Sede del Colegio Oficial de Dentistas situada en C/ María Zambrano, 4, donde también finalizó el evento. Los beneficios recaudados en el día de ayer por los corredores serán entregados a la Fundación de Cáritas. En la imagen de la izquierda se puede ver un momento de la carrera, mientras que en la de la derecha, se ve al alcalde de Murcia, Miguel Ángel Cárdena, junto al jefe de su gabinete, Eduardo Martínez Oliva.

HITOS DE UN LARGO EMPRENTAMIENTO

20 de agosto de 2001 Dos condenas por intrusismo y lesiones

25 de agosto de 2001 Sanciones a tres consultas en Murcia

5 de marzo de 2003 Multa a un protésico por poner una funda

25 de junio de 2009 La crisis dispara las clínicas clandestinas

6 de marzo de 2010 Anulan una sentencia que les favorecía

2 de junio de 2011 Sanidad retira una campaña por quejas

28 de diciembre de 2011 Condena a Carmen Cano por intrusismo

Condición por intrusismo profesional a presidente de los odontólogos

26 de abril de 2012 Eculpan a Castro por sus declaraciones

2 de octubre de 2012 Castro meses a un protésico por lesiones

El Supremo advierte a los protésicos de que no pueden tocar las bocas



El Alto Tribunal asesta un golpe a las pretensiones de este colectivo de tomar medidas y colocar prótesis por su cuenta

MURCIA. La lucha que desde hace décadas mantienen los representantes de dentistas y protésicos dentales, desactivada en gran medida por las competencias y atribuciones profesionales que a uno y otro corresponden, ha cobrado ya nuevo vigor y visibilidad en estos días...



Fotografía de archivo de una feria de prótesis dentales.

medicación de sus dentistas. En junio de 2011, Audiencia aprobó la publicación en el BOE del Real Decreto 1437/2011, que deroga el Código Nacional de Conducta del Colegio Nacional de Cirujanos Dentales, para tratar de que los tribunales de jurisdicción en materia de sus atribuciones profesionales. Así, en el artículo planteado ante el Supremo, la asociación de protésicos dentales solicita que el artículo 2 de esa norma anule el ámbito de actuación de los protésicos, para desde de ese artículo deban ejercerse las funciones o actos de "toma de medidas" e "indicación de la dentadura vertical, obtención de la impresión, etc."

La propuesta de los protésicos dentales ha sido, sin embargo, fuertemente rechazada. El Supremo establece en su resolución que el Código de Conducta Profesional no es el texto normativo en el que se regulan, seralísticamente, las atribuciones profesionales. Concluye el Supremo afirmando que la ley «determina el campo global de su funcionamiento, y que el resto de disposiciones que se refieren a las competencias y atribuciones de cada colectivo...

LO QUE DICE LA LEY

Artículo 1 (Ley 10/1984). «Los odontólogos tienen capacidad para realizar el consumo de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativo a las afecciones y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de los tejidos anejos.

Artículo 3 (Ley 10/1984). «El protésico dental es el técnico de FP de grado superior que diseña, prepara, fabrica, fabrica y repara las prótesis dentales... y cumple las indicaciones y prescripciones de los odontólogos, estomatólogos y otorrinolaringólogos.

En concreto, recuerda que las "impresiones" y primer paso de la "toma de medidas protésicas", «no pueden ser tomadas por el odontólogo, el estomatólogo o el cirujano maxilofacial, lo que demuestra la especialización de que ello constituye una de las atribuciones profesionales del protésico dental.

En concreto, recuerda que las "impresiones" y primer paso de la "toma de medidas protésicas", «no pueden ser tomadas por el odontólogo, el estomatólogo o el cirujano maxilofacial, lo que demuestra la especialización de que ello constituye una de las atribuciones profesionales del protésico dental.

«En concreto, recuerda que las "impresiones" y primer paso de la "toma de medidas protésicas", «no pueden ser tomadas por el odontólogo, el estomatólogo o el cirujano maxilofacial, lo que demuestra la especialización de que ello constituye una de las atribuciones profesionales del protésico dental.

