

**Directrices de buenas prácticas
en las clínicas dentales.
Medidas de prevención de contagios
del SARS-COV-2**

CASOS CLÍNICOS

- Sialolitiasis de importante dimensión en glándula sublingual
- Tratamiento del maxilar posterior atrófico
- Remoción de instrumento separado en un primer molar superior
- Malformaciones vasculares en cavidad oral
- Tratamiento mínimamente invasivo de recubrimiento radicular en recesiones múltiples adyacentes mediante la técnica VISTA



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. MÁLAGA Linaje, 3 Tel. 952 35 62 64 malaga@amaseguros.com

A.M.A. MÁLAGA (Colegio Médico) Curtidores, 1 Tel. 952 36 25 80 cmalaga@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10

Seguros en



Y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



GRACIAS

No podíamos comenzar este segundo número de la revista “Dentistas de Málaga” sin dedicaros un hueco a todos vosotros. En esta ocasión, y en nombre del colegio queremos daros las GRACIAS a todos por vuestros mensajes de ánimo y comprensión durante el Estado de Alarma decretado por el gobierno de la nación. Vuestras palabras han impulsado que la Junta Directiva del Colegio de Dentistas de Málaga liderada por el Dr. D. Lucas Bermudo Añino, tomara medidas para paliar los efectos que la pandemia del Covid-19 ha provocado en nuestra profesión. El colegio ha informado puntualmente a sus colegiados sobre todas las novedades que iban surgiendo durante el periodo de incertidumbre generado por la situación de alarma sanitaria. Así mismo, la oficina administrativa siempre ha estado y estará a disposición de todos vosotros. Entre las actuaciones realizadas durante el Estado de Alarma cabe destacar la supresión de la segunda cuota trimestral del año 2020 para aliviar la economía de los colegiados malagueños, teniendo en cuenta el esfuerzo que esta medida ha supuesto para el colegio ya que a principios de año ya se había hecho efectiva una reducción de la cuota colegial. Como ya sabéis por los numerosos comunicados emitidos, el presidente del Colegio de Dentistas de Málaga alentado por vuestros mensajes ha estado en contacto permanente con el Consejo General y con las autoridades sanitarias para luchar por los intereses de los dentistas malagueños. Por otro lado, se ha adquirido y repartido de forma gratuita entre todos los colegiados un set de protección que muchos de vosotros ya habréis recogido. Por último y cuando la provincia de Málaga se encontraba en la fase 1 de desescalada se lanzó la Campaña: “Tu seguridad es nuestro compromiso” que ha comprendido una serie de actuaciones dirigidas a dar seguridad y confianza a los ciudadanos que acudían de nuevo a las consultas dentales y que es complementaria a la campaña de radio y televisión: “Sonríe de nuevo” en la que participan todos los colegios profesionales con su aportación económica al Consejo General de Dentistas de España.

Nos ha parecido una hermosa iniciativa reunir, en esta segunda edición de la revista dedicada al Covid-19, algunos de los correos electrónicos que hemos recibido:

“Agradezco mucho la gran labor de comunicación que están realizando y por las cuales me siento orgullosa. Felicidades y gracias”

“Gracias por el envío de las recomendaciones.”

“GRACIAS POR LA INFORMACION”

“Gracias al colegio por tenernos informados. Gracias a los que estáis allí trabajando y luchando por nosotros. Gracias Lucas”

“Estimado presidente, agradecemos su enorme labor por seguir luchando para que se cierren las clínicas dentales ya que no tenemos medios de protección suficientes y tampoco los administran. Se agradece enormemente que en el siguiente trimestre no se nos cobre la cuota de colegiación. Quedo atenta a sus noticias y ojalá el gobierno decida cerrar las clínicas dentales.”

“Bravo por nuestro presidente. Ánimo y mi respeto”

“Magnífica iniciativa. Gracias.”

“Ánimo!! Esto es problema de todos!! Eres y has sido siempre un buen presidente y mentor, por la parte que me toca!! Así que nadie sea capaz de reprocharte nada!! Como presidente haces lo que puedes... y si alguien no lo entiende... que se pare a pensar un segundo cómo gestionaría una crisis, no de un colegio, sino de un País!! Ánimo y saldremos de esta, juntos y apoyándonos, no reprochando!! Muchas gracias y un abrazo muy fuerte!!”

“Señor Presidente, claro que sí. Atender sólo urgencias es aportar nuestro granito de arena para ayudar a descomprimir el sistema público, y debemos ser responsables al igual que el resto de ciudadanos. Tiene todo mi apoyo. Gracias por todo.”

“Estimado Sr. Lucas Bermudo. Mi nombre es xxxxxx, colegiada en Málaga. Dadas las circunstancias tan desesperantes y novedosas que estamos viviendo, no podía pasar este correo sin ALABAR sinceramente la enorme labor que está desempeñando, tanto usted como el equipo del COEMA al completo, a la hora de mantenernos informados y actualizados. Ciertamente y en particular en estos momentos, “nunca llueve a gusto de todos” y difícilmente podamos unificarnos en opinio-

nes, pero hay compañeros que no comprenden la gran excepcionalidad del momento y la dificultad que supone contentar al gremio por igual. Paciencia, tenacidad y continúen como hasta ahora, porque la única información veraz la obtenemos de ustedes. Muchas gracias a todos por todo.”

“Agradecida por vuestra gestión. Un saludo.”

“Querido colega Lucas Bermudo. Desde mi punto de vista el colegio y usted están haciendo lo que a ustedes les compete, nos han ido informando cada vez que han tenido que hacerlo y estamos seguro que ahora más que nunca estarán deseosos de poner comunicar a todos sus colegiados las medidas a tomar. Sabemos que hay cosas que llevan su tiempo máxime cuando son de gran envergadura como es el caso. Estamos a disposición del colegio. Si le sirve de algo decirle que “nunca llueve a gusto de todos”, así que ánimo!! Estaremos atentos a las próximas noticias esperando que sean lo más adecuadas para todos. “

“Estimado presidente: Quisiera expresarte mi apoyo a las decisiones tomadas. Y hacerte llegar que las gestiones del colegio están óptimamente conducidas.”

“Muchas gracias señor Bermudo, yo desde mi opinión personal creo que su gestión está siendo competente y coherente. Muchos pensarán como yo y otros discreparán (lo deduzco por el comunicado) pero no quepa la menor duda de que muchos incluida yo le apoyamos y sabemos que hay que apretarnos los cinturones ahora y posteriormente.”

“Buenas tardes, quiero dar mi agradecimiento al colegio de dentistas de Málaga, en especial a Lucas Bermudo por la extraordinaria comunicación, no sólo en estos momentos tan insólitos, siempre. Son momentos difíciles en el que más de uno anda desubicado y alarmado pero me quedo con la tranquilidad que desde el colegio siempre he recibido toda la atención e información necesaria. Gracias. Un saludo. “

“Estimado Dr. Lucas Bermudo. Le agradezco su trabajo y esta decisión, para ponernos más fácil esta situación económica. Tiene todo mi apoyo, y espero tenga fuerza para afrontar todo este tiempo que nos queda, en un puesto muy difícil, ya que está casi atado de pies y manos, con este gobierno que nos tiene en el final de la lista. Un abrazo. Con cariño”

“Buenas tardes, le escribo para darle las gracias por la carta de hoy. Además de reclamar también se agradecer. De nuevo gracias y espero que todo vaya bien.”

“Recibido, Gracias por estar encima en momentos tan complicados”

“Buenos días. Gracias por mantenernos informados!!”

“Estimado Lucas, agradezco enormemente todo el esfuerzo que estás realizando por los odontólogos de Málaga.”

“Recibido, Lucas. Gracias por el gran trabajo que estáis haciendo para la Colegiación y para la población, que apreciamos mucho. Seguimos a la espera. Nuestros mejores deseos para todos los vuestros”

BMG

SERVICIOS TÉCNICOS SANITARIOS.

LO QUE NOS DISTINGUE

Profesionalidad y conocimiento de todas las áreas intervinientes en las etapas de diseño, construcción, legalización y registro de su establecimiento sanitario desde la concepción.

Con mas de **140 consultas y clínicas** dentales puestas en funcionamiento.

Aperturas de Clínicas

www.bmgingenieria.com

Tel. 95.231.32.26 • Movil: 622.72.11.95 • mgargut@hotmail.com

C/ Picos de la Palomas Nº: 4 • 29003. Málaga

"Muchísimas gracias por preocuparse y ocuparse. Un saludo para todos y lo están haciendo muy pero muy bien."

"Estupendo, es de agradecer la iniciativa del colegio. Muchas gracias"

"Buen día un gusto saludarlos. Quiero agradecerles infinitamente su arduo trabajo en estos momentos de cuarentena, tanto mi esposo como yo nos sentimos apoyados y protegidos por nuestro gremio representados por uds. Les manifestamos nuestro apoyo a todas las decisiones puestas en marcha y aplaudimos su gran trabajo. Saludos Colegas!"

"Quiero agradecer al Presidente la labor que está haciendo por la colegiación, soy conocedor de su valía y de su capacidad de trabajo.. Tenemos suerte de tenerlo en estos momentos difíciles como presidente.. Mucho ánimo.. Y gracias.."

"Buenos días, es buenísima idea y muchísimas gracias, un saludo."

"Estimado Colegio, mi nombre es xxxxxx y solo quiero daros las gracias porque me he sentido en todo momento informada y nunca desamparada por lo que a vuestra parte os corresponde. Gracias por las medidas q vais a tomar. Muy agradecida por que realmente es difícil conseguir el material. Un saludo y gracias por vuestro esfuerzo una vez más."

"Estimado Dr. Muchas gracias x esta iniciativa.. Todo ayuda!!! Saludos cordiales. Espero estéis bien y pronto vernos por el colegio en la rutina."

"Recibido y muy acertado. Muy de acuerdo con todo lo dicho y todo nuestro equipo pendientes de vuestros comunicados que nos están sirviendo de auténtica guía de actuación. Gracias"

"Agradecida por vuestra gestión."

"Muy agradecido por esta información y las que vendrán."

"Debo expresarles mi admiración por mantenerse activos y al pendiente de su labor, en pro de sus colegiados. Espero que estén todos muy bien de Salud al igual que todos los suyos. Gracias por esta y todas sus iniciativas, la cual me parece súper pertinente. Quedo al tanto y al servicio de ser necesario. Saludos y muchas gracias"

"Muchísimas gracias, al Presidente y a todo el equipo del Colegio, por vuestra constante labor, en estas circunstancias tan complicadas para todos!!! Un fuerte abrazo"

"Gracias por vuestros mensajes y continuo apoyo en nombre de todo nuestro equipo. Abrazos para todo el personal del Colegio de Dentistas de Málaga"

"Hola! Buenos días! Espero que estéis todos bien. Gracias de corazón por todo vuestro trabajo y apoyo."

"Muchas gracias por vuestros comunicados, y por mantenernos informados."

"Me parece una gran idea e iniciativa. Las pegatinas como comunicación a nuestros pacientes y lo del auto-bús como comunicación a toda la población para quitar miedos al acudir a nuestras clínicas, tras la gran labor que todos hacemos en protección y seguridad. Espere-mos pronto nos veamos inmunizados y libres de riesgo y con la población en mejor situación. Gracias de nuevo por vuestro buen trabajo."

"Estimado colegio: Nos hemos sentido apoyados e informados en todo momento. Muchas gracias por la labor que habéis realizado en esta época de caos. Cada email ha sido leído por cada uno de nosotros y casi cada día nos informabais de la situación por la que estábamos pasando. Muchas gracias a todo el colegio por vuestro esfuerzo y dedicación."

Pablo Romero Sánchez

DIRECTOR DE LA REVISTA DENTISTAS DE MÁLAGA

Susana Mauricio Pérez

COORDINADORA DE LA REVISTA DENTISTAS DE MÁLAGA

Dentistas de Málaga

NÚMERO 02 JULIO 2020

CARTA DEL PRESIDENTE

DIRECTRICES DE BUENAS PRÁCTICAS EN LAS CLÍNICAS DENTALES.

8. Medidas de prevención de contagios del SARS-COV-2

CASOS CLÍNICOS

14. Sialolitiasis de importante dimensión en glándula sublingual. A propósito de un caso
16. Tratamiento del maxilar posterior atrófico. A propósito de un caso
20. Remoción de instrumento separado en un primer molar superior. A propósito de un caso
24. Malformaciones vasculares en cavidad oral. A propósito de un caso
28. Tratamiento mínimamente invasivo de recubrimiento radicular en recesiones múltiples adyacentes mediante la técnica VISTA

ASESORIA JURÍDICA

34. Aplicación del Código de Ética y Deontología Dental durante el Estado de Alarma provocado por la pandemia del Covid-19

Edita:
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE MÁLAGA

Director:
Pablo Romero Sánchez

Coordinadora:
Susana Mauricio Pérez

Comité Editorial:
Lucas Bermudo Añino
Daniel Navas Lavado
Damián Sierra Ferrari
Francisco Ruiz Domínguez

Comité Científico:
Manuel Román Jiménez
Alberto Sierra Lorenzo
Antonio Armijo Salto
Francisco Ruiz Delgado
Ignacio Yáñez Vilas
Carolina Bermudo Gamboa
Aída Gutiérrez Corrales
Daniel Torres Lagares
Pepe Benítez

Colaboradores:
Leonardo Souviron Priego

Producción Editorial:
Editorial MIC
www.editorialmic.com
902 271 902



LUCAS BERMUDO AÑINO

PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE MÁLAGA



Queridos compañer@s:

Hace poco que lanzamos el primer número de la revista del Colegio de Málaga y nadie pensaba que a la hora de lanzar el segundo la situación habría sido tan diferente.

