

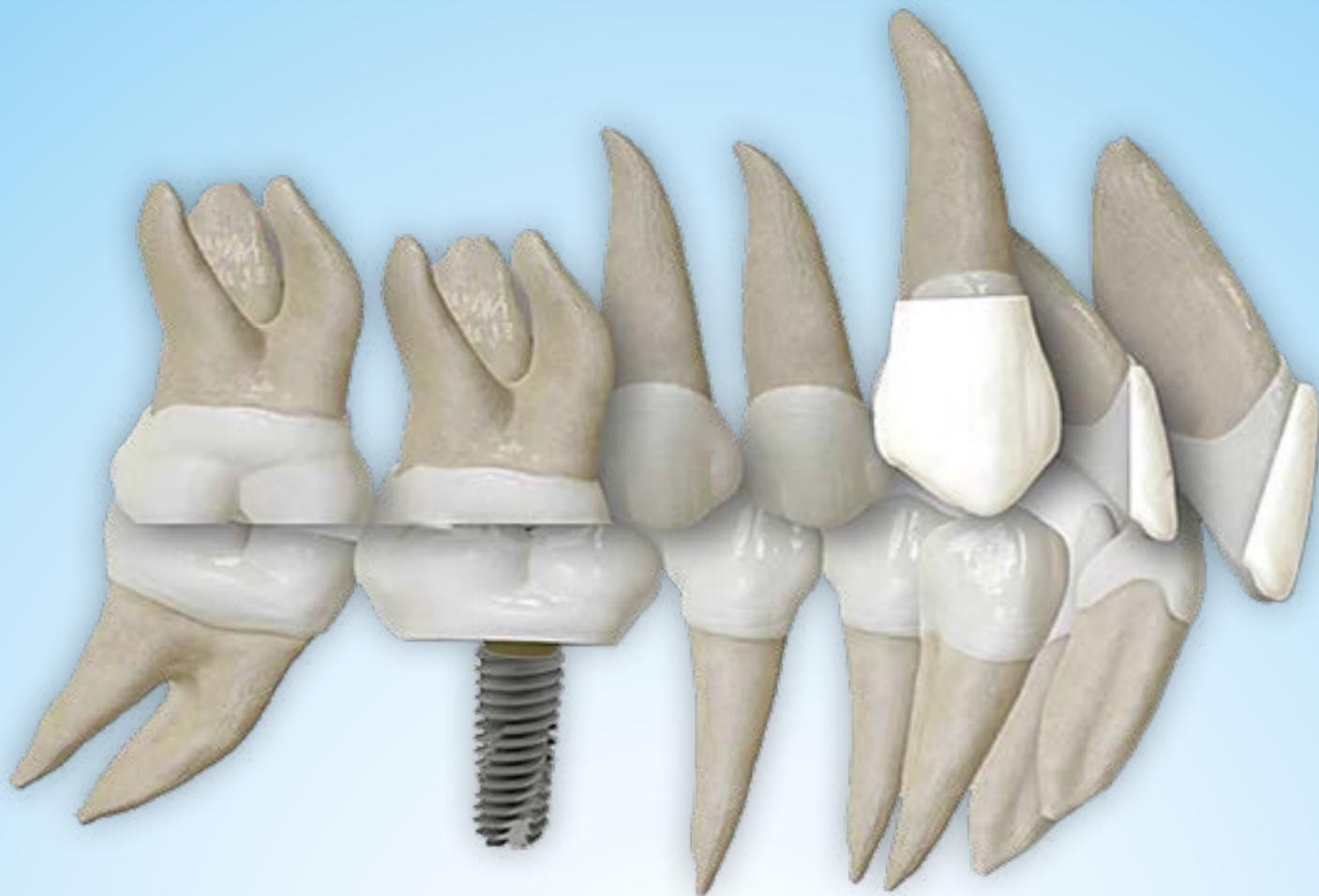
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper 

EDICIÓN ESPAÑA

es.dental-tribune.com

Vol. 19, No. 3, 2024



¿Qué tratamiento es el correcto?

El diagnóstico digital nos ha enseñado que existe un defecto en el desarrollo curricular de las facultades de odontología, que hemos de subsanar cuanto antes; pero no es un defecto o carencia tecnológica, sino conceptual.



El acuerdo convierte a Apex Dental Sleep Laboratory en uno de los principales proveedores de dispositivos orales de nylon para el tratamiento de la apnea del sueño en Estados Unidos, como el dispositivo de avance mandibular OrthoApnea NOA. Con más de 30 años de experiencia en Medicina Dental del Sueño, Apex Dental es un socio estratégico para impulsar el crecimiento de OrthoApnea en este mercado.

El dispositivo OrthoApnea NOA es una solución clínicamente probada, eficaz y no invasiva diseñada para el tratamiento de los trastornos respiratorios del sueño, como la apnea obstructiva del sueño. Utilizando tecnología de vanguardia y principios biomecánicos avanzados, el dispositivo optimiza la posición mandibular del paciente para mantener las vías respiratorias abiertas, mejorando significativamente la respiración durante el sueño.

Con esta nueva alianza, OrthoApnea amplía su red de distribución en Estados Unidos, siendo Apex Dental Sleep Laboratory el segundo laboratorio en firmar un acuerdo de este tipo. Esta expansión subraya el compromiso de OrthoApnea para llegar a una amplia red de profesionales del sueño en todo el país, ofreciendo a más pacientes la oportunidad de beneficiarse de esta innovadora solución y mejorar su calidad de vida.

Jesús García Urbano, CEO de OrthoApnea, expresó su entusiasmo por este acuerdo: "Nos complace enormemente asociarnos con Apex Dental Sleep Laboratory, una empresa líder en dispositivos para el tratamiento de los trastornos del sueño. Como empresa malagueña y española, nos llena de orgullo continuar nuestro crecimiento y llevar nuestra tecnología al mercado estadounidense mediante esta nueva alianza estratégica. Confiamos en que esta colaboración nos permitirá ofrecer soluciones efectivas a un mayor número de personas que padecen trastornos respiratorios del sueño".

Por su parte, Sonnie Bocala, CEO de Apex Dental Sleep Laboratory, añadió: "Este es un momento increíblemente emocionante para Apex Dental Sleep Lab. Nuestra nueva asociación con OrthoApnea va a jugar un papel importante en la evolución digital de nuestra empresa. El diseño digital único de OrthoApnea, la tecnología de impresión SLS y las capacidades adaptativas de la ATM hacen de OrthoApnea NOA una combinación perfecta para nuestros clientes que buscan superior comodidad y soluciones efectivas para la



El equipo de OrthoApnea con el CEO de Apex Dental Sleep Laboratory, empresa con la que han firmado un acuerdo de distribución en Estados Unidos.