«No se trata de una cuestión económica, sino de salud pública»

Oscar Castro Pte. del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos



«No se trata de una cuestión económica, sino de salud pública». Oscar Castro, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, ha hecho de la lucha contra el intrusismo profesional de otros colectivos de salud pública el eje central de su gestión...



«No se trata de una cuestión económica, sino de salud pública». Oscar Castro, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, ha hecho de la lucha contra el intrusismo profesional de otros colectivos de salud pública el eje central de su gestión...

«No se trata de una cuestión económica, sino de salud pública». Oscar Castro, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, ha hecho de la lucha contra el intrusismo profesional de otros colectivos de salud pública el eje central de su gestión...

Carmen Cano rechaza valorar la resolución que le quita la razón

La presidenta de la Asociación Nacional de Protésicos Dentales, Carmen Cano, ha rechazado valorar la resolución del Tribunal Supremo que...



Carmen Cano, presidenta de la Asociación Nacional de Protésicos Dentales.

«No se trata de una cuestión económica, sino de salud pública». Oscar Castro, presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, ha hecho de la lucha contra el intrusismo profesional de otros colectivos de salud pública el eje central de su gestión...

EN BREVE

Distinciones del Colegio de Odontólogos

VIDA SOCIAL. M. C. RAMÍREZ. El Colegio Oficial de Odontólogos de Murcia celebró el sábado una cena de gala como colofón a una semana de actos con motivo de la festividad de Santa Apolonia, patrona de este colectivo profesional. El Colegio otorgó la Medalla de Oro al jefe de gabinete de la Consejería de Sanidad, Yayo Delgado...

do, «por su apoyo y por la ayuda que nos ha dado a la hora de dar forma, plasmar y concretar las ideas que he hemos planteado», según señaló Oscar Castro, presidente del Colegio de Odontólogos. Además, entregaron medalla a 20 nuevos colegiados y una placa a tres jubilados. A la cena asistieron más de 300 colegiados.



Martín Quiñonero y Yayo Delgado, con el presidente de los Odontólogos, Óscar Castro (en el centro). A. DURÁN / AGM

LA VERDAD

El Supremo resuelve que los protésicos dentales no pueden tener consulta

Una sentencia del Alto Tribunal rechaza su pretensión de tomar medidas y colocar las prótesis

La presidenta de la asociación nacional, la murciana Carmen Cano, impulsó el recurso

Los protésicos dentales, que libran desde hace años una batalla con los dentistas para poder colocar a los pacientes las prótesis que ellos mismos fabrican, acaban de recibir un veredicto del Tribunal Supremo, que ha rechazado el recurso que plantearon con el propósito de que se les permitiera 'trabajar'. El Alto

Tribunal confirma que la ley les impide tomar medidas e implantar las prótesis por no estar cualificados profesionalmente para ello, y que deben hacerlo a través de un dentista. El veredicto es favorable a los dentistas. **RICARDO FERNÁNDEZ**

SAN JAVIER
Un vecino lleva 5 años 'luchando' para conseguir su primer DNI

SUCESOS
La cocaína hallada entre hortalizas habría reportado 18 millones

SANIDAD
Pagarán 310.000 euros a la familia de un bebé con malformaciones

ATLETISMO
Un 'pirata' utiliza la web de la Federación para pedir dinero

COMUNIDAD



La Comunidad de Madrid está a punto de aprobar el programa de salud bucodental para niños y adolescentes

El plan de salud bucodental para niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, que entrará en vigor el próximo 1 de enero, incluye un programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental. El programa se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años.

El plan de salud bucodental para niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, que entrará en vigor el próximo 1 de enero, incluye un programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental. El programa se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años.

El plan de Salud Bucodental atrae a cientos de dentistas

Más de 600 clínicas han pedido sumarse a la iniciativa, que beneficiará a 51.000 niños en edades comprendidas entre los seis y los ocho años

El plan de salud bucodental para niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, que entrará en vigor el próximo 1 de enero, incluye un programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental. El programa se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años.

Hay que pagar todo lo que se quiere

El plan de salud bucodental para niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid, que entrará en vigor el próximo 1 de enero, incluye un programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental. El programa se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años.