El advenimiento de la pandemia covid-19 nos ha puesto a prueba tanto personalmente como profesionalmente, en un momento en el que habíamos bajado la cuota colegial dejándola en la más baja de Andalucía. Hemos estado confinados pero con las consultas abiertas para urgencias para descongestionar el Sistema Público de Salud y hemos pasado por momentos de prueba hasta que los ERTES se confirmaron. Hemos estado trabajando tanto para daros información veraz y de utilidad como para ayudar en la concesión de los ERTES, trabajando muchas horas para que fuera una realidad. Así revisábamos todos los temas que nos llegaban y nos ofrecían como por ejemplo la desinfección con ozono que puede ser tóxico para la piel o la desinfección por ultravioleta que nos ofrecen distintas empresas y que sólo matan al virus los que tienen rayos ultravioletas C y estos también dañan al paciente.

Hemos por tanto suministrado sólo listas de productos recomendados por la administración central que son los efectivos y los que nos pueden exigir en una inspección.

Personalmente me he puesto al frente de la Junta de Gobierno y así he estado en contacto con la Delegada de Trabajo de la Junta de Andalucía para que concedieran los ERTES, con buena sintonía he de mencionarlo, hasta la concesión de los ERTES. Tened en cuenta que han tenido mucho trabajo por la cantidad de expedientes y por ser Málaga una provincia con muchas empresas. Todos conocemos trabajadores que todavía no han cobrado nada. Así mismo, hemos suspendido la cuota colegial por tres meses, que es más tiempo del que hemos dejado de trabajar.

También hemos puesto en marcha cursos on-line para aquellos que lo desearan a través de la Comisión Científica, agradeciendo el interés del Dr. Gabriel Pardo siempre preocupados por el tema.

Una vez ya que hemos empezado a trabajar y a tenor de la cantidad de recetas que se piden la cosa no va mal, hemos tratado de aconsejaros una serie de buenas prácticas para mejorar la seguridad de nuestros pacientes y la propia procurando convencer y que todos fuéramos en la misma dirección, dando información a nuestros pacientes de que las consultas son espacios seguros (pegatinas), animando a los pacientes a acudir

a las consultas con campañas locales y nacionales en autobuses, previo empujoncito del Dr. Crooke, radio y televisión y proporcionando EPIS para dentistas y auxiliares en momentos de escasez en el mercado y en los hospitales.

Ante la incertidumbre de si era o no de aplicación a las clínicas dentales el IVA tipo 0 a determinados bienes incluido en el real decreto-ley 15/2020, de 21 de abril, cuestión que a fecha de hoy está sin aclarar por parte del Ministerio de Sanidad, se buscaron distribuidores que sí lo emplearan y provocar como así fue un efecto arrastre del resto de proveedores lo que originó que al final se haya descontado el IVA de esos productos a nuestras consultas.

No hemos sido partidarios de realizar test de diagnóstico y detección de Covid-19 en las consultas por razones legales y de fracasos de más del 50% en los que nos ofrecen. Pensamos que deben ser hechos en el Sistema Público de Salud como en otras comunidades y recordad que es una enfermedad de declaración obligatoria que lleva parejo una gran responsabilidad además de no estar autorizados a hacerla.

Agradezco profundamente al personal del Colegio que ha trabajado desde casa, al servicio jurídico que recibe muchas consultas que son contestadas oportunamente y que si alguna tarda dos o tres días en hacerlo es porque son fundamentadas en derecho, tened en cuenta que luego se publican en la redes con el titular: "mirad lo que dice el Colegio".

Hemos tenido mucho trabajo pero seguro que pensáis que para eso nos habéis elegido. A mí personalmente se me ha fundido el teléfono por no hablar de la factura que me llegará y que no paga otro que yo. También ha estado a la altura el encargado de la comunicación del Colegio, el doctor Pablo Romero que seguro se ha arrepentido de no haber aceptado el puesto de Tesorero que le ofrecí en vez del de Responsable de Comunicación.

Todos han estado a la altura que se esperaba trabajando de forma desinteresada y gratuita para vosotros. Es cierto que alguna crítica hemos tenido en los momentos de más nerviosismo pero se agradecen también porque como dice el dicho: "Sed realistas, pedid lo imposible".

Mucha suerte a todos y recordad que la esterilización y la desinfección son las mejores armas para no contagiar o contagiarnos y que no haya repunte en otoño.



SOMOS EL EJEMPLO DE LO QUE LOGRA LA UNIDAD, ES EL MOMENTO DE DAR GRANDES PASOS JUNTOS PARTICIPA, VALORA, PROPÓN

Estamos trabajando para ti y también te escuchamos y te ayudamos en tu gestión.



Tienda online exclusiva para asociados COE con artículos subvencionados, nadie iguala nuestros precios.



Financiación para tus pacientes.



Gestión de subvenciones en todas las comunidades autónomas.



Marisa Narros
Abogada

Asesoramiento legal gratuito: presencial, telefónico o vía email.



Revisión gratuita de la LOPD.

Y mucho más
ASÓCIATE A COE Y DESCUBRE TODOS SUS BENEFICIOS
TODOS SOMOS COE



ASÓCIATE EN: www.circulodeodontologosyestomatologos.es/alta

91 411 97 59

91 563 91 20

606 097 121

www.circulodeodontologos.es - www.dentistascoe.com



www.dentistascoe.com/blog



Tienda de uso exclusivo para asociados al **C**írculo de **O**dontólogos y **E**stomatólogos.
Productos subvencionados por **COE**.

Todos los productos pueden ser adquiridos sin imponer o limitar cantidades

GEL HIDROALCOHÓLICO
Garrafa 5 l.
18€

MÁSCARAS DE
PROTECCIÓN OCULAR
5,90€

MASCARILLAS FFp2
Caja 40 u.
66€ / 1,65€ und.

DESFIBRILADORES
Desde
725€

FILTROS DE
AMALGAMA
97€

BRACKETS DE ZAFIRO ROTH
0,022 (CASO 20 PIEZAS)
110€

INSTRUMENTAL - TURBINAS - MICROMOTORES - LÁMPARAS
Al mejor precio

*IVA + GASTOS DE ENVÍO NO INCLUIDOS

ASÓCIATE A COE Y DISFRUTA DE TODOS SUS BENEFICIOS



ASÓCIATE EN: www.circulodeodontologosyestomatologos.es/alta

91 411 97 59

91 563 91 20

606 097 121

www.circulodeodontologosyestomatologos.es - www.dentistascoe.com



MEDIDAS ESPECÍFICAS

Directrices de buenas prácticas en las clínicas dentales

Medidas para la prevención de contagios del SARS-CoV-2

ANTES DE IR AL TRABAJO

1. Si se presenta cualquier sintomatología (tos, fiebre, dificultad al respirar, etc.) que pudiera estar asociada con el COVID-19 no se debe pasar consulta. Se deberá contactar con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la empresa o con el teléfono de atención al COVID-19 de la comunidad autónoma o con el centro de atención primaria y se deberá seguir las instrucciones. No se deberá acudir al centro de trabajo hasta que se confirme que no hay riesgo para usted o el resto de personas.

2. Si se ha estado en contacto estrecho con alguna persona sospechosa de Covid-19, tampoco deberá acudir al puesto de trabajo, incluso en ausencia de síntomas, y deberá ponerse en contacto con el servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales.

DESPLAZAMIENTOS AL TRABAJO

1. Siempre que puedas, utiliza las opciones de movilidad que mejor garanticen la distancia interpersonal de, al menos, 1,5 metros.

2. En relación con las medidas que se deben adoptar durante los desplazamientos, se atenderá a las instrucciones que dicten las autoridades competentes en cada momento según el tipo de transporte que se vaya a utilizar.

3. Si va caminando al trabajo, guarde la distancia de seguridad. Cuando esto no sea posible, utilice la mascarilla.

4. Si se tiene que desplazar en un turismo, extreme las medidas de limpieza y desinfección.

MEDIDAS ORGANIZATIVAS EN EL CENTRO DE TRABAJO

1. Colocar en la entrada de los centros y en las salas de espera o recepciones, carteles informativos sobre higiene de manos y medidas sobre la prevención del contagio por vías respiratorias.

2. Formar e informar a los trabajadores sobre los riesgos de contagio y propagación del coronavirus, con especial atención a las vías de transmisión, y las medidas de prevención y protección adoptadas.

3. El servicio sanitario del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales deberá evaluar la existencia de trabajadores especialmente sensibles a la infección por coronavirus y emitir informe sobre las medidas de prevención y protección necesarias.

4. De acuerdo con la normativa de riesgos laborales, será necesario informar al personal de forma fehaciente, actualizada y habitual de las recomendaciones sanitarias que deben seguir de forma individual.

5. Es preciso proveer, al personal y pacientes, de los productos de higiene necesarios para poder seguir las recomendaciones individuales, adaptándose a cada actividad concreta. Con carácter general, es necesario mantener un aprovisionamiento adecuado de jabón, solución hidroalcohólica y pañuelos desechables. El secado de las manos tras el lavado se hará con papel. Deben retirarse las toallas si las hubiera y evitar el uso de secadores de aire.

6. Mantener un aprovisionamiento suficiente del material de limpieza para poder acometer las tareas de higienización reforzada a diario. Entre ellos lejía y productos virucidas autorizados por el Ministerio de Sanidad para desinfectar.

7. Si existiera un área de recepción de pacientes debería colocarse una barrera física que proteja al personal (cristal, mampara o similar). Si esto no fuera posible debe respetarse una distancia aproximada de 1,5 metros (señalizar mediante bandas en el suelo o similar).

8. Se recomienda colocar carteles con las medidas que deben adoptar los pacientes y las normas establecidas en la clínica que velan por la seguridad de los mismos.

9. Se recomienda seguir las pautas y recomendaciones que puedan establecer los Colegios Oficiales u enti-

dades del sector, como por ejemplo el protocolo del Consejo de dentistas.

ANTES DE LA VISITA

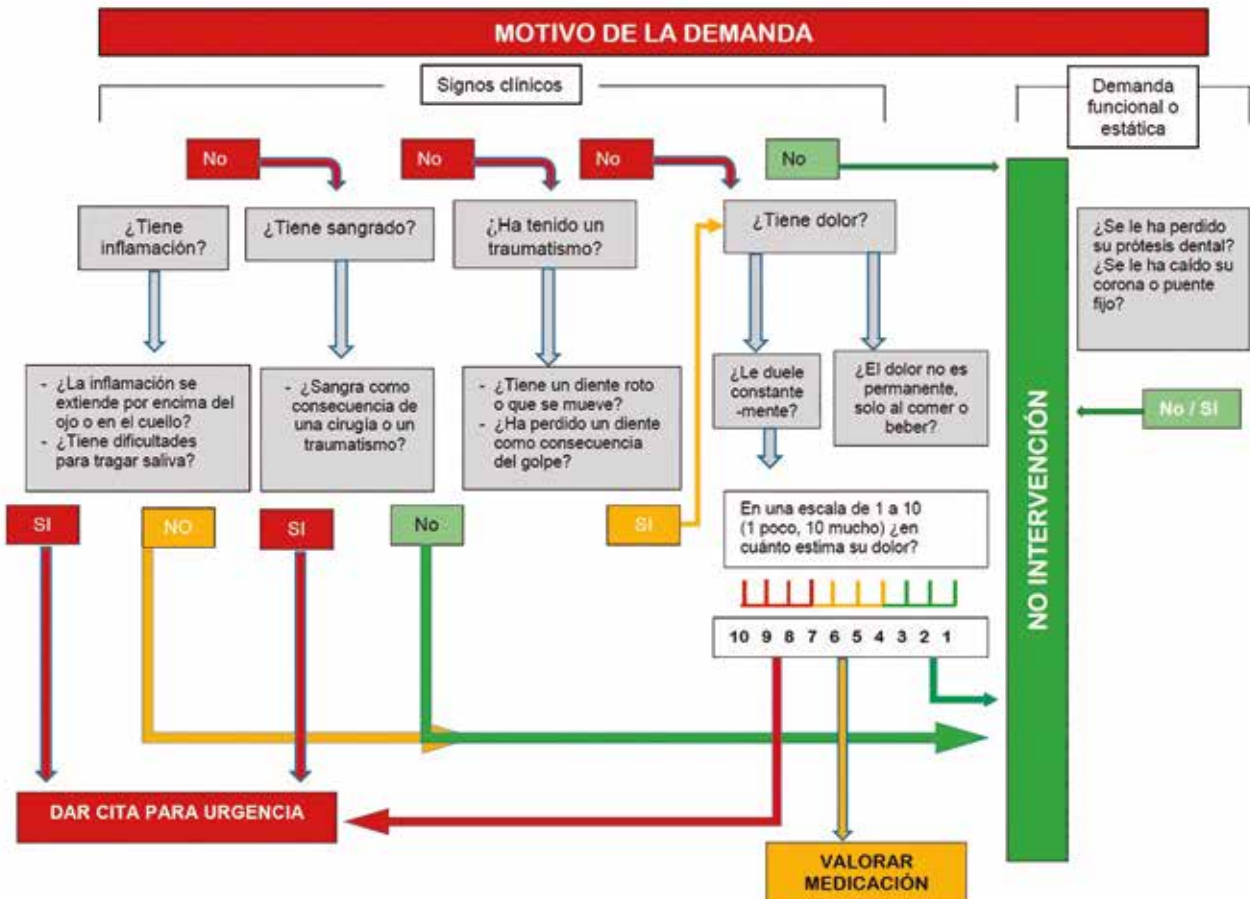
Tras el triaje previo, preferentemente por v3a telem6tica, determinar si la urgencia se corresponde con alguno de los criterios mencionados. Si no se puede dar ning6n tipo de tratamiento a distancia y se hace necesario la visita en consulta se recomienda:

1. En el caso de que alg6n paciente presente s3ntomas relacionados con el coronavirus intentar postponer la visita.
2. Programar la consulta, es decir, establecer un sistema de citas, dando prioridad a las m6s urgentes.
3. Estimar los tiempos adecuados en funci3n del tipo de intervenci3n, permitiendo adem6s un tiempo extra entre paciente y paciente que ir6 dedicado a la limpieza y desinfecci3n de

la sala, utensilios, equipos, etc. Esto ayudar6 a no acumular pacientes.