OrthoApnea fortalece su distribución en EE UU

OrthoApnea, empresa española líder en el desarrollo de soluciones dentales innovadoras para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, firmó un acuerdo de distribución con Apex Dental Sleep Laboratory, que permitirá la expansión de la empresa en el mercado norteamericano.



El dispositivo de avance mandibular OrthoApnea NOA es una solución clínicamente probada para el tratamiento de los trastornos respiratorios del sueño.

OSA. Estamos orgullosos de ayudar al crecimiento de OrthoApnea en el mercado estadounidense y esperamos compartir la efectividad de esta solución".

Ambas empresas están comprometidas a proporcionar una experiencia positiva tanto para los profesionales de la salud oral como para los pacientes. La alianza promete mejorar la calidad de vida de quienes sufren estos trastornos mediante la implementación de soluciones innovadoras y un enfoque centrado en el paciente.

—OrthoApnea

IMPRINT INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:
Torsten Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173

General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. **Dental Tribune** is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2024 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

dti Dental Tribune International



EDICIÓN ESPAÑA
es.dental-tribune.com

PUBLISHER & EDITOR IN CHIEF
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com

GRAPHIC DESIGN
Jesús Eduardo Sanín Tordecilla
www.behance.net/eduardosanin

PORTADA:
Las imágenes de portada presentan dos opciones de tratamiento de un paciente de ortodoncia, parte de un ensayo de David Suárez Quintanilla.

El Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española (FDE) han presentado la Campaña Salud Oral y Deporte, una iniciativa en la que participa también la Sociedad Española de Odontología del Deporte (SEOD) y en la que se han inscrito más 922 clínicas de toda España.

El acto de presentación tuvo lugar en el Espacio KOI, en Madrid, donde se celebró un coloquio en el que intervinieron los Dres. Óscar Castro y Manuel Máiquez, presidente del Consejo General de Dentistas y de la SEOD, respectivamente; al igual que la taekwondista Ariana Cerezo y el tenista Feliciano López.

Durante su intervención, Castro recalzó que "la salud oral, como parte fundamental de la salud general, influye directamente en el rendimiento deportivo. De hecho, algunos problemas de origen bacteriano como la caries y la enfermedad periodontal pueden originar patologías cardiovasculares, inflamación y lesiones musculares. Por otro lado, factores funcionales como la maloclusión y las alteraciones en la articulación temporomandibular derivan en cambios de la potencia muscular, generan problemas musculares, cambios en el apoyo plantar etc. Es decir, todos ellos incrementan el riesgo de lesión en el deportista, a la vez que contribuyen a una clara disminución del rendimiento".

Entre el 13 y el 39% de todos los traumatismos dentales están relacionados con el deporte. Los más frecuentes son la laceración de tejidos blandos, contusiones, fracturas coronarias y radiculares, avulsiones, fracturas dentoalveolares y luxaciones mandibulares. Por eso es tan importante el uso de medidas preventivas como cascos, protectores bucales y otros equipos de protección, que reducen el impacto sobre el deportista y, por tanto, de las lesiones. "Actualmente, las técnicas están muy avanzadas y los protectores son más cómodos, seguros y fáciles de usar", declaró Castro.

Como muestra de ello, la FDE -con la colaboración de la SEOD- han desarrollado los protectores bucales de 6 jugadores internacionales (3 chicos y 3 chicas) de la Selección Española de Hockey y el de Adriana Cerezo.

La taekwondista manifestó que era "el primer protector bucal que me hacen a medida y totalmente personalizado, y la diferencia con los que he utilizado anteriormente es asombrosa. Es muy cómodo y espero que me ayude en la competición. Para los que practicamos deportes de contacto, estos protectores bucales son indispensables". La deportista agradeció "tanto a la FDE como al Dr. Máiquez y su equipo el haberme realizado este protector y también la profesionalidad y la amabilidad con las que me han tratado".

El Dr. Máiquez explicó que, aunque el dispositivo por excelencia del odontólogo deportivo es el protector bucal, "no debemos olvidar las placas optimizadoras y las férulas deportivas que están especialmente indicadas para los deportes en los que la protección de los dientes no

Cientos de clínicas se unen a la Campaña Salud Dental y Deporte

El Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española, con la colaboración de la Sociedad Española de Odontología del Deporte, lanzan la Campaña Salud Oral y Deporte, cuya finalidad es concienciar sobre el importante papel que cumple la salud bucodental en el rendimiento físico.

Fotos: CGDE



En el lanzamiento de la Campaña Salud Oral y Deporte se discutieron medidas preventivas, ya que entre el 13 y el 39% de todos los traumatismos dentales están relacionados con el deporte. En la imagen aparecen Manuel Máiquez, presidente de la Sociedad Española de Odontología del Deporte; el tenista Feliciano López, la taekwondista Ariana Cerezo y Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas.

portistas", concluyó el presidente de la SEOD.

Recomendaciones para deportistas

Tanto los deportistas de élite como los "amateur" necesitan cumplir pautas básicas para mantener una buena salud oral. En el caso de los profesionales, estas normas pueden ser más estrictas, según su situación:

-Cepillarse los dientes, al menos, 2

veces al día y durante 2 minutos

(30 minutos después de la ingesta en caso de ácidos) con pasta fluorada.

-Visitar al dentista, al menos, una vez al año, dependiendo del riesgo de patologías.

-Llevar una dieta saludable, limitando los alimentos y bebidas con alto contenido en azúcares.

-Evitar el tabaco y el alcohol.

-Se recomienda el uso de protector bucal en caso de practicar deportes de contacto.

-Asegurarse de que cualquier prescripción farmacológica de uso odontológico sea compatible con el ejercicio físico y, cuando compita, con las políticas antidopaje.

Por su parte, el tenista Feliciano López declaró que acude a revisiones periódicas con el dentista desde que era niño y que siempre ha estado "muy concienciado con el cuidado de su salud oral porque influye directamente en la salud general".

Además, el tenista ha recordado que llevó por un tiempo ortodoncia invisible para corregir problemas de alineamiento y de oclusión, tratamiento que resultó muy eficaz. "Recomiendo a todos los deportistas que cuiden su salud oral y que visiten al dentista de forma periódica para tratar cualquier patología a tiempo y evitar complicaciones mayores", aconsejó.