La Opinión | 31 DE DICIEMBRE DE 2012

SANIDAD • PARANINFO

Sanidad. La Clínica Odontológica de la UMU lleva más de 20 años formando a los dentistas del mañana. En sus instalaciones brinda una atención médica de calidad a la sociedad murciana, donde se aplican los tratamientos más novedosos.

Manos expertas para prevenir el cáncer oral

La Unidad de Medicina Bucal de la UMU es uno de los dos centros de la Región especializados en el diagnóstico precoz de tumores bucales

Unidad de Medicina Bucal
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.



El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.

La Clínica Odontológica de la Universidad de Murcia (COM) es uno de los dos centros de la Región especializados en el diagnóstico precoz de tumores bucales. El diagnóstico precoz de los tumores bucales se realiza a través de un programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental. El programa se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años. El programa de diagnóstico y tratamiento de la caries dental se aplicará a los niños de 3 a 6 años y a los adolescentes de 12 a 14 años.

El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.

El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.



Alumnos de Odontología, con un paciente. (Foto: UMU)



El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.

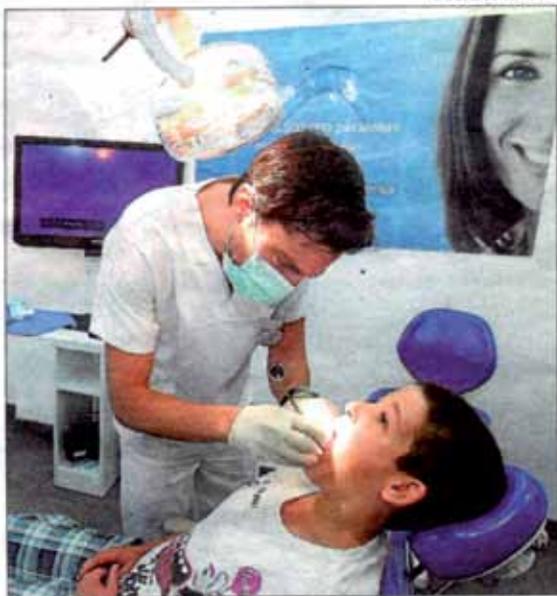
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.
El diagnóstico precoz de los tumores bucales.

La Opinión

Recortes El plan de salud bucodental deja fuera a 98.000 niños

Las endocrucías y los implantes dejan de ser gratuitos para los 98.000 niños que tienen entre 8 y 14 años, como consecuencia de los cambios que el plan de reequilibrio financiero de la Comunidad Autónoma ha introducido en el plan de salud bucodental infantil. Antes este tipo de tratamientos eran gratuitos entre los 6 y los 14 años. No obstante, la consejería de Sanidad establece una excepción para aquellos niños de 9 a 14 años que hayan formalizado su primera visita al dentista antes de la entrada en vigor de esta Orden.

GLORIA NICOLAS



¡Ya es posible!

Créenos, ahora es realmente posible. Es totalmente posible que puedas comprar el mueble con el que siempre has soñado. Porque Fringe te ofrece la mejor calidad y el diseño de Dental Art a un precio sorprendente, para que puedas imaginar tu futuro con calma. Y porque ahora Dental Art también está presente en España, con un equipo exclusivo que habla tu mismo idioma. Elige Fringe, ahora es posible. Palabra de Dental Art.



IDENTYD

Dionisio Olmos Celdrán

Product Manager

+34 912 174 125

+34 608 706 305

productmanager@identityd.com

Dental Art S.p.A. - Montecchio Precalcino - Vicenza - Italia - telf. +39 0445 802000 - info@dental-art.it - www.dental-art.it



Descubre nuestros productos y nuestros servicios. Confía en Euronda.



Euronda cada día a tu lado en la lucha contra las infecciones con una gama completa de instrumentos. Cuando compras un autoclave de clase B Euronda E9, accedes a una serie de servicios gratuitos que nadie más te ofrece: entrega e instalación de los aparatos, asistencia telefónica y técnica de parte de personal español especializado Euronda. En Euronda puedes confiar porque las suyas no son solamente palabras sino hechos.

Dionisio Olmos Celdrán - Product Manager
Móvil 659 62 24 63
Email: dionisio.olmos@euronda.es

Número de atención al cliente: 900 10 20 34

EURONDA

www.euronda.es