4. Garantizar una adecuada ventilaci3n en todo el local, sala de espera y gabinete.
5. Informar al paciente de todas las medidas recomendadas por Sanidad antes de venir a la consulta.
6. El paciente debe llevar mascarilla al asistir a la consulta. Si por cualquier circunstancia no la llevara se le facilitar6 antes de acceder al interior.

ANTES DE LA VISITA / TRIAJE DE PACIENTES:



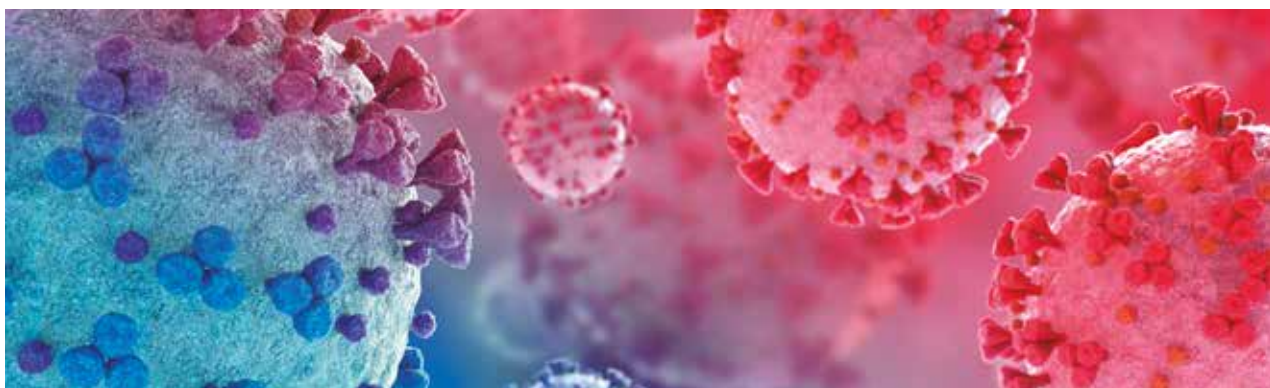
DURANTE LA VISITA DE LOS PACIENTES

1. Se debe confirmar la informaci3n facilitada por el paciente en el triaje previo realizado antes de iniciar la atenci3n.

2. Informar a los pacientes sobre las medidas de seguridad: lavado de manos antes de entrar en la cl3nica y al terminar. No llevar prendas de ropa u otros objetos que no necesitar6, estos objetos quedar6n almacenados en la sala de espera. Evitar tocar cualquier objeto con las manos.

3. Procurar en la medida de las posibilidades que solamente est3 presente el dentista y limitar al m3nimo el resto del personal.
4. Solamente puede acudir el paciente a consulta, sin dejar pasar a ning6n acompa3ante salvo que sea menor

MEDIDAS ESPECÍFICAS



- de edad, paciente con discapacidad o dependencia o cualquier otra circunstancia que justifique la presencia de un acompañante, en cuyo caso, solo podrá asistir una persona. En este caso el acompañante debe respetar la distancia interpersonal recomendada por las autoridades sanitarias y no deberá acceder al gabinete.
- Los pacientes deberán respetar una distancia entre ellos y si no es posible respetar la distancia mínima entre pacientes en la sala de espera se recomienda limitar el acceso a un único paciente y organizar la espera en el exterior. Si el tamaño de la sala de espera permite una distancia suficiente entre pacientes, podría valorarse la posibilidad de tener a más de uno, respetando siempre las distancias mínimas recomendadas en espacios cerrados.
 - Retirar los periódicos, revistas y libros de la sala de espera u otros objetos que puedan ser manejados por varias personas. Evitar la presencia de mobiliario u objetos no necesarios para facilitar la limpieza y evitar también las superficies textiles o rugosas.
 - Se recomienda facilitar al paciente cubrezapatos desechables al entrar en el gabinete.
 - Según el Consejo de dentistas se recomienda cubrir el sillón y las zonas de contacto frecuente con film de plástico entre paciente y paciente.
 - El dentista y el auxiliar o higienista dental deben ponerse todos los equipos de protección individual recomendados en la evaluación de riesgos antes de entrar al gabinete (ante cualquier duda solicitar ayuda al servicio de prevención).
 - El trabajo a cuatro manos puede facilitar la intervención y reducir la generación de aerosoles.
 - Antes de la exploración, el paciente debe enjuagarse durante 1 minuto con peróxido de hidrógeno al 1% o povidona yodada al 0.2% o cloruro de cetil peridinio al 0.05-0.1%.
 - Se deben evitar realizar procedimientos que den como resultado la formación de aerosoles y salpicaduras tanto como sea posible. No se recomienda el uso del escarificador ultrasónico ni de la jeringa aire-agua.
 - Usar aspiración quirúrgica para disminuir la propagación de aerosoles. Situar el cabezal del aspirador lo más cerca posible de la zona de intervención. Es importante asegurar que los sistemas de aspiración dispongan de mecanismo de filtrado y que descarguen al exterior en la medida de lo posible.
 - Colocar dique de goma o protector bucal siempre que sea posible para reducir las salpicaduras y aerosoles
 - Utilizar instrumentos rotatorios con válvula antirretorno.
 - Evitar radiografías intraorales. Si se requieren radiografías, solamente se aconseja la realización de las extraorales (ortopantomografía). En cualquier caso, debe primar el criterio clínico de mejor solución diagnóstica.
 - En caso de que sea necesario usar sutura reabsorbible.
 - En intervenciones donde fuera necesario el uso de material oclusivo, emplear una obturación provisional tipo Cavit o cemento ionómero, en cualquier caso, material que no requiera ajuste oclusal con rotatorio.
 - Todo aquel material que vaya a estar en contacto con la boca del paciente debe cubrirse con una funda desechable.
 - Asegurar que todo el material desechable empleado durante la intervención como gasas o similares se depositan en los contenedores adecuados con mecanismos de apertura que no requiera tocar el recipiente.

EL GABINETE



IDEAterrzas®
Su Especialista en Terrazas



CORTINAS DE CRISTAL



PÉRGOLAS



TECHOS FIJOS Y MÓVILES



TOLDOS



**VENTANAS
PVC Y ALUMINIO**

CALIDAD | FIABILIDAD | GARANTÍA

☎ (+34) 952 461 174 | 📱 (+34) 672 097 248 | ✉ info@ideaterrazas.com

www.ideaterrazas.com

MEDIDAS ESPECÍFICAS

DESPUÉS DE LA VISITA

1. Limpiar y desinfectar todas las superficies del gabinete y zonas de contacto con el paciente.
2. Renovar el aire del gabinete al final de cada visita.
3. Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón o con geles hidroalcohólicos, fundamentalmente antes y después de cada paciente y tras quitarse los EPI. Es especialmente importante lavarse después de toser o estornudar o después de tocar superficies potencialmente contaminadas.
4. Asegurar la correcta esterilización del instrumental que lo requiera entre paciente y paciente. Se deben seguir cuidadosamente todos los procedimientos de esterilización y desinfección habituales en la práctica dental para el control de infecciones.
5. Todo el material desechable debe depositarse en los contenedores específicos con tapa y accionados con pedal. Los objetos punzantes desechables como agujas deberán ir al contenedor específico para ello.
6. Extremar los cuidados a la hora de retirarse los EPI para evitar una posible contaminación. A la hora de retirar la mascarilla evitar el contacto con la cara y evitar tocar la parte contaminada. Los EPI que no sean reutilizables deberán cambiarse entre paciente y paciente.
7. Para la desinfección de las impresiones dentales se seguirán los procedimientos recomendados de desinfección atendiendo al material utilizado de impresión y los agentes desinfectantes autorizados disponibles efectivos para el SARS-CoV-2 y otros patógenos, eligiendo entre las alternativas aquellos de menor peligrosidad.
8. Se aconseja realizar seguimiento de los pacientes atendidos de forma

telefónica y preguntar por la aparición de síntomas compatibles con la enfermedad COVID-19.

MEDIDAS EN CASO DE CONTAGIO O SOSPECHA

El servicio sanitario del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales será el encargado de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos y del personal sintomático en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de Salud Pública.

MEDIDAS DE HIGIENE EN EL CENTRO DE TRABAJO

1. Se deben realizar tareas de ventilación periódica en las instalaciones y, como mínimo, de forma diaria al menos durante cinco minutos. Ventilar la sala de espera y gabinete con frecuencia y también en la consulta entre paciente y paciente.
2. Es recomendable reforzar la limpieza de los filtros de aire y aumentar el nivel de ventilación de los sistemas de climatización para renovar el aire de manera más habitual. Sería recomendable que la ventilación del gabinete sea independiente de la del resto del local para evitar la propagación de agentes patógenos. Deben evitarse los sistemas que recirculan el aire.
3. Es conveniente reforzar las tareas de limpieza en todas las estancias, con especial incidencia en superficies, especialmente aquellas que se tocan con más frecuencia como ventanas o pomos de puertas, así como todos los aparatos de uso habitual como interruptores, teclados de equipos, pantallas, mesas y ordenadores.
4. Los detergentes habituales son suficientes, aunque también se pueden contemplar la incorporación de

lejía u otros productos desinfectantes a las rutinas de limpieza, siempre en condiciones de seguridad.

5. Se recomienda incorporar en las puertas mecanismos que eviten el contacto con los tiradores.

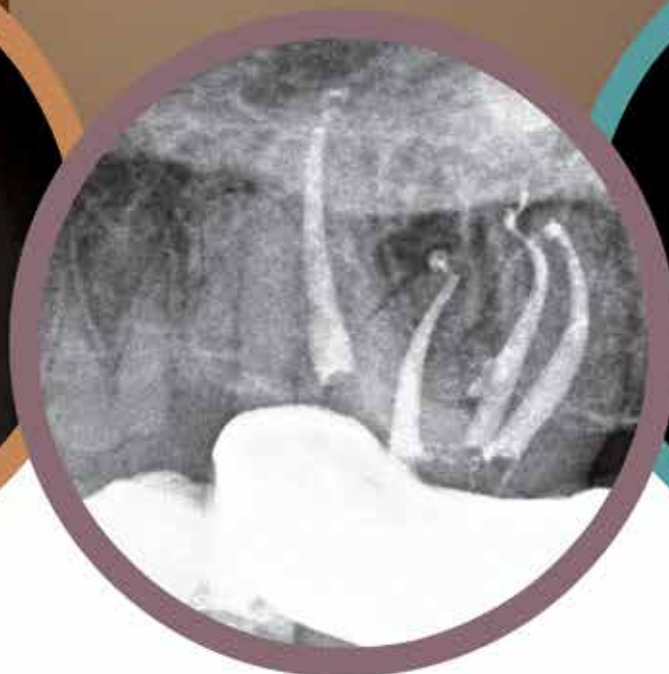
MEDIDAS DE HIGIENE PERSONAL:

Se recordará frecuentemente a los pacientes la necesidad de extremar las medidas de higiene personal: lavado frecuente de manos, evitar tocarse la cara nariz y ojos, y cubrirse la boca al toser o estornudar con el codo o con un pañuelo desechable que se tirará a una papelerera con tapa y accionado por pedal o mecanismo similar.

GESTIÓN DE RESIDUOS EN LAS CLÍNICAS DENTALES

1. Los residuos generados en la actividad continuarán gestionándose de la forma habitual, como residuos sanitarios de acuerdo con la normativa específica de cada Comunidad Autónoma.
2. Se recomienda que los pañuelos desechables que el personal emplee para el secado de manos o para el cumplimiento de la "etiqueta respiratoria" sean desechados en papeleras o contenedores protegidos con tapa y, a ser posible, accionados por pedal.
3. En caso de que un trabajador presente síntomas mientras se encuentre en su puesto de trabajo, será preciso aislar el contenedor donde haya depositado pañuelos u otros productos usados. Esa bolsa de basura deberá ser extraída y colocada en una segunda bolsa de basura y depositada en el contenedor de fracción resto.