En la web saludoralydeporte.es se puede encontrar información, vídeos y material específico dirigido tanto a dentistas como a ciudadanos que practiquen deporte de forma habitual o profesional.

—Consejo General de Dentistas



Siempre que se practiquen deportes de contacto se debe utilizar un protector bucal hecho a medida por un odontólogo, según advirtieron en el evento el Consejo General de Dentistas y la Sociedad Española de Odontología del Deporte.



El empoderamiento del paciente mejora la calidad del cuidado, el seguimiento del tratamiento periodontal recomendado y a las prácticas de autocuidado.

La importancia del empoderamiento del paciente

La comprensión y el conocimiento del impacto de la enfermedad periodontal sobre la salud general por parte de los pacientes suele ser limitado. Este desconocimiento es un problema significativo, no sólo porque la enfermedad periodontal puede conducir a la pérdida de dientes, sino también porque se ha asociado con una variedad de otras afecciones de salud sistémica, que incluye enfermedades cardíacas, diabetes y complicaciones durante el embarazo.

Tener conciencia de estas implicaciones es el primer paso hacia la prevención, empoderamiento y tratamiento de la enfermedad periodontal; por eso, para que los pacientes se involucren activamente en la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal, deben estar informados sobre la existencia de soluciones, así como de los riesgos asociados con la presencia de una enfermedad de las encías y de la conexión que tiene con otras enfermedades sistémicas.

“El empoderamiento del paciente es la clave en el éxito del tratamiento periodontal”, según destacó la higienista Rosa Tarragó en una sesión del congreso Sepa Bilbao’24. Y para lograr esto, a juicio de la presidenta de la Asociación Profesional de Higienistas Bucodentales de Aragón, “el papel del higienista dental es clave, y debe ser el encargado de liderar este empoderamiento y de concienciar sobre la enfermedad periodontal y sus consecuencias”. Tarragó subraya que como “el higienista

El empoderamiento del paciente es un aspecto fundamental para el éxito del tratamiento periodontal y la clave para ello es el higienista, que es la primera persona con la que tiene contacto en la atención dental preventiva.



El empoderamiento permite también que los pacientes participen en el diseño de su plan de tratamiento y en la toma de decisiones, según Rosa Tarragó, presidenta de la Asociación Profesional de Higienistas Bucodentales de Aragón.

es el primer punto de contacto en la atención dental preventiva: su enfoque en la educación del paciente le coloca en una posición decisiva para fomentar el empoderamiento”.

¿Qué es el empoderamiento en la clínica dental?

Mejorar el empoderamiento del paciente periodontal no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también aumenta la adherencia al tratamiento periodontal recomendado y a las prácticas de autocuidado.

Tener a un paciente empoderado supone ofrecerle información imprescindible y necesaria, basada en la evidencia, así como otorgarle las herramientas necesarias para que tome decisiones informadas sobre su cuidado.

“Esto incluye una comprensión clara de sus condiciones orales, las opciones de tratamiento disponibles y los pasos preventivos que pueden tomar para mantener una buena higiene bucodental”, apunta Rosa Tarragó, quien añade que “el empoderamiento también abarca la habilidad para

que los pacientes se involucren activamente en el diseño de su plan de tratamiento y en la toma de decisiones, asegurando que sus preferencias sean tenidas en cuenta”.

Óxido nitroso y fidelización del paciente

Hay factores que inciden negativamente en todo este necesario proceso de toma de decisiones y, sobre todo, en la propia decisión de acudir al dentista regularmente. El miedo al dentista hace que muchas personas retrasen su visita con el odontólogo, poniendo en riesgo su salud oral.

Hay muchos recursos actualmente para combatir la odontofobia; entre ellos, los odontólogos usan en determinadas ocasiones óxido nitroso (el conocido como ‘gas de la risa’), un método de sedación seguro y eficaz. Funciona con celeridad, relajando a las personas, y sus efectos desaparecen rápidamente después de respirar oxígeno puro a través de una mascarilla. Según Sol Archanco, expresidenta de la Unión de Colegios de Higienistas Dentales de España, “el óxido nitroso puede ser una herramienta valiosa al mejorar la percepción del paciente en su atención den-

tal, por la disminución del miedo y la ansiedad, que son factores asociados a los procedimientos odontológicos”; a su juicio, “hace que el paciente se siente más seguro y cómodo”.

El óxido nitroso no produce una pérdida de conciencia, por lo que los pacientes pueden responder y colaborar a las instrucciones del dentista; reduce la percepción del dolor y produce una sensación de relajación y euforia. Se administra mezclado con oxígeno a través de una mascarilla nasal y el paciente lo inhala durante todo el proceso. Además, su rápida eliminación del organismo permite a los pacientes recuperarse rápidamente y sin efectos secundarios prolongados.

Como consecuencia de todo ello, como destaca Archanco, “el paciente experimenta una atención personalizada y orientada a su bienestar, generando una relación de confianza con el dentista, aumentando la satisfacción respecto a la atención recibida”; es más, según opina, “el empleo de óxido nitroso, además, puede convertirse en otro factor de diferenciación respecto a otras clínicas dentales”. No obstante, como matiza esta higienista, “tales ventajas requieren conocer y seguir las pautas y protocolos científicamente establecidos para la administración segura del este gas por parte de todo el equipo odontológico”.

CURAPROX

BE YOU

UNA EXPLOSIÓN DE SABORES PARA TU SONRISA




GIN TONIC +
CAQUI




POMELO +
BERGAMOTA




MORA +
REGALIZ




MELOCOTÓN +
ALBARICOQUE




MANZANA +
ALOE VERA




SANDÍA



SIENTE LA DIFERENCIA DESDE EL PRIMER CEPILLADO

**PIDE UNA VISITA
COMERCIAL**

Formulario de contacto



La osteonecrosis maxilar inducida por medicamentos es una patología que está experimentando un aumento en su frecuencia, reflejado en una mayor incidencia y prevalencia. A diario se identifican más factores de riesgo, tanto locales como sistémicos, que contribuyen a su desarrollo, así como aumenta el número de fármacos implicados en esta condición. Es fundamental que los dentistas, tanto generales como especialistas, se mantengan actualizados de manera integral en este tema, ya que fármacos asociados con osteonecrosis como los antirresortivos, antiangiogénicos e inmunomoduladores se prescriben regularmente para diversas patologías.