MIRAGLIA
endodoncia



Diagnóstico CBCT,
Endodoncia Microscópica,
Retratamiento Endodóntico
y Microcirugía Apical

Especialistas en
Endodoncia Microscópica

Dr. Juan Pablo Miraglia

MIRAGLIA
endodoncia

C/ Río Mesa 11. Bloque 7, 1º V
29620 Torremolinos, Málaga.
Tel. 952 37 61 21 / 638 317 808
clinica@miragliaendodoncia.com
www.miragliaendodoncia.com
f miraglia.endodoncia

SIALOLITIASIS DE IMPORTANTE DIMENSIÓN EN GLÁNDULA SUBLINGUAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Granados Colocho, J.F.(*); Arias Chamorro, B.(*); Augustin Cordovilla, J.E.(*); Acosta Moyano, A. (*); Bermudo Añino, L.(*)

(*)Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN

Es la afectación más frecuente de las glándulas salivales, de etiología multifactorial. Por orden de frecuencia la afectación varía desde 92% en glándula submandibular, 6% en parótida hasta un 2% en glándula sublingual.

El 90 % de la afectación de la glándula submaxilar es debido a la característica ascendente del conducto de Wharton y a la alcalinidad de su saliva.

Su etiopatogenia suele ser multifactorial, involucrando deshidratación y disminución de función secretora. La saliva normal se compone de Hidroxipatita abundante, cuyos agregados mineralizados en los conductos pueden formar nidos y favorecer la formación

de cálculos, estasis salival y obstrucción, que provocan la clínica habitual en estos pacientes.

Clinicamente se muestra como un cuadro de sensación de cuerpo extraño, tumefacción y dolor en la zona de la glándula afectada que se acentúa con la ingesta de alimentos. Además puede sobreinfectarse causando celulitis y absceso de la región afectada.

El tratamiento de la sialolitiasis depende de la ubicación y del tamaño de los sialolitos. Las dimensiones de un sialolito pueden variar ampliamente, pero en la mayoría de los casos tienen menos de 10mm (Ottaviani y cols 1997). Sólo el 7% de los sialolitos son mayores de 15mm, y en estos casos, deben ser realizadas cirugías para removerlos.

En base a la escasa frecuencia de cálculos de grandes dimensiones, presentamos un caso con dichas características intervenido en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años, sin antecedentes de interés que presenta historia de induración a nivel de región submandibular izquierda de varios meses de evolución con síntomas que se intensifican tras las comidas, episodios previos de inflamación y tratamiento antibiótico que controlan dichas exacerbaciones, así como xerostomía recurrente. Consulta en nuestro servicio realizándose pruebas de imagen complementarias, que se presentan a continuación:



Ortopantomografía (Figura. 1).-



Dental-Scan (Fig.2).- se aprecia litiasis de 45mm en diametro mayor en corte axial del estudio de imagen.

Sialolitiasis de importante dimension en glandula sublingual a proposito de un caso

Ecografía (Fig. 3).- Glándula submaxilar izquierda disminuida respecto a la derecha y de bordes ligeramente irregulares con leve dilatación de árbol salivar intraglandular sobretodo en región hilar. En conducto de Warthon derecho a nivel del tercio medio, se identifica una litiasis de gran tamaño (45 x 24 mm.) responsable de su cuadro de submaxilitis crónica.



DISCUSIÓN

Los grandes sialolitos suelen ser poco comunes; sin embargo, existen en la literatura varios casos citados que exponemos en la tabla 1.-

TABLA 1.- LITIASIS DE GRANDES DIMENSIONES

Estudio	Glándula afectada	Tamaño (mm)
Mustard (1945)	Submandibular	56
Cavina y Santoli (1965)	Submandibular	70
Raskin (1975)	Submandibular	55
Tinsley (1989)	Submandibular	50
Rai y Burman (2009)	Submandibular	72
Caso actual (2014)	Submandibular	45

Las litiasis gigantes se suelen acompañar de una larga evolución de sialoadenitis, dando lugar en una glándula fibrótica y de pobre función. Las dimensiones de estas litiasis resultan en un reto diagnóstico. Implicando un abordaje quirúrgico obligatorio; ya que debido a estas dimensiones su resolución espontánea, así como otros abordajes como la litotripsia se hacen menos efectivos.

En muchas ocasiones el tratamiento de una litiasis de grandes dimensiones implica una sialoadenectomía total; sin embargo, en el abordaje quirúrgico de este caso, se realiza de manera intraoral incidiendo sobre el conducto de Wharton, evitando una cirugía cervical y una submaxilectomía completa.

El tratamiento adecuado implica un abordaje médico-farmacológico y un abordaje quirúrgico que en casos con dimensiones de las características que presentamos en este caso, se tiende a realizar mediante un abordaje extraoral; sin embargo, es conveniente considerar un abordaje intraoral que se ha podido realizar en este paciente, evitando una cirugía de mayor envergadura. Por lo tanto, siempre que sea posible es conveniente elegir un abordaje intraoral menos radical y con menores complicaciones para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Lalwani, Anil K. "Diagnostico y tratamiento en otorrinolaringología", Cirugia de Cabeza y Cuello. 2ª Ed. Lange.
- 2.-Rai, Manjunath; Burman, Richi. "Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of wharton's duct: a case report". J Oral Maxillofac Surg 67:1329-1332. 2009
- 3.-Marchal, Francis. "A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands". The Laryngoscope. 117: 373-379, 2007.
- 4.-Walvekar, Rohan R.; Bomeli, Steven R.; Carrau, Ricardo L.; Shaitkin, Barry. "Combined approach technique for the management of large salivary stones". The Laryngoscope. 119: 1125-1129, 2009.
- 5.-Oteri, Giacomo; Procopio, Rosa; Cicciù, Marco. "Giant salivary gland calculi: Report of two cases". The open dentistry journal. 5: 90-95. 2011.
- 6.-Ottaviani, F.; Capaccio, P.; Campi, M. "Parotid gland sialolithiasis: a new therapeutic option". Acta otorhinolaryngol Ital. 17(1): 58-63. Feb; 1997.

Tratamiento del maxilar posterior atrófico. A propósito de un caso

Antonio Armijo Salto, Cristina Parada Cámara
Clínica Dental Valdivia Y Armijo

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación en mandíbula posterior tiene como requisito indispensable la disponibilidad ósea y se ha demostrado ampliamente que la regeneración es un procedimiento predecible.

A menudo encontramos defectos óseos mandibulares cuya principal causa es la ausencia de función mecánica tras la pérdida dental. Además también pueden producirse defectos como consecuencia de patologías, traumatismos, enfermedad periodontal severa etc. (1)

La pérdida ósea fisiológica después de la extracción dental se ha demostrado en estudios experimentales que informan de la reabsorción ósea vertical y horizontal. Aproximadamente el 50% del volumen óseo se pierde tras la extracción del diente durante el primer año, y esta reabsorción puede alterar significativamente la disponibilidad ósea para colocar implantes (2)

Los defectos óseos se han clasificado en defectos de clase I cuando la pérdida ósea es predominantemente horizontal, defectos de clase II cuando la pérdida ósea es vertical y defectos de clase III cuando son combinados.(1)(2)(3)

Es indispensable un diagnóstico de la cresta alveolar residual para la selección de la terapia regenerativa, ya que podemos regenerar y colocar los implantes en un solo acto quirúrgico,

aplicable a defectos de clase I. Y en defectos de clase II y III se realizará el tratamiento en dos tiempos, regeneración y colocación de los implantes en diferido. (2)

No hay evidencia clara de cuál es el injerto o material de membrana ideal. Algunos autores aún consideran el hueso autógeno como el injerto de reemplazo óseo de elección, pero carecemos de información clara sobre si el uso de sustitutos óseos en forma de injertos alogénicos, xenogénicos o aloplásticos, pueden proporcionar resultados iguales o mejores. (2)(4)

En lo que sí hay consenso es que al realizar procedimientos de regeneración, tenemos cuatro elementos fundamentales que son el cierre primario de la herida y el mantenimiento del espacio, asociados al manejo de los tejidos blandos y a los aspectos de la membrana de barrera, como la biocompatibilidad, la capacidad de crear espacio, la oclusión celular, la fijación e integración, así como el tiempo de reabsorción de la misma.(1)(4)(5)(6) Y por otro lado, la estabilidad del coágulo y la angiogénesis que aumenta significativamente con la perforación de la cortical. (7)(8)

Es decir, una membrana debe ser lo suficientemente estable y biocompatible para evitar la penetración de tejidos blandos o el colapso del área de regeneración. Si es una membrana reabsor-

bible reduciremos la morbilidad al evitar una segunda cirugía para la retirada.

Tras la colocación de implantes, en muchos casos como el que se presenta a continuación, se requiere un aumento de encía queratinizada mediante un injerto gingival libre, ya que conducen a un menor acúmulo de placa y se asocian a una mejor conservación del tejido duro y blando a largo plazo.(4)(5)(8)

CASO CLÍNICO

Paciente de 47 años que acude a consulta con ausencias en los sectores posteriores mandibulares. Después de muchos años de ausencias de las piezas 36, 37, 45, 46 y 47, y ante la notable falta de eficacia masticatoria (más desarrollada esa falta en el cuadrante 4 al tener ausente también el segundo premolar) nos refiere la posibilidad de reponer dichos sectores posteriores mediante rehabilitaciones implantosoportadas.

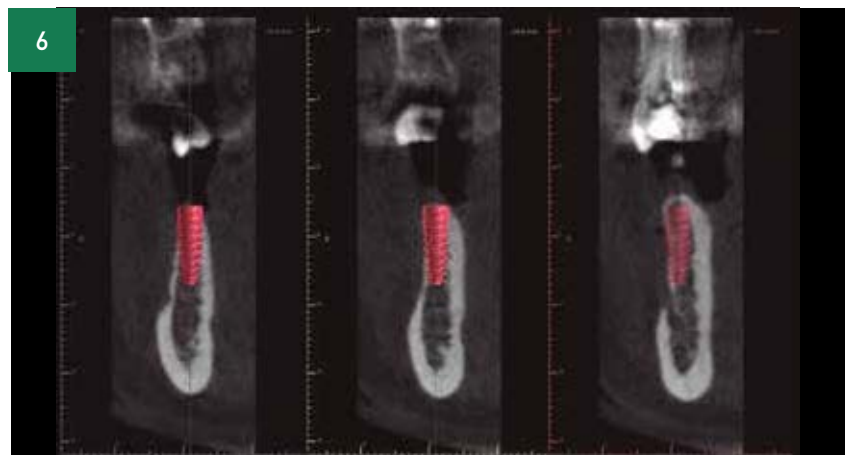
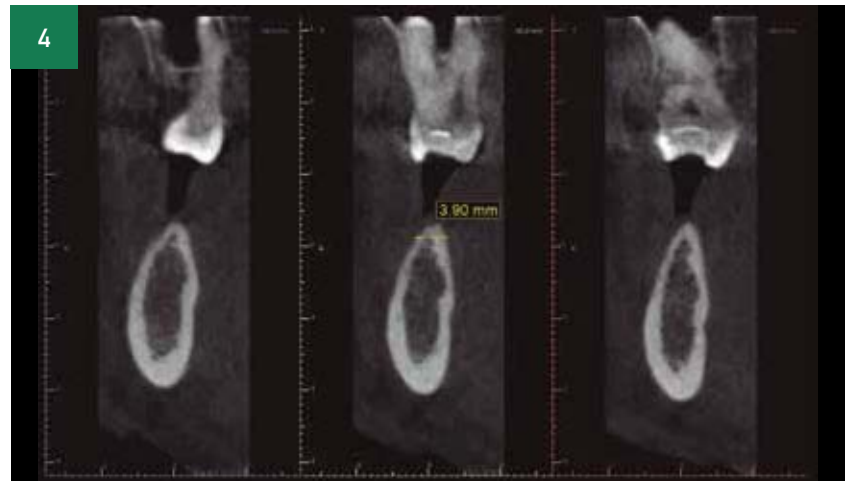
Al realizarle a la paciente la exploración clínica, nos encontramos en el cuadrante 4 una marcada ausencia de tejido en sentido horizontal así como un ligero déficit del mismo en sentido vertical. A todo ello, le sumamos una línea mucogingival en una posición muy coronal, muy cercana a la zona del reborde (Fig 1 y 2). Todos estos datos, nos hacen intuir en esta primera exploración (a falta de confirmación con exploración radio-



gráfica) sobre un defecto óseo que nos imposibilitará la colocación de implantes si no recurrimos a técnicas regenerativas.

Se solicita TAC mandibular para la realización de un diagnóstico lo más certero y preciso posible. En la imagen panorámica de dicha exploración radiográfica se observa ese leve defecto en sentido vertical a nivel del cuadrante 4, y en los cortes axiales observamos una anchura a nivel crestal de 3.98mm en la zona del 45 (Fig. 3) y de 3.90mm en la zona del 46 (Fig. 4). Mediante un Software de planificación (Blueskyplan®) realizamos una simulación de los implantes que tenemos planificados colocar (Implante NEO de Alpha Bio®) con un grosor de 3.75 y en ambos cortes axiales observamos que parte de los mismos van a quedar expuestos y sin cobertura ósea (Fig 5 y 6), por lo que concluimos en la necesidad de realizar una técnica regenerativa para mejorar dicho volumen y en una posterior cirugía, colocar los implantes.

Tras anestesia, realizamos colgajo mucoperióstico con descarga en la zona posterior y despegamiento hasta mesial de la pieza 44 sin necesidad de descarga. Observamos al exponer el hueso, el déficit tan marcado a nivel horizontal (Fig. 7). El objetivo de la cirugía es mejorar el déficit tanto en sentido horizontal como en vertical (recordemos de cuando realizamos la exploración clínica el ligero defecto de tejido que teníamos en sentido vertical).



CASOS CLÍNICOS

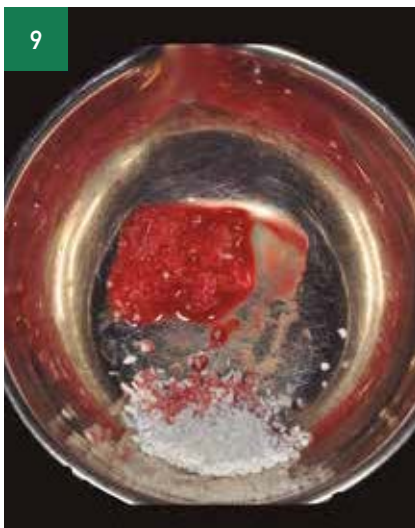
7



8



9



10



11



Al haber en la cirugía un componente de ganancia vertical en la regeneración, comenzamos fijando la membrana que utilizaremos de cobertura (Lámina cortical curva de Osteógenos®) en la zona lingual con tornillos de osteosíntesis de 1,2 x 4 mm. Realizamos perforaciones a nivel de la cortical vestibular hasta llegar a hueso medular y obtener sangrado mediante una fresa de bola y pieza de mano quirúrgica (Fig. 8). Nuestro objetivo es utilizar como material de relleno un Xenoinjerto y Hueso Autólogo en una mezcla aproximada de 50 / 50 (Fig. 9). Para ello usamos un rascador óseo (Safescraper®) para la obtención de hueso del propio paciente y lo mezclamos con un Xenoinjerto de amplia partícula (Apatos de Osteógenos®). Una vez elaborada la mezcla, la situamos en la zona del defecto (Fig. 10) y terminamos de subir dicha mezcla con el elemento barrera fijando el mismo nuevamente con tornillos en la zona vestibular (Fig. 11). Una vez fijada la membrana procedemos a despegar el colgajo lingual de la inserción del músculo milohioideo y a desperiostizar el colgajo vestibular para obtener suficiente tejido para conseguir un cierre primario y sin tensión. Suturamos combinando puntos colchoneros horizontales con puntos simples mediante hilo monofilamento de poliamida no absorbible de 4/0 (Seralon®) (Fig. 12).

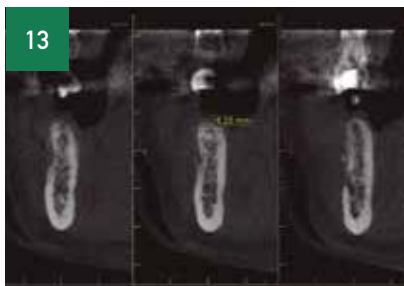
A los 6 meses mandamos a la paciente a realizarse nuevamente un TAC para evaluar la ganancia ósea y planificar la posterior colocación de implantes. En dicha exploración observamos como en el momento actual en la zona del 45 tenemos un grosor de 6.25 mm (2.27mm de ganancia) (Fig. 13) y en la zona del 46 6.15mm (2.25mm de ganancia) (Fig. 14), a parte de una mejora evidente de ganancia en sentido vertical la cual se aprecia tanto en los cortes tomográficos, en el corte panorámico y en las imágenes clínicas del paciente (Fig. 15).

Planificamos nuevamente la colocación de los implantes sobre la nueva disposición ósea y observamos como, ahora sí, el implante queda cubierto en toda su superficie por tejido óseo. Ante dicha situación, volvemos a anestesiarse a la

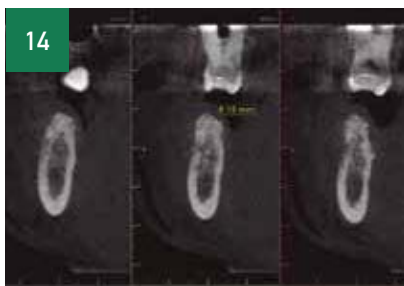
12



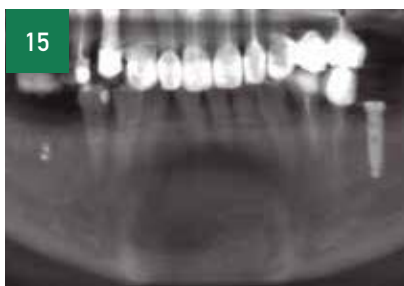
13



14

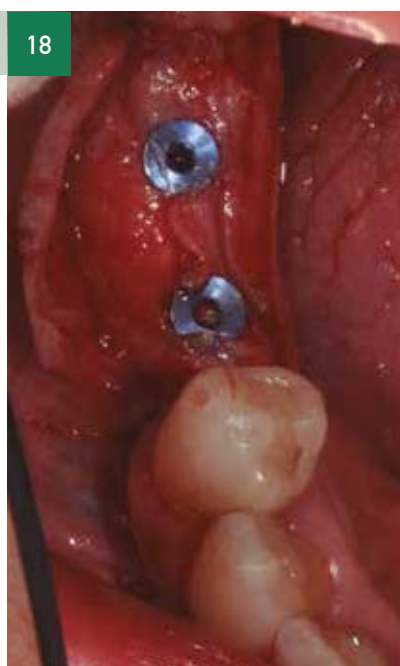
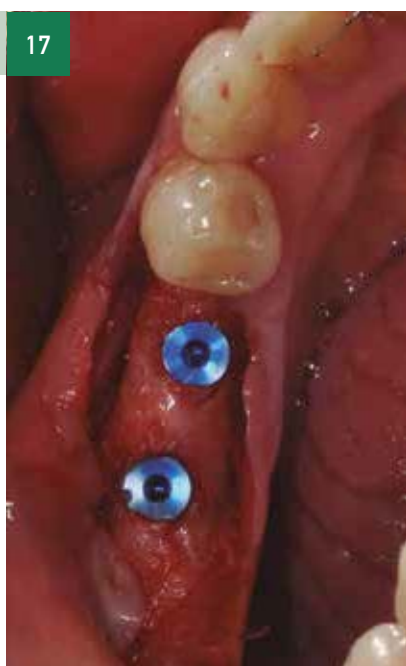


15



16





paciente y después de abrir un colgajo mucoperióstico procedemos a la colocación de los dos implantes planificados en posiciones 45 y 46 (Fig. 16 y 17).

4 meses después de la colocación de los implantes, ante la ausencia de tejido queratinizado en la exploración clínica, se decide realizar un injerto libre para la mejora del tejido periimplantario (Fig 18). Para ello recurrimos a la obtención de un injerto del paladar de la paciente (Fig 19) y dicho injerto lo perforamos con unas tijeras punzantes en las zonas de los implantes de tal manera que introducimos unos pilares de cicatrización por dicha perforación (Fig 20) y estabilizamos dicho injerto con los propios implantes terminando de suturarlo a las zonas anexas para darle la mayor estabilidad posible y obtener el mejor resultado. A las 2 semanas de cicatrización, observamos un injerto estable y vascularizado (Fig 21). Esperamos cerca de 8 semanas para la estabilización del tejido para que el prostodoncista empiece a realizar las coronas sobre implantes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Sanz, M. y Vignoletti, F. (2015). Aspectos clave sobre el uso de sustitutos óseos para la regeneración ósea de crestas edéntulas. *Materiales dentales*, 31 (6), 640–647.
- 2. Urban IA, Montero E, Monje A, Sanz-Sánchez I. Effectiveness of vertical ridge augmentation interventions: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2019;46 Suppl 21:319-339.
- 3. Seibert JS. Reconstrucción de deformados, parcialmente desdentados crestas, utilizando full injertos onlay de espesor. Parte II Interrelaciones protésicas/. *Periodontales. Comped contin Educ Dent* 1983; 4 (549-62)
- 4. Plonka, A., Urban, I., y Wang, H.-L. (2018) *Árbol de decisión para el aumento vertical de la cresta*. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 38 (2), 269–275.
- 5. Urban IA, Monje A, Lozada J, Wang HL. Principles for Vertical Ridge Augmentation in the Atrophic Posterior Mandible: A Technical Review. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2017;37(5):639-645.
- 6. Caballe-Serrano, J., Munar-Frau, A., Ortiz-Puigpelat, O., Soto-Penaloza, D., Penarrocha, M., y Hernandez-Alfaro, F. (2018). *En la búsqueda de la membrana barrera ideal para la regeneración ósea guiada*. *Revista de odontología clínica y experimental*, 0-0.
- 7. Danesh-Sani SA, Tarnow D, Yip JK, Mojaver R. The influence of cortical bone perforation on guided bone regeneration in humans. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46(2):261-266.
- 8. Sanz-Sánchez, I., Ortiz-Vigón, A., Sanz-Martín, I., Figuero, E., y Sanz, M. (2015). Efectividad del aumento de hueso lateral en la dimensión de la cresta alveolar.

Remoción de instrumento separado en un primer molar superior. A propósito de un caso



Dr. ALBERTO SIERRA
ENDODONCIA EXCLUSIVA

Alberto Sierra Lorenzo, Roberto Estévez Luaña, Alejandro Peña López.

Avenida de las Américas, 3-2º E-2 29006 Málaga
952 605 186 - 660 824 533
www.endodonciamalaga.com

RESUMEN.

El uso de instrumentos de níquel-titanio en el campo de la endodoncia ha permitido que el tratamiento de conductos se lleve a cabo de manera más predecible, eficiente y segura. Sin embargo, a pesar de las mejoras que se han hecho en el diseño de las limas y en las aleaciones del metal, la fractura de los instrumentos rotatorios continúa siendo una complicación no deseada, problemática y frustrante que puede comprometer el éxito en nuestros tratamientos de conductos.

Éste va a depender de diversos factores: estado pulpar y periodontal inicial, momento en el que se produce la fractura, localización del instrumento fracturado, la posibilidad o no de retirar el instrumento... Estos factores van a condicionar una correcta limpieza y obturación del sistema de conductos, lo que puede empeorar el pronóstico de nuestro tratamiento ortógrado.

A continuación se describe un caso clínico de un primer molar superior izquierdo, 26, con una lima separada en el tercio medio del conducto MV retirada mediante la técnica IRS con la ayuda del microscopio.

Palabras clave: instrumento separado, microscopio, sistema IRS.

INTRODUCCIÓN.

El objetivo del tratamiento endodóntico es la correcta localización, preparación, limpieza y sellado tridimensional del sistema de conductos radiculares previniendo de esta manera la entrada de bacterias y sepultando los microorganismos remanentes, eliminando el aporte de nutrientes al interior de los conductos (1); consiguiendo curar y/o prevenir una lesión periapical y poder restablecer así la funcionalidad de la pieza dental.

La fractura de instrumentos en el interior de los conductos puede comprometer el éxito del tratamiento (2). Algunos de los motivos de este tipo de accidente son un uso incorrecto de los instrumentos o un uso excesivo de los mismos, y suelen ocurrir con más frecuencia en el tercio apical de los conductos (3), aunque no exige que puedan producirse a lo largo de toda la longitud del mismo.

Aunque exista la percepción de que los instrumentos rotatorios NiTi puedan fracturarse sin previo aviso, existe evidencia de que las fracturas involucran muchos factores. El más importante parece ser la decisión consciente del operador clínico de usar los instrumentos un número específico de veces, o hasta que aparezcan defectos evidentes en los mismos.(4)

Se han descrito varios protocolos o medios de actuación ante este tipo de situaciones, desde dejar el instrumento separado dentro del conducto, trabajar hasta el mismo y monitorizar la evolución del caso, hacer bypass del instrumento, desviando el mismo hacia una de las paredes del conducto y englobándolo como parte de la obturación tridimensional, retirar el instrumento del interior del conducto para poder conformar, limpiar y obturar correctamente el sistema de conductos, que sería la situación ideal.

La extracción de un instrumento fracturado del interior de los conductos resulta muy complicada y en algunos casos no es posible lograrlo (2).

Se han descrito y utilizado varias técnicas para la remoción de instrumentos fracturados (2, 5, 6). Todas ellas tienen como paso común la exposición de la cabeza del instrumento separado mediante la realización de una plataforma; a partir de ahí cada técnica es diferente, mostrándose como tendencia habitual las técnicas denominadas de lazo, donde una vez liberada la porción coronal del instrumento nos permite, mediante la utilización del lazo combinado con el empleo del microscopio poder traccionar el fragmento y así liberar la luz del conducto radicular para poder tratarlo.

A1



A2



A3



A1: Rx inicial

A2: conductometria

A3: Final post-op.