El objetivo de este artículo es proporcionar una actualización detallada de los principales aspectos que deben ser conocidos sobre esta entidad por todos los profesionales de la odontología.

La definición de osteonecrosis de los maxilares relacionada con medicamentos (MRONJ) incluye la presencia de hueso expuesto o sondable a través de una fistula intraoral o extraoral en la región maxilofacial que persiste por más de 8 semanas, en pacientes con tratamiento actual o previo con terapia antirresortiva sola o combinada con moduladores inmunológicos o medicamentos antiangiogénicos, y sin historial de radioterapia o enfermedad metastásica en la mandíbula.

Debido a la abundante evidencia en la literatura que asocia múltiples medicamentos con la osteonecrosis, es crucial conocer estos fármacos para una realizar práctica clínica adecuada. Una forma práctica de identificarlos en nuestra consulta es a través de los sufijos. Dado que comúnmente se reconocen solo unos pocos, como el alendronato, el zolendronato y el denosumab, es útil contar con una guía más detallada.

A continuación se presenta un cuadro que clasifica las familias de medicamentos y los fármacos involucrados en la osteonecrosis maxilar de cada una de estas familias. (Ver Tabla 1)

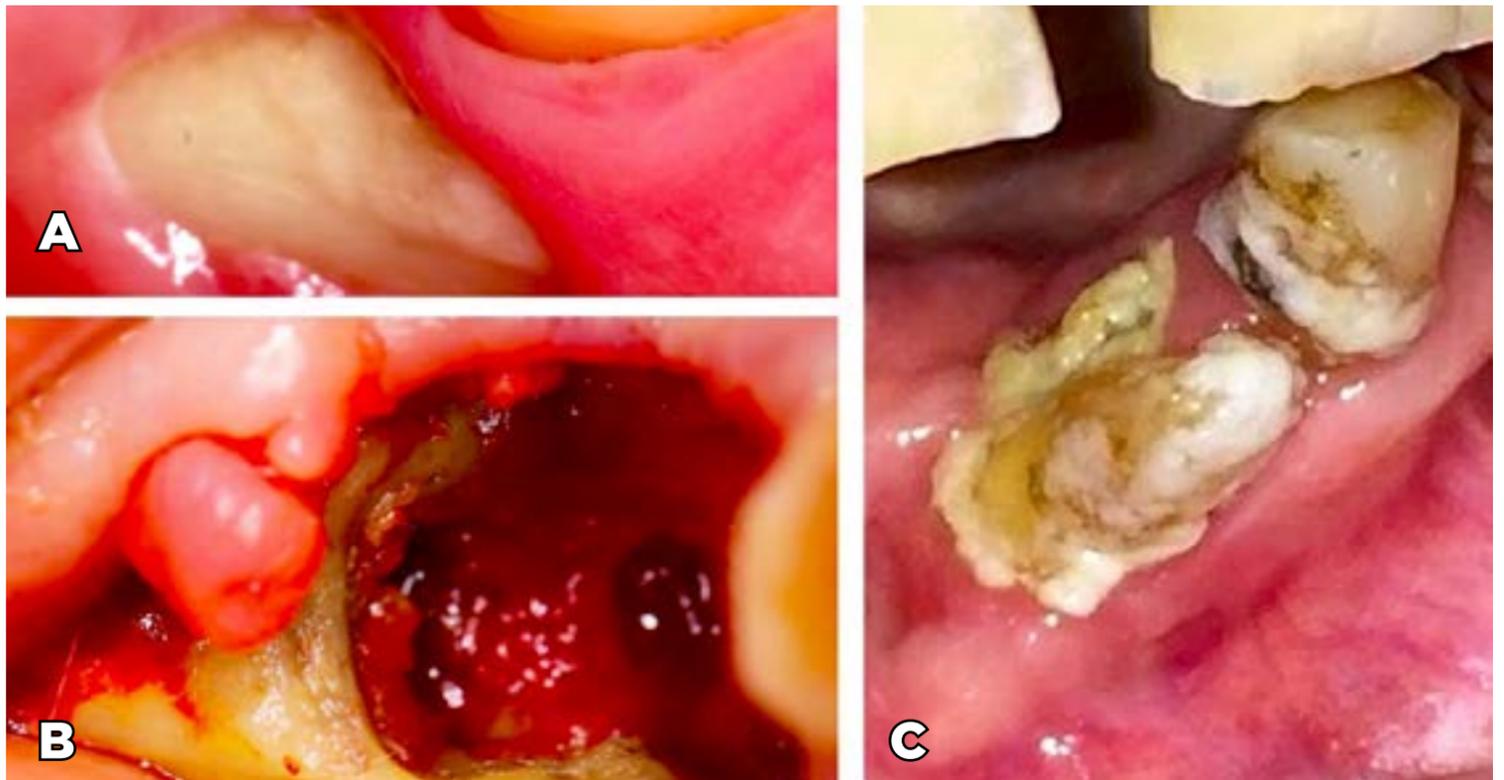
Estadios de la osteonecrosis

Los estadios nos permiten agrupar una serie de características clínicas y radiográficas con el fin de determinar la severidad de la condición y asimismo instaurar protocolos de manejo con base en estos hallazgos. (Ver Tabla 2)

A continuación se muestran imágenes de los estadios clínicos de la osteonecrosis. (Ver imágenes de estadios)

Factores de riesgo locales

Los principales factores locales de riesgo incluyen: periodontitis, infecciones periapicales, restos radiculares, periimplantitis, exostosis y el uso de dentaduras. Identificar y tratar estos factores es clave para evitar la progresión de la enfermedad.



Tres de los cuatro estadios de la necrosis maxilar. Estadio 1, en el que paciente presenta evidencia clínica de hueso necrótico expuesto, pero no experimenta dolor (A); Estadio 2, donde se observa hueso expuesto con signos de infección y el paciente suele experimentar dolor (B) y Estadio 3, en el cual se presentan fracturas patológicas, fistulas extraorales y la condición afecta también a estructuras cercanas.

Fármacos implicados, estadios de la enfermedad y principales factores de riesgo

Estrategias para prevenir la osteonecrosis maxilar inducida por medicamentos

El número de casos de osteonecrosis inducida por medicamentos aumenta constantemente. Por ello, es indispensable conocer todos los fármacos implicados, sus factores de riesgo y los diferentes estadios de esta grave enfermedad para poder tomar decisiones clínicas adecuadas. Y, sobre todo, es necesario que los profesionales de la odontología implementen estrategias para su prevención, que es el mejor tratamiento posible.



Autores		
Melissa Hernández es Periodoncista graduada en la Universidad de Antioquia, Colombia.	María Arboleda es Periodoncista graduada en la Universidad CES, Colombia.	Iván Herrera es Periodoncista con práctica en Barranquilla, Especialista en Farmacia Clínica por la Universidad del Atlántico y en Farmacovigilancia por la Universidad de Sevilla (España).

Factores de riesgo sistémicos

Los principales factores de riesgos sistémicos en la ONMM incluyen diabetes mellitus, tabaquismo, terapia con corticoides y la presencia de cáncer. Estos elementos pueden aumentar la susceptibilidad del paciente a desarrollar esta condición, por lo que es fundamental considerarlos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Los pacientes con cáncer tienen un factor de riesgo alto de desarrollar osteonecrosis maxilar por medicamentos, especialmente en pacientes tratados con bifosfonatos y medicamentos antiangiogénicos. Estos fármacos comprometen la vascularización y la capacidad de cicatrización del tejido óseo. Adicionalmente, el estado inmunocomprometido y los tratamientos concurrentes, como el uso continuo y prolongado de corticoides, puede aumentar aún más el riesgo de desarrollar esta entidad.

Análisis cualitativo del perfil bioquímico óseo

Es fundamental mantener niveles óptimos de calcio y vitamina D para prevenir complicaciones como la osteonecrosis maxilar (ONM). El hueso osteoporótico, que presenta un balance negativo o falta de calcio, se trata frecuentemente con suplementos de vitamina D y calcio, o con ejercicio moderado en casos sin riesgo de fractura, para mejorar la salud ósea. La hipovitaminosis D reduce la

absorción de calcio, provocando hipocalcemia, lo que activa la secreción de la hormona paratiroidea (PTH). La PTH actúa para mantener niveles estables de calcio en el cuerpo, promoviendo la resorción ósea cuando el calcio es insuficiente.

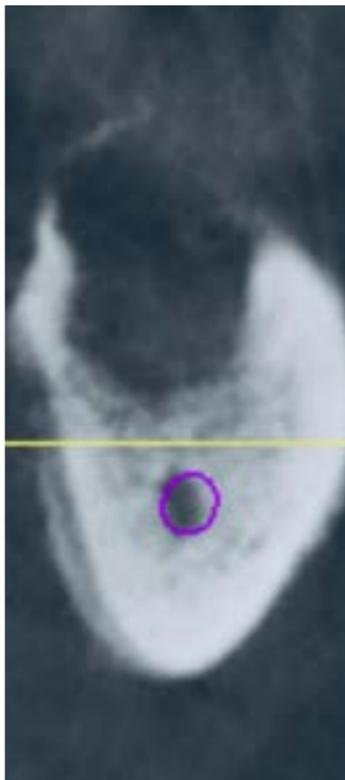
Mantener niveles óptimos de vitamina D es esencial para evitar un aumento inapropiado de PTH, que puede causar destrucción ósea. Una anamnesis detallada considerando los suplementos diarios de vitamina D y calcio, así como una consulta con un endocrinólogo, es crucial para prevenir la ONM y otros efectos adversos durante el tratamiento con bisfosfonatos.

Conclusión

La osteonecrosis maxilar inducida por medicamentos es un desafío clínico que requiere la atención de la comunidad odontológica. La identificación de nuevos factores de riesgo y fármacos implicados es fundamental, por lo que los dentistas deben mantenerse actualizados sobre esta condición para prevenir complicaciones en sus pacientes. La formación continua y la colaboración multidisciplinaria son esenciales para manejar adecuadamente este problema, garantizando así una atención dental más segura y efectiva.

Tabla 1. Fármacos involucrados en la osteonecrosis maxilar	
Bifosfonato: Zolendronato, Ibandronato, Pamidronato, Alendronato	Sufijo: -ato - ácido - onico
Anticuerpo monoclonal: Denosumab, Bevacizumab, Romozoxumab, Adalidumab, Infliximab	Sufijo: -mab
Proteínas de fusión recombinantes: Aflibercept	Sufijo: -mab
Inhibidores de la tirosina quinasa: Aflib Sunitinib, Imatinib	Sufijo: -nib
Moduladores selectivos del receptor de estrógeno: Raloxifeno	Sufijo: -feno
Diana de rapamicina en células de mamífero M Tor: Everolimus	Sufijo: -limus

Tabla 2. Estadios de la osteonecrosis	
ESTADIO 0	<p>Se caracteriza por la ausencia de evidencia clínica de hueso necrótico; sin embargo, el paciente puede experimentar síntomas como dolor en la zona maxilar.</p> <p>Los hallazgos radiográficos pueden mostrar zonas de osteólisis, que son áreas de pérdida ósea en la mandíbula o maxilar.</p> <p>Este estadio temprano requiere monitoreo cuidadoso para prevenir la progresión de la enfermedad.</p>
ESTADIO 1	<p>El paciente presenta evidencia clínica de hueso necrótico expuesto; sin embargo, no experimenta dolor ni signos de infección.</p> <p>Radiográficamente presenta zonas de osteólisis maxilar.</p> <p>Es crucial mantener un seguimiento cercano en esta etapa para controlar la evolución de la afección y determinar el mejor enfoque de tratamiento.</p>
ESTADIO 2	<p>Se observa hueso expuesto con signos de infección. El paciente suele experimentar dolor y puede presentar inflamación de los tejidos blandos circundantes.</p> <p>Es fundamental buscar tratamiento de manera urgente en esta etapa para prevenir complicaciones adicionales y controlar la infección.</p>
ESTADIO 3	<p>El estadio de mayor severidad, donde se presentan fracturas patológicas, fistulas extraorales y extensión de la afección a estructuras cercanas.</p> <p>Esta etapa avanzada requiere atención urgente de un equipo interdisciplinario especializado para abordar la infección y la pérdida ósea para mejorar la calidad de vida del paciente.</p>



Estadio 0. Se observa que el hueso no está expuesto y no presenta evidencia clínica de hueso en estado necrótico.



Estadio 1. En esta fase hay evidencia clínica de hueso necrótico expuesto, pero el paciente no experimenta dolor ni signos de infección.



Estadio 2. En este estadio se observa hueso expuesto con signos de infección y el paciente suele quejarse de dolor.



Estadio 3. Es la fase de mayor gravedad, en la cual se presentan una amplia serie de síntomas, como fracturas patológicas (A), fistulas extraorales; además, la enfermedad afecta también a otras estructuras cercanas (B).