El estudio inicial de las radiografías de diagnóstico, así como el estudio previo de un CBCT nos permite entender la anatomía del sistema de conductos y poder así comprender el por qué se puede haber fracturado y dónde puede presentarse el punto de retención del mismo, con el objetivo de poder liberarlo, siendo lo más conservadores posible con la dentina.

De esta manera, intentar remover del conducto cualquier elemento fracturado deberá considerarse la mejor opción de tratamiento, no obstante dejarlo en el interior del mismo puede ser una opción terapéutica cuando no se logra extraerlo en varios intentos por vía ortógrada (7).

Durante la extracción del instrumento fracturado pueden producirse complicaciones añadidas que pueden empeorar el pronóstico inicial del caso. De ahí, que en la literatura autores recomienden como opción de tratamiento dejar el instrumento en el interior del conducto y tratar la porción coronal al mismo de manera habitual en determinados casos en los que hay ausencia de radiolucidez apical (8). Deformaciones del conducto, perforaciones,

desgastes en la dentina radicular que pueden hacer al diente más propenso a la fractura, son algunos de las complicaciones que pueden ocurrir incluso cuando el instrumento ha sido retirado con éxito (9, 10).

CASO CLÍNICO

Paciente que es derivada a la consulta para retratamiento de la pieza 2.6 con parámetros diagnósticos de periodontitis apical sintomática.

En el examen radiográfico observamos la presencia de una lima separa en el tercio medio-coronel del conducto MV.

Se planifica en primera instancia retratamiento de la pieza, intentando retirar el instrumento separado que bloquea la luz del conducto MV, con la intención de ser muy conservadores en el desgaste de dentina para llevar a cabo esta tarea, y deformar así la anatomía original del conducto lo menos posible.

Tras la aplicación de anestesia troncular con articaína con epinefrina 1/200000 mg/ml Ultracain® (Laboratorios Normon SA) se coloca aislamiento

absoluto con dique de goma y se retira la restauración con fresa redonda, regularizando el suelo de cámara pulsar con la ayuda de fresa endoZ (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza)) y punta de ultrasonido star-X nº 3 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza) refrigerada con agua. Se irrigó inicialmente con hipoclorito sódico al 4,2% con la ayuda de jeringa y aguja monoject 27G. Con el apoyo del microscopio Pico Mora (Carl Zeiss, Germany) se localizó la porción más coronal del instrumento fracturado. Con la ayuda de la punta de ultrasonido nº3 Start X (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza) empleada a potencia baja se eliminó la dentina de la parte mesial y palatina del conducto MV para liberar la porción coronal del fragmento separado.

Una vez hecha la plataforma y liberada la porción coronal del fragmento se utilizó el sistema de extracción de limas IRS (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suiza) para la remoción del fragmento separado.

Retiramos la gutapercha que ocupaban los conductos DV y P con la ayuda del sistema de instrumentación Reciproc Blue y limas Hedström.

3

B1



B2



B3



B1: Plataforma y liberación del tercio coronal de lima separada.

B2: Conducto liberado.

B3: Fragmento de lima extraído con sistema IRS

Se tomó la LT de todos los conductos con Localizador Electrónico de Ápices, corroborando las mismas mediante rx. Intraoral.

El conducto P se instrumentó con sistema Reciproc Blue R 25, el resto de los conductos se hicieron con sistema rotate (Vdw) hasta 30.04 a LT.

El protocolo de irrigación fue hipoclorito sódico al 4,25% activado en periodos de 30 segundos con sistema Eddy (Vdw) y EDTA líquido al 17% activado igualmente con sistema Eddy (Vdw)

Se obturó con técnica de condensación vertical con el sistema EQV (metabiomed).

Se limpió la cámara pulpar con una bolita de algodón y alcohol y se colocó una

obturbación provisional con Cavit G (3M ESPE, St Paul, MN) para evitar la filtración coronal y se tomó radiografía final. Se remitió a la paciente a su odontólogo general para la realización de la restauración definitiva.

La paciente acude a revisión 3 meses después, asintomática y donde podemos observar radiográficamente una disminución del tamaño de la lesión apical.

DISCUSIÓN

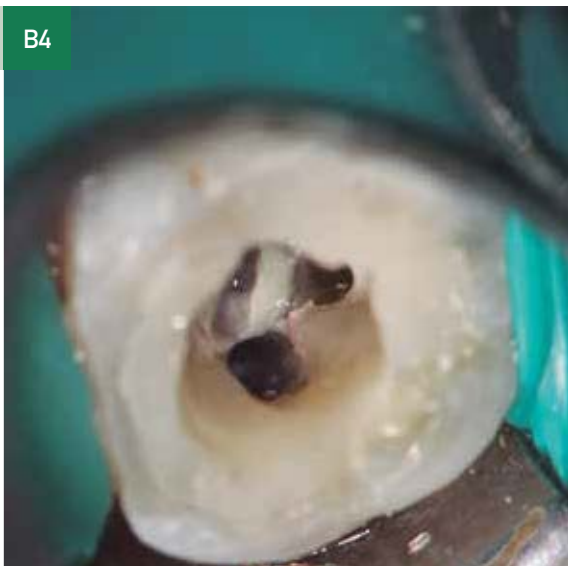
Un correcto sellado apical es fundamental para lograr el éxito en el tratamiento endodóntico (10). La presencia de instrumentos que bloqueen o impidan una correcta limpieza y sellado de los mismos complican y disminuyen la

probabilidad de lograr un estado de salud de los tejidos periapicales (11).

Hasta el momento, no existe ninguna técnica descrita que sea efectiva para la remoción de cualquier instrumento del interior de los conductos en todos los casos. Se han descrito varias técnicas y se han ideado diferentes dispositivos, los cuales tienen un uso limitado en función del caso, pudiéndose ocasionar, en ocasiones, daños en la raíz remanente (3). En este caso empleamos una técnica que consiste en la liberación del tercio coronal del fragmento separado y retirada mediante un sistema “enganche-tracción” con el apoyo del microscopio; con el objetivo de ser lo mas conservadores posible con la estructura dentinaria.

Varios estudios relacionan el estado periapical como un factor significativo que

B4



B5



B4: Conductos MV y DV instrumentados y limpios.

B5: Conductos MV y DV obturados.

afecta al éxito del tratamiento. En nuestro caso si no hubiésemos conseguido retirar el fragmento o sobrepasarlo para poder limpiar y desinfectar correctamente el sistema de conducto MV la tasa de éxito hubiese sido comprometida. (12, 13, 14).

Autores como Fu y cols., relacionan la calidad de la obturación con la calidad del tratamiento, tanto o más que el estado de los tejidos periapicales, con lo cual una obturación correcta y completa del sistema de conductos nos proporcionará una mayor curación que si dejamos parte del conducto sin limpiar y obturar (15), es por ello que siempre intentamos inicialmente retirar los instrumentos separados del interior de los conductos. En casos con un inadecuado tratamiento endodóntico existe una probabilidad alta de persistencia de la infección intrarradicular o de una aparición de la misma, siendo la primera causa de fracaso en el tratamiento de endodoncia (16).

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Schilder H. Filling root canals in three dimensions. J Endod 2006;32:281-290.
- (2) Hulsmann M. Removal of silver cones and fractured instruments using the canal finder system. J Endod 1990;16:596-600.
- (3) Parashos P, Messer HH. Rotary NiTi instrument fracture and its consequences. J Endod 2006;32:1031-1043.
- (4) Parashos P, Gordon I., Messer H.H. Factors influencing defects of rotary nickel-titanium endodontic instruments after clinical use. J Endod, 30 (10) (2004), pp. 722-725
- (5) Alomairy KH. Evaluating two techniques on removal of fractured rotary nickel- titanium endodontic instruments from root canals: an in vitro study. J Endod 2009;35:559-62.
- (6) Takashi O. Modified usage of the Masserann kit for removing intracanal broken instruments. J Endod 2003;29:466-7.
- (7) Machtou P, Reit C. Non-surgical retreatment. In: Bergenholtz G, Hørsted-Bindslev P, Reit C, eds. Textbook of endodontology. 1st ed. Oxford: Blackwell Munksgaard Ltd; 2003:300-10.
- (8) Panitvisai P, Parunnit P, Sathorn C, Messer HH. Impact of a retained instrument on treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. J Endod 2010;36:775-780.
- (9) Lertchirakarn V, Palamara JE, Messer HH. Patterns of vertical root fracture: factors affecting stress distribution in the root canal. J Endod 2003;29:523-8.
- (10) Souter NJ, Messer HH. Complications associated with fractured file removal using an ultrasonic technique. J Endod 2005;31:450-2.
- (11) Ng Y, Mann V, Rahbaran S, Lewsey J, Gulabivala K. Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature -- Part 2. Influence of clinical factors. Int Endod J 2008;41:6-31.
- (12) Farzaneh M, Abitbol S, Friedman S. Treatment outcome in endodontics: the Toronto study—phases I and II: orthograde retreatment. J Endod 2004;30:627-33.
- (13) Ørstavik D, Qvist V, Stoltze K. A multivariate analysis of the outcome of endodontic treatment. Eur J Oral Sci 2004;112:224-30.
- (14) Imura N, Pinheiro ET. The outcome of endodontic treatment: a retrospective study of 2000 cases performed by a specialist. J Endod 2007;33:1278-82.
- (15) Fu M, Zhang Z, Hou B. Removal of broken files from root canals by using ultrasonic techniques combined with dental microscope: a retrospective analysis of treatment outcome. J Endod 2011;37:619-622
- (16) Siqueira JF Jr, Rocas IN. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. J Endod 2008;34:1291-301.

Malformaciones vasculares en cavidad oral. A propósito de un caso

Oliva Gallardo, M.A; Sánchez Sánchez, M; Martín Manzano, J.A; Bermudo Añino, L; Acosta Moyano, A.J; Piñas Hormeño, H.
Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional Universitario de Málaga. (Málaga).

RESUMEN

Las anomalías vasculares de cabeza y cuello constituyen un grupo de lesiones que engloba una gran variedad de lesiones benignas que afectan a vasos sanguíneos y linfáticos. Son procesos muy frecuentes y que se localizan en más del 50% en la cavidad oral y maxilofacial. Requieren un abordaje multidisciplinar y un tratamiento combinando a menudo varios procedimientos. Existe cierta confusión respecto a su nomenclatura. La clasificación actualizada de anomalías vasculares de cabeza y cuello es la clasificación de Mulliken modificada, que las subdivide en dos grandes grupos: tumores y malformaciones vasculares.

Presentamos un caso clínico de una malformación vascular localizada en la cavidad oral tratado de forma quirúrgica sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: anomalías vasculares; malformaciones vasculares; tumores vasculares; cavidad oral

INTRODUCCIÓN

Las anomalías vasculares (AV) son un grupo de lesiones derivadas de vasos sanguíneos y linfáticos que incluyen

tanto a los tumores vasculares como a las malformaciones vasculares. De todas las clasificaciones, la clasificación de Mulliken modificada es la más aceptada hoy en día para las anomalías vasculares de cabeza y cuello. Los tumores vasculares comprenden los hemangiomas infantiles, hemangiomas congénitos y granuloma piógeno. Por otro lado, las malformaciones vasculares se subclasifican de acuerdo a las características del flujo (en alto o bajo flujo) y el tipo de vaso en malformaciones capilares, venosas, linfáticas, arteriovenosas o combinadas.

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son un grupo de malformaciones congénitas formadas por varios trayectos fistulosos que comunican arterias y venas. Mulliken y Young prefieren utilizar la denominación de fístula arterio-venosa para la variante traumática adquirida. Durante décadas se han ido analizando histológicamente varias muestras revelándose así que el nidus de la lesión está compuesto por capilares.