Jornadas de Salud Bucodental en Valencia

Foto: COHDV

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

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

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



Un grupo de participantes en la II edición de las Jornadas de Salud Bucodental organizadas por el Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana.

El programa de actividades de la jornada contó con siete ponencias ofrecidas por los Dres. Rubén Agustín, Vicedecano de Odontología, de la Universidad de Valencia; Verónica Ausina, Tony Flichy, Pablo Freitas; y los higienistas dentales Ana Abadía, Silvia Oltra, Silvia Martínez y Ana Mejías.

Todos ellos, profesionales sanitarios de la sanidad pública y privada, que no dudaron en la tender mano y colaborar en la mejora de la competitividad profesional del higienista dental. Oradores y ponencias que lograron el efecto "Wow" por la frescura de las intervenciones, el nivel didáctico de las ponencias ofrecidas, que se pueden llevar a la práctica desde el minuto uno.

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

¿Implica la Odontología Digital un cambio curricular?

El diagnóstico digital revela un defecto conceptual en el desarrollo curricular de las facultades de odontología, que hemos de subsanar cuanto antes

David Suárez Quintanilla, catedrático de Ortodoncia en la Universidad de Santiago de Compostela y ex vicepresidente de Ortodoncia de IADR, aborda en este artículo un tema de gran urgencia como es la necesidad de integrar en las facultades de odontología materias de estudio que permitan a los estudiantes entender los datos que ofrece la odontología digital, para poder a su vez cumplir con las promesas diagnósticas y terapéuticas que los pacientes exigen.

Por David Suárez Quintanilla

El Dr. David Suárez Quintanilla es catedrático de Ortodoncia en la Universidad de Santiago de Compostela, España y vicepresidente de Ortodoncia de IADR.



Hace unos tres años un alumno de grado me comentaba que no entendía porque la asignatura de ortodoncia tenía que ser tan extensa cuando solo una parte de los profesionales se iba a especializar en ella y cuando sus métodos diagnósticos y terapéuticos, incluso su terminología, eran, por así decirlo, tan específicos y distintos, en parte, al rutinario proceder del resto de la odontología.

Reflexionando sobre los comentarios del alumno, caí en la cuenta de que esta visión no solo era la de él, sino la de una mayoría de la profesión. Desde que en 1839 los dentistas estadounidenses Horace Hayden y Chapin Harris, fundaran la primera escuela dental del mundo, la Baltimore College of Dental Surgery, donde se impartía el grado de "Doctor en Cirugía Dental", gran parte de las facultades de odontología del mundo han sido en realidad facultades de cariología (y sus consecuencias) prestando menor importancia al resto de la patología odontológica (sea ortodoncia, disfunción ATM, patología médica oral, periodoncia).

Historiográficamente, la ortodoncia, por la ineficacia de sus tratamientos y por los escasos profesores que la conocían y practicaban, fue durante muchos años un apéndice del núcleo curricular de la carrera, a pesar de ser históricamente la primera especialidad de la odontología. Aún hoy en muchas facultades de odontología se obvia su docencia o ésta queda reducida a un mínimo, dejando su verdadera enseñanza para el postgrado o master. Esta situación académica contrasta con su expansión clínica más allá del especialista, por obra



Figura 1. La tecnología digital nos brinda un torrente de información. La cuestión es si toda esta avalancha de datos y número puede ser asimilada por el dentista o si éste necesita una actualización conceptual, no solo tecnológica.



Figura 2. Esta figura y las siguientes presentan un ejemplo teórico de un paciente varón de 50 años que acude a la consulta demandando una rehabilitación general de su boca y que presenta molestias y chasquidos en ambas ATM.

y gracia de la planificación digital foránea, los miles de millones de dólares que hoy mueven los alineadores y la gran bola de nieve que arrastra a miles de pacientes que buscan una solución a sus inconclusos tratamientos plásticos, ya pagados.

A la luz de la historiografía de nuestra especialidad, y más para los que además de ortodoncistas so-

mos licenciados en medicina y cirugía, resulta paradójica esta visión reducida y cortoplacista de nuestra área de trabajo y sus contenidos, pues ésta tiene sus orígenes y razón de ser en la medicina. Un botón de muestra fueron los trabajos del inabarcable anatómico inglés J Hunter, la propuesta de creación de un médico para el tratamiento del desarrollo de los maxilares, la dentición y la corrección de las ma-

lclusiones por Delabarre en 1819 o la señera figura del médico Edward H. Angle, que elevó la maloclusión a la categoría de enfermedad con su etiología, patogenia, prevención y tratamiento.

La actual relación centrífuga de la ortodoncia con la medicina contrasta con la relación centrípeta, incluso algo forzada, de otras áreas de la odontología como la

periodoncia. Es una evidencia, sin embargo, que el camino de la cosmética plástica por donde parecen deambular muchos compañeros ha de tener una vía médica paralela donde se aborden los indiscutibles retos médicos de la ortodoncia: respiración y vías aéreas superiores, patología articular y muscular del aparato estomatognático, crecimiento y desarrollo dentofacial y todo lo relacionado con la patología del sueño con repercusión dental (roncopatía, bruxismo, SAHOS).

La eclosión de la tecnología digital, de los escáneres intraorales y su integración con los registros fotográficos y radiológicos 3D, coincide con un cambio generacional en nuestros pacientes. Los baby-boomers de los 60, los milenials con ganas de mejorar una salud y estética dental que descuidaron y los que pertenecen a la "generación Z", que matan por aparentar, pero no tienen los recursos para pagar este tipo de tratamientos. Las nuevas generaciones ya no aceptan el restituito ad integrum de la medicina hipocrática (que la sonrisa deseada entre dentro de la normalidad estadística), sino que buscan una perfección dental anormal en la naturaleza y que ésta sea mantenida en el tiempo con la responsabilidad contraída con el dentista.

Pasa a la página 9

Viene de la página 8

Me resulta chocante, y creo que a la mayoría de los especialistas en ortodoncia también, que nuestros pacientes nos exijan la perfección del alineamiento y la oclusión hasta el infinito, pero que cualquier paciente periodontal, después de años de raspado y alisado, vea como lo más normal del mundo la extracción de sus dientes y la colocación de implantes. ¡Mucho nos queda aún por aprender a los virginales ortodoncistas de la gramática parda de otros especialistas!