La localización más frecuente de las malformaciones arteriovenosas es la intracraneal, afectándose luego por orden de frecuencia la cabeza, el cuello (cerca del 50 % de las lesiones

están localizadas en la región oral y maxilofacial), los miembros, el tronco y las vísceras. El diagnóstico de estas lesiones, a pesar de ser congénitas, generalmente es tardío, a veces durante la 4ª-5ª década de la vida. En casos de malformaciones grandes e infiltrativas, a menudo se requieren tratamientos multimodales, como cirugía, procedimientos radiológicos de intervención y embolización. La escleroterapia ha sido eficaz, pero la necrosis tisular local y el daño nervioso han sido significativos. La embolización también ha sido una alternativa de tratamiento popular, especialmente cuando se continúa con resección quirúrgica

CASO CLÍNICO

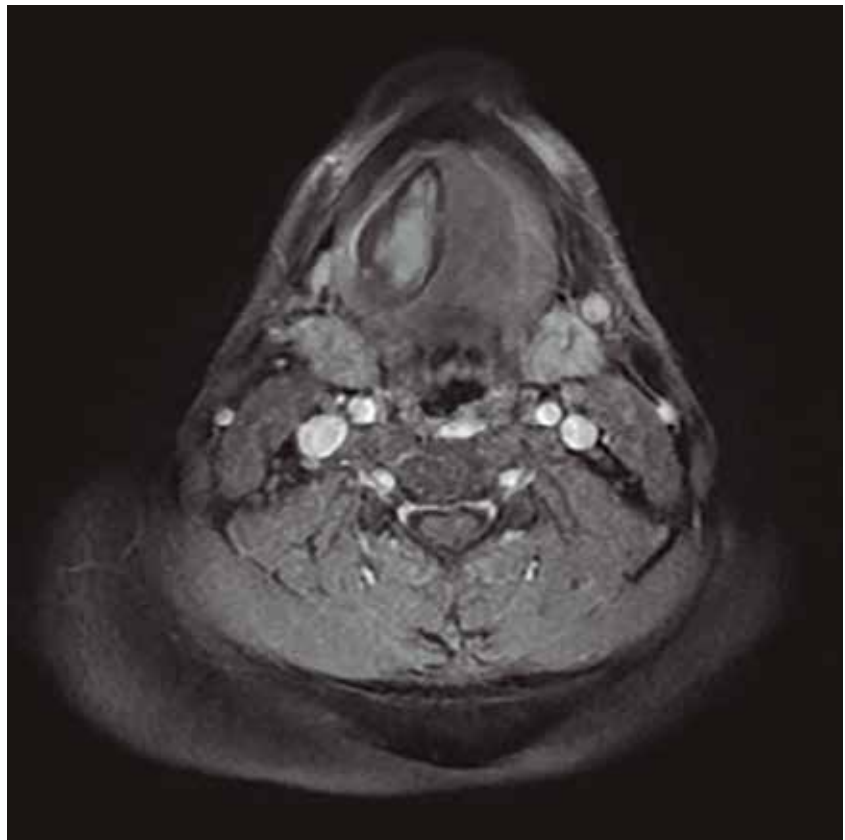
Presentamos el caso de una paciente originaria de República Dominicana de 55 años de edad, que acudió a nuestra consulta presentando una tumoración en suelo de boca derecho de unos tres meses de evolución y crecimiento progresivo, no asociaba odontalgia pero si comenzaba a interferir en la deglución. La paciente refería que previamente a eso nunca había presentado sintomatología alguna. Como antecedentes de interés la paciente no presentaba

Malformaciones vasculares en cavidad oral.

Fig 1. OPG que muestra múltiples RR y ausencia de varias piezas dentales en maxilar y mandíbula. No existían hallazgos significativos.



Fig.2. RMN con contraste de cabeza y cuello donde puede observarse la lesión en suelo de boca derecho con áreas hipo e hiperintensas.



alergias referidas a medicamentos, padecía hernia de hiato y colon irritable; tuvo una intervención previa de fractura de antebrazo, histerectomía y abdominoplastia y en el momento de su llegada a consultas no tomaba ninguna medicación.

A la exploración la paciente presentaba una tumoración en suelo de boca derecho con elevación del mismo, sin cambio de color puesto que estaba completamente cubierto por mucosa íntegra y no estaba ulcerado. A la palpación se notaba un nódulo re-

dondeado de unos 4 x 3 cm, de consistencia elástica, aparentemente no estaba adherido a planos profundos y con límites netos. No se palpaba pulso ni frémito. Solicitamos una ortopantomografía (OPG) donde no apreciamos ningún hallazgo específico en cuarto cuadrante. Fig.1.

Posteriormente indicamos la realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cabeza y cuello donde pudo observarse una lesión fusiforme de 2 x 4.5 cm a nivel de suelo de boca derecho, lateral al complejo

geniogloso-genihioideo, medial al conducto de Wharton y con áreas hipo e hiperintensas. No realizaba con la administración de contraste.

Los hallazgos sugerían ránula/sialocele; malformación linfática o quiste bidermoide complicado como diagnóstico diferencial. Fig.2.

No realizamos biopsia en ningún momento previo a la cirugía puesto que no podíamos descartar malformación vascular y podría ser comprometido.

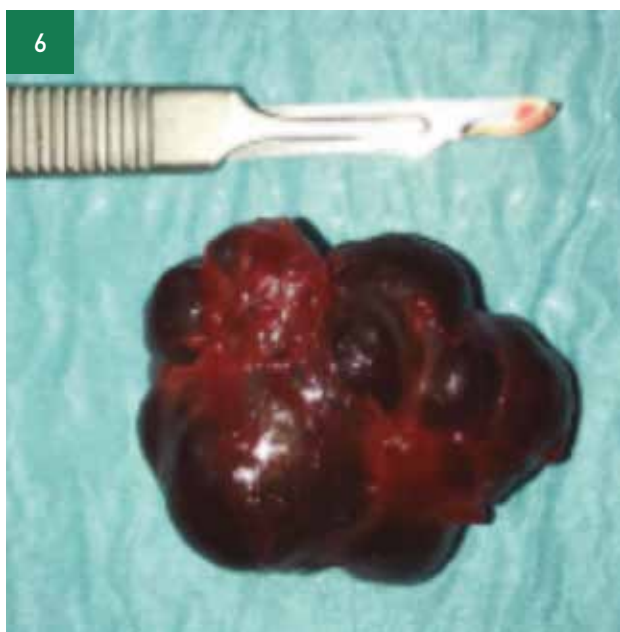
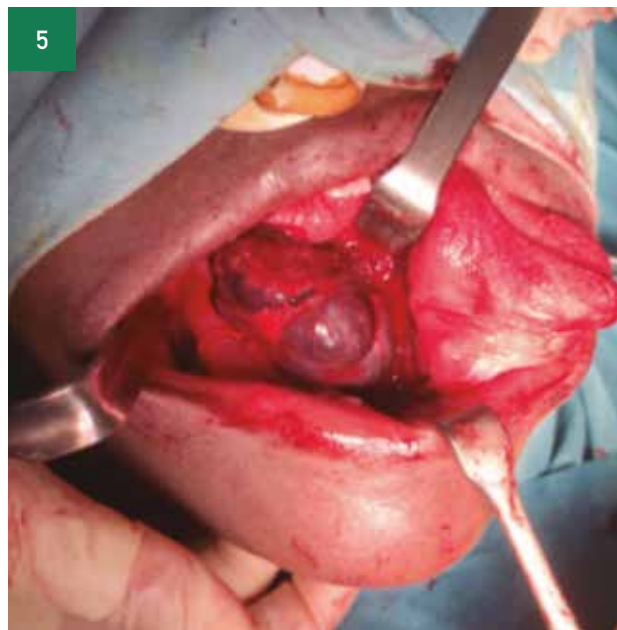


Fig 4. Momento previo a la cirugía.

Fig.5. Inicio de la disección.

Fig.6. Lesión extirpada de 4x3x2cm.

Fig.7. Estado postoperatorio inmediato con drenaje en suelo de boca derecho.

Tras los hallazgos radiológicos se decide cirugía para extirpar la lesión bajo anestesia general e intubación nasotraqueal de la paciente, realizándose un abordaje intraoral con una incisión sublingual, disección roma de la tumoración violácea multiloculada y exéresis. Se suturó con sutura reabsorbible 3-0 tras llevar a cabo una hemostasia cuidadosa. Fig. 4, 5 y 6.

Se colocó un drenaje tipo Penrose para prevenir que ocurriera un hematoma en suelo de boca que le fue retirado con éxito a las 48h con escaso débito hemático. Fig.7.

El tratamiento de las AV sigue siendo muy variable, ya que dependen de un diagnóstico preciso y la participación de un equipo multidisciplinar. Pueden indicarse tratamientos quirúrgicos en los casos que comprometen la estética o interfieren con la función de la región involucrada, y tratamientos no quirúrgicos como el uso de corticoides, láser, embolización, crioterapia y uso de agentes esclerosantes. Las MAV son las menos frecuentes y las más agresivas, con mayor posibilidad de expansión y crecimiento, y las más difíciles de tratar. Se ha demostrado que la presencia del nido arteriovenoso es el problema central de la patología, de manera que a menos que la extirpación sea completa, la recurrencia puede ser significativa después de la cirugía.

El diagnóstico diferencial es importante puesto que en caso de sospecha de MAV no debería realizarse biopsia previa a la extirpación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Redondo P, Aguado L, Martínez-Cuesta A. Diagnosis and management of extensive vascular malformations of the lower limb: part II. Systemic repercussions [corrected], diagnosis, and treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(5):909-23.
2. Girón-Vallejo O, López-Gutiérrez JC, Fernández-Pineda I. Diagnosis and treatment of Parkes- Weber syndrome: a review of 10 consecutive patients. *Ann Vasc Surg*. 2013;27(6):820-5.
3. Burrows PE, Mulliken JB, Fishman SJ, Klement GL, Folkman J. Pharmacological treatment of a diffuse arteriovenous malformation of the upper extremity in a child. *J Craniofac Surg*. 2009;20:597-602.
4. González-García R, Rubio-Correa I, Moreno-García C. Massive glosso-cervical arteriovenous malformation: The rationale for a challenging surgical resection. *J Clin Exp Dent* 2014; 6(4): 456-9.
5. Fowell C, Jones R, Nishikawa H, Monaghan A. Arteriovenous malformations of the head and neck: current concepts in management. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016; 54(5): 482-7.
6. McMillan K, Dunphy L, Nishikawa H, Monaghan A. Experiences in managing arteriovenous malformations of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016
7. Fowell C, Jones R, Nishikawa H, Monaghan A. Arteriovenous malformations of the head and neck: current concepts in management. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016; 54(5): 482-7.

Tratamiento mínimamente invasivo de recubrimiento radicular en recesiones múltiples adyacentes mediante la técnica VISTA

Ramón Ceballos

Diplomate of the American Board of Periodontology

Periodoncista de práctica exclusiva

Clinica Dental Ceballos

C/ Trinidad Grund 33 2ºE 29001 Málaga

RESUMEN

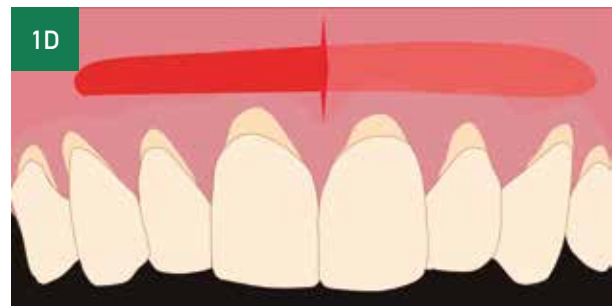
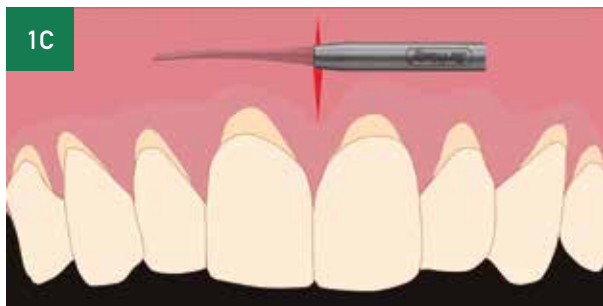
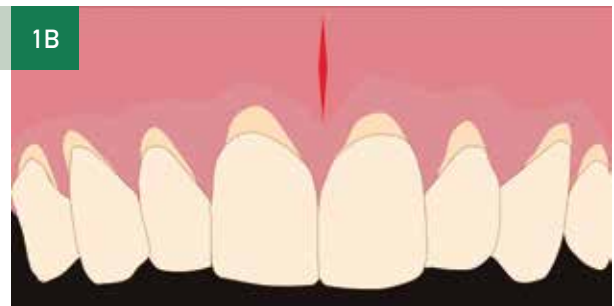
En la actualidad, existen diferentes opciones para el tratamiento de recesiones gingivales, entre las que encontramos técnicas que precisan el levantamiento de un colgajo, en ocasiones para su posterior reposicionamiento coronal o técnicas que realizan el despegamiento del tejido blando periodontal a través de un túnel intrasulcular. Estas opciones, a la hora de tratar múltiples recesiones adyacentes, tienen sus ventajas e inconvenientes. En este artículo se presenta una técnica novedosa para el tratamiento de recesiones múltiples, descrita por primera vez en el 2011 por el Dr. Homa Zadeh, en la Universidad del Sur de California. VISTA, acrónimo para Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access, tiene como principal característica una incisión vertical en mucosa alveolar, a través de la cual se realiza un túnel, para el posterior avance coronal de los márgenes gingivales. Estos márgenes gingivales se estabilizan con el uso de unas suturas adheridas a las caras vestibulares de los dientes con composite. Esta técnica se puede usar en combinación con un injerto de tejido conectivo autógeno subepitelial o un biomaterial según se crea conveniente. Tras la presentación se describen dos casos que muestran el uso clínico de la técnica en casos de recesiones múltiples.

ABSTRACT

Nowadays, there are available different options for the treatment of gingival recessions, among which we find techniques that require the elevation of a flap, for its subsequent coronal repositioning, when required, or techniques that perform the periodontal soft tissue detachment through an intrasulcular tunnel. These options, when dealing with multiple adjacent recessions, have their advantages and drawbacks. This article presents a novel technique for the treatment of multiple recessions, first described in 2011 by Dr. Homa Zadeh, at the University of Southern California. VISTA, an acronym for Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access, has as its main characteristic a vertical incision made in alveolar mucosa, through which a tunnel is made, for the subsequent gingival margins coronal advancement. These gingival margins are stabilized by using sutures adhered to the vestibular surfaces using composite. This technique can be used in combination with a subepithelial autogenous connective tissue graft or a biomaterial, as deemed appropriate. The current report, after the technique presentation, presents two cases showing the clinical use of the technique in cases of multiple adjacent recessions.