En cualquier caso, la situación se ha complicado por un tipo de paciente que hoy, afortunadamente, abunda en nuestras clínicas: el paciente emocional que aspira a la perfección de su sonrisa; el paciente que no compra lo que necesita, sino lo que desea. Hay que recordar que este tipo de paciente representa el 20% de aquellos que acuden a nuestras clínicas, pero que nos generan el 80% de nuestros beneficios por el tipo de tratamiento que demandan. Su ventaja es evidente: la mayoría están dispuestos a gastar buenos dineros en su tratamiento, y su desventaja también: quieren la perfección hasta el límite de la blancorexia. Baste ver cualquier gala televisiva, la alfombra de los Oscar o la más castiza de los Goya, para certificar el gusto por las sonrisas antinaturales blanco España, los dientes (carillas) grandes y perfectamente alineados rodeados por unos labios grandes y biprotrusos a base de generosas dosis de hialurónico; son los filtros fotográficos de nuestros móviles, pero de carne y hueso.

Esta unificación mundial del canon de la sonrisa ideal unido a las promesas digitales de los clinchek y la futurible sonrisa han complicado la vida al dentista clásico, cuyos pacientes racionales (el 80% de su clínica) estaban contentos con sus tratamientos estándar de extracciones, empastes, prótesis parciales removibles y ortodoncia de andar por casa. La ignorancia es salud y nadie echa de menos lo que no conoce; las redes sociales han impuesto el canon de la sonrisa digital y han dado, para nuestra desgracia, hasta al más cerril de los incultos funcionales el título de doctor Google.

La combinación de redes sociales, dentistas-influencers, muy acordes, en moda y preferencias sexuales, con las estafalarias minorías que hoy tratan de imponer sus gustos y vicios a toda la sociedad y la tecnología digital, están cambiando nuestro panorama profesional. En estos momentos de crisis, donde no podemos, desgraciadamente, aumentar, como debiéramos, nuestros honorarios, cumple mejorar la rentabilidad de nuestras clínicas a base de incrementar el porcentaje de pacientes emocionales; pacientes que están dispuestos a muchos sacrificios, personales y económicos, por alcanzar el olimpo de la sonrisa perfecta, pero que, a su vez, nos demandan un nivel terapéutico que ha de rozar las cimas de ese olimpo digital. Para muchos dentistas la odontología digital brinda promesas que cuesta convertir en realidades útiles (diagnósticas o terapéuticas) y rentabilizar por falta de formación.

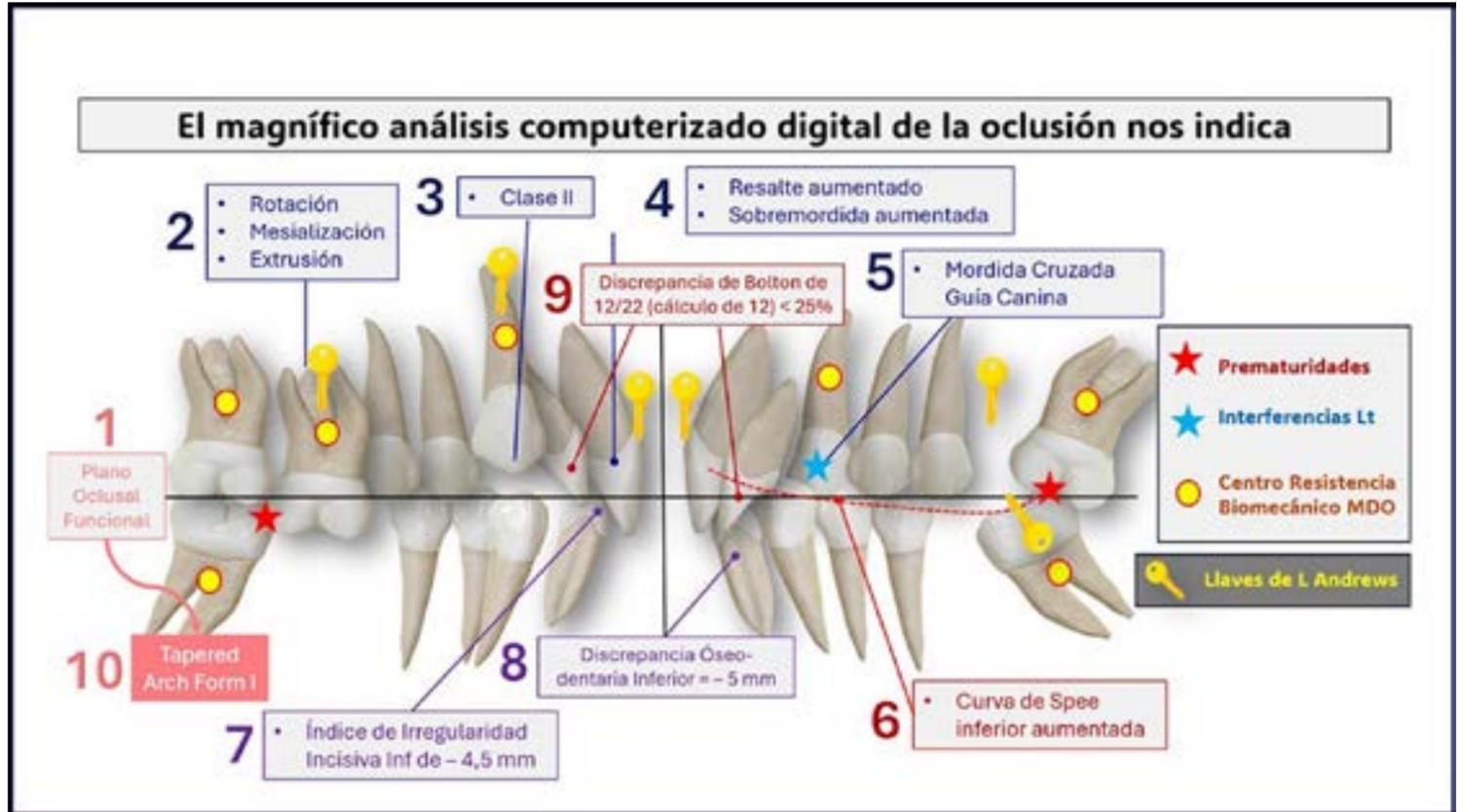


Figura 3. El programa de análisis oclusal nos da estos resultados.

Durante muchos años los registros diagnósticos para las grandes rehabilitaciones eran específicos de la prótesis: fotografías, montaje de modelos de escayola en articulador, registros de oclusión de cera o silicona, radiografía panorámica y más excepcionalmente TAC, CBCT o RM. La irrupción en las clínicas de los escáneres intraorales y sus programas asociados ha traído un cambio radical en la información diagnóstica, en calidad, pero también cantidad, de la mano de la realidad virtual y aumentada, así como de la integración de los registros (imágenes del escáner intraoral y del CBCT, por ejemplo, con el escáner y fotografía facial). Esta nueva odontología digital ha sacado a la luz un problema: el exceso de información que el dentista recibe y que no puede asimilar por falta de formación previa en el grado o durante su especialización no ortodóncica.

El diagnóstico digital nos ha enseñado que existe un defecto en el desarrollo curricular de las facultades de odontología, que hemos de subsanar cuanto antes; pero no es un defecto o carencia tecnológica, sino conceptual.

Por un lado, hay que reconocer que la mayoría de los pacientes que acuden a las clínicas de odontología general demandando grandes rehabilitaciones están afectados por maloclusiones importantes, primarias o secundarias a las pérdidas dentarias (cierre de espacios, inclinación de los dientes vecinos, marcada extrusión de los antagonistas). A este problema se une hoy el exceso de información facilitado

por los programas de los escáneres intraorales, la fotografía y radiología digital 3D (TAC, CBCT), y digo problema porque la información que se brinda al clínico no ortodoncista no puede ser asimilada por éste al 100%.

Resulta relativamente sencillo para un ortodoncista hacer el diagnóstico visual, por exploración o radiológico de una caries, una enfermedad

periodontal o del espacio disponible para colocar un implante osteointegrado o un microimplante. Pero no resulta tan sencillo para un dentista general entender lo que el programa de diagnóstico quiere decir cuando habla de que el paciente a rehabilitar presenta una discrepancia de Bolton de los 6/12 dientes, un índice de irregularidad de tanto, una forma de arcada determinada, una discrepancia óseo-dentaria de tantos milímetros por arcada, una protrusión dentaria, respecto al LAD (límite anterior de la dentición) de x milímetros en la arcada inferior y superior, una curva de Spee o de Wilson determinada, que el biotipo del paciente sobre el que vamos a hacer la rehabilitación es tal o cual, por no hablar del número de llaves de L. Andrews que se cumplen o no en esa oclusión. Y estamos solo hablando de oclusión estática.

Pasa a la página 10

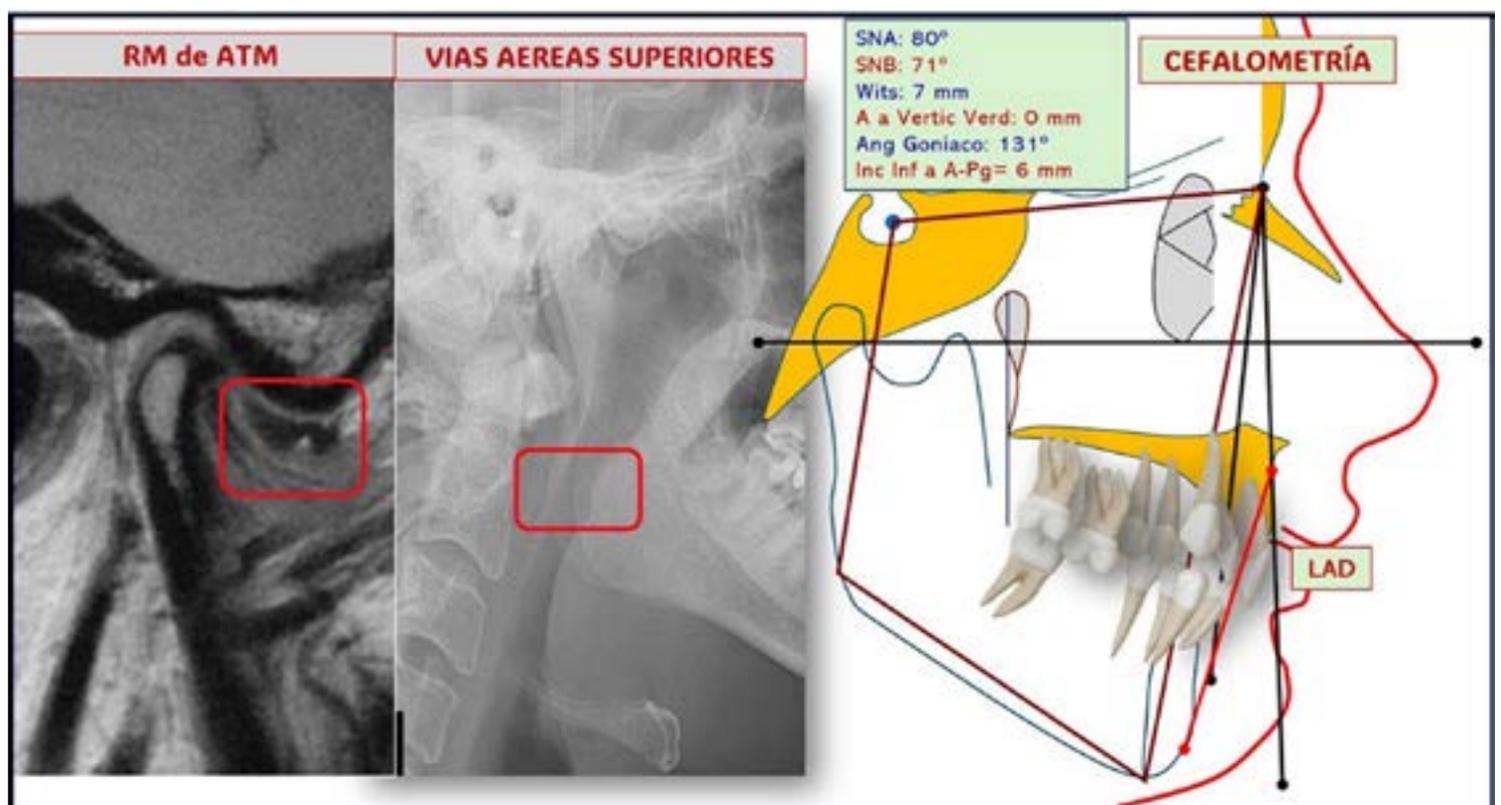


Figura 4. El análisis oclusal anterior, combinado con el análisis digital cefalométrico, las vías aéreas superiores y la RM de la ATM. ¿Está el dentista general capacitado para entender toda esta información?