INTRODUCCIÓN

Las recesiones gingivales, se definen según el Glosario de Términos Periodontales,¹ como la localización apical de los márgenes gingivales al límite amelocementario, dejando superficie radicular expuesta. Son una de las condiciones intraorales más prevalentes,² llegando a afectar, al 60% de los sujetos de 20 años, y el 90% de 50 años de edad.³ Pacientes que sufren recesiones gingivales, suelen quejarse de la apariencia estética cuando afecta a sectores estéticos y de la percepción incomoda que puede crear por ejemplo una hipersensibilidad radicular. Pero los casos en los que los pacientes son conscientes de esta migración de los márgenes gingivales no es lo habitual, siendo el clínico en revisiones rutinarias quien suele detectar esta condición, debiendo informar al paciente de los riesgos a largo plazo que tienen la presencia de recesiones. Estos riesgos incluyen caries radiculares,⁴ pérdida de tejido queratinizado en el margen gingival de dientes afectados con el riesgo de inflamación crónica,⁵ aparición de lesiones cervicales no cariosas,⁶ progresión de recesiones existentes,⁷ sensibilidad radicular, principalmente al frío⁸ y pérdida interproximal de soporte periodontal⁹ entre otros. La etiología de las recesiones suele ser multifactorial, siendo los factores más comunes



un cepillado traumático en pacientes con muy buena higiene oral y la enfermedad periodontal.³ En las últimas décadas, se han propuesto una variedad de técnicas quirúrgicas para tratar las recesiones gingivales, obteniendo en su mayoría resultados buenos y predecibles. En 1985, Miller¹⁰ propuso una clasificación de recesiones que se basaba principalmente en la cantidad de hueso interproximal existente para predecir los resultados que se podrían esperar en cada caso concreto. En las clases I y II, sin pérdida de hueso interproximal, podemos anticipar el 100% del recubrimiento radicular, en contraste a las clases III y IV en las que, existiendo pérdida de hueso interproximal, no podemos predecir resultados de recubrimiento radicular completo. Los resultados del tratamiento pueden variar mucho dependiendo de las técnicas quirúrgicas, uso de injertos o biomateriales y factores individuales de cada paciente y del defecto a tratar. Autores han descrito técnicas con elevación de colgajo^{11, 12, 13, 14} y técnicas en túnel,^{15, 16, 17, 18} manteniendo la integridad del tejido interproximal, que será parte del tejido encargado en aportar la vascularización a la zona que queremos regenerar. Como describió Zadeh,¹⁹ estas técnicas en túnel tienen limitaciones, siendo la principal el acceso reducido

a través del margen gingival, tanto para crear el túnel intrasulcular, corriendo el riesgo de perforar y traumatizar la zona que finalmente queremos regenerar, como a la hora de introducir un injerto de tejido conectivo o un biomaterial. Por esta razón, se introdujo la técnica Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access (VISTA), en la que se realiza un túnel a través de una incisión vestibular, y así evitar algunas complicaciones que pueden producirse con el túnel intrasulcular.

EXPLICACIÓN DE LA TÉCNICA

Una vez anestesiado el paciente, procedemos a limpiar con curetas o ultrasonido la superficie de las raíces que queremos recubrir. En el caso de que haya raíces muy prominentes, con una fresa de pulir podemos minimizar estas prominencias, para facilitar el recubrimiento del tejido blando. Durante 2 minutos se aplicará un gel al 24% de ácido etilendiaminotetraacético a la superficie de las raíces, con el fin de disolver el barrillo dentinario.

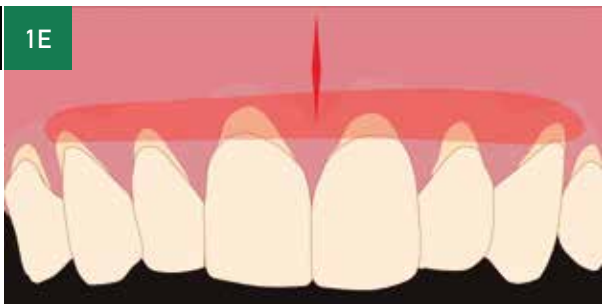
Procederemos a la realización de una incisión VISTA, que dependiendo de la preferencia del clínico y/o de la extensión que vamos a tratar, se podrá hacer una segunda incisión. La ubicación de

esta incisión, en el caso de que queramos tratar un sector anterior, se realizará en la línea media a la altura del frenillo, a fondo de vestíbulo en mucosa alveolar, llegando hasta la línea mucogingival (Fig. 1B). En el caso en el que queramos tratar un sector posterior, realizaremos la incisión entre el canino y el incisivo lateral. A través de esta incisión hacemos un túnel subperióstico (Fig. 1C), despegando el periostio del hueso vestibular, extendiéndonos un diente por distal de la zona que queramos tratar. En dirección coronal, es importante extender el túnel hasta el margen gingival, despegando bien las papilas, sin realizar ninguna incisión adicional, el túnel se realiza a través de la incisión vertical. Para facilitar el despegamiento del tejido blando del hueso, nos podemos ayudar de periostotomos tanto rectos como curvos, que nos ayudarán a minimizar la tensión que se produce en los tejidos al avanzarlos coronalmente. El objetivo principal del túnel es conseguir la movilidad de los tejidos blandos, de forma que podamos desplazarlos coronalmente sin tensión.

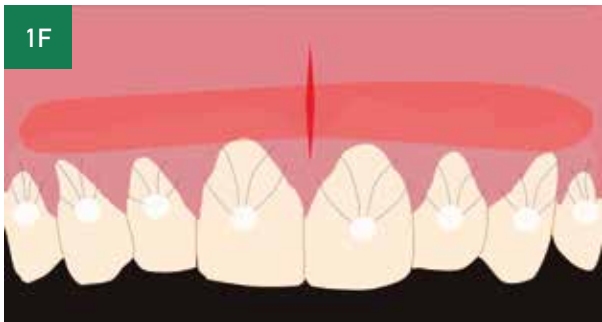
Para ayudar al recubrimiento radicular, a través de la incisión vertical, podemos introducir un injerto de tejido conectivo, que amoldaremos a la extensión del área a tratar (Fig. 1D). La

5

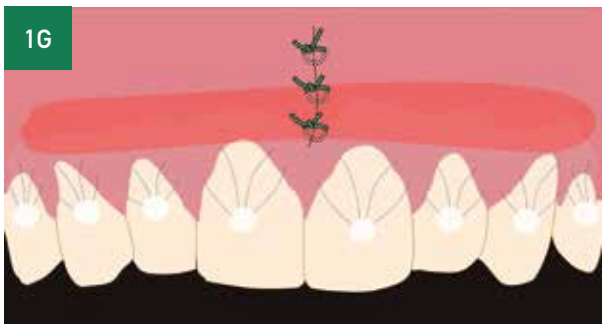
1E



1F



1G



2A



2B



2C



2D



2E

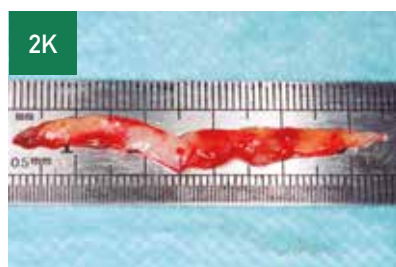
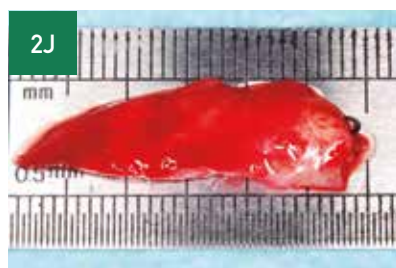


posición en la que colocaremos el injerto será a nivel del margen gingival de los dientes que queremos recubrir (Fig. 1E), de esta forma conseguiremos una ganancia de volumen de las encías, que ayudará a minimizar la probabilidad de futuras recidivas. Para estabilizar coronalmente la posición de los márgenes gingivales, usamos suturas monofilamento de 6-0 a una distancia aproximada de 2-3 mm del margen. Se pueden usar o colchoneros horizontales simples, o colchoneros horizontales dobles, que no solo ayudaran a migrar los márgenes a la posición deseada, también estabilizarán la posición del injerto inmovilizándolo. Entonces, adherimos los extremos de la sutura con composite fluido a la cara vestibular de los dientes, en la parte media de la corona. (Fig. 1F). El último paso, será suturar con 2 o 3 puntos simples la incisión vertical (Fig.1G).

Las suturas de la incisión vertical las quitaremos a la semana, mientras que los puntos adheridos a los dientes, los dejaremos entre 2 y 3 semanas, dependiendo del caso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con muy buena higiene oral, no fumadora y sin enfermedad sistémica alguna a resaltar, acude a la clínica preocupada porque las encías “se me están retrayendo”. Presenta recesiones generalizadas tanto en el maxilar como en la mandíbula. Las recesiones maxilares son de 2 a 4 mm, clase I en la clasificación de Miller (Fig. 2A, 2B, 2C). También vemos la presencia de lesiones cervicales no cariosas, principalmente en los premolares. Tras anestesiarse a la paciente, procedemos a la descontaminación de las superficies radiculares con ultrasonido (Fig. 2D). Con una fresa de diamante de grano fino aplanamos la superficie de las raíces (fig. 2E). Al tratarse de un caso de arcada completa, decidimos realizar dos incisiones para facilitar el acceso al maxilar posterior (Fig. 2F). Con el periostotomo vemos cómo se realiza el túnel subperióstico (Fig. 2G, 2H, 2I). Una vez que el túnel está listo, y los tejidos tienen movilidad sin tensión, nos disponemos a coger el injerto de tejido conectivo del paladar (Fig. 2J), para cubrir la máxima extensión posible, manipulamos el injerto, consiguiendo que aumente casi el doble su longitud (Fig. 2K). Comprobamos que la extensión del injerto es adecuada (Fig. 2L) y lo introducimos por el túnel, para colocarlo en la zona anterior, que es donde anatómicamente se encuentra el tejido gingival más fino del maxilar (Fig. 2M). Colocamos las suturas de forma que estabilicen el injerto (Fig. 2N), grabamos con ácido ortofosfórico al 37% (Fig. 2O), para luego ir desplazando los márgenes gingivales coronalmente y estabilizando su posición anclando las suturas con composite fluido en las caras vestibulares de los dientes. Finalmente suturamos las incisiones verticales (Fig. 2P, 2Q, 2R). Las suturas se retiraron a las 3 semanas. (Fig. 2S, 2T, 2U). Finalmente vemos los resultados a 4 meses (Fig. 2V, 2W, 2Z).



5

2R



2V



2S



2W



2T



2Z



2U



DISCUSIÓN

Existe una variedad de técnicas descritas para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, entre las que se encuentran las más populares técnicas de colgajo de avance coronal o en túnel. La técnica VISTA puede considerarse una combinación, que se beneficia del avance coronal de los tejidos blandos, siendo más conservador al no levantar un colgajo, y del enfoque mínimamente invasivo de un túnel, traumatizando lo mínimo los márgenes gingivales de los dientes en los que queremos conseguir esa regeneración de tejidos. Una de las ventajas principales de la técnica VISTA con respecto a otras técnicas en túnel, es el acceso para extender el túnel

apicalmente todo lo necesario, hasta conseguir un avance de los tejidos minimizando la tensión. En un estudio de Pini Prato y cols, midieron la tensión de los colgajos en tratamientos de recubrimiento radicular con colgajos de avance coronal. Observaron una diferencia estadísticamente significativa afectando negativamente el recubrimiento radicular cuando la tensión de los colgajos era de 4-7g comparado con colgajos con una tensión de 0.0-0.4 g.²⁰ Otra ventaja de esta técnica es la posibilidad de estabilizar los márgenes gingivales en la posición deseada, mediante las suturas de anclaje dental, evitando el micromovimiento que se puede producir en los tejidos debido a la acción muscular durante la masticación o el habla. La posibilidad de no estar limitado por el tamaño de un injerto o un biomaterial es sin duda otra ventaja a resaltar. En otras técnicas en túnel, el acceso puede ser muy limitado a la hora de introducir un biomaterial, por ejemplo, pudiendo romper la integridad de las papilas, no es el caso de la técnica vista que, al trabajar a través de una incisión variable en tamaño, se puede introducir en el túnel cualquier material sin tener la limitación del tamaño del acceso.

Una de las desventajas de esta técnica, sería la estética en el posoperatorio por la presencia de las suturas adheridas en las caras vestibulares de los dientes durante varias semanas. Es conveniente avisar a los pacientes para evitar que el posoperatorio les coincida con algún evento. Otra desventaja sería la imposibilidad de los pacientes de cepillarse los dientes tratados por el riesgo de fractura de las suturas. Se recomienda el uso de clorhexidina 0.12% hasta que se retiren las suturas, con el fin de evitar que se acumule placa bacteriana y así minimizar la inflamación, con el inconveniente de que la clorhexidina puede producir tinción de los dientes y sabor metálico de los alimentos tras varios días de uso.

CONCLUSIONES

La técnica VISTA para recubrimiento radicular de recesiones múltiples es novedosa, y aun no tan popular como otras, pero puede ser una opción válida a la hora de plantear el tratamiento de recesiones múltiples. A diferencia de técnicas de túnel intrasulcular, la incisión vertical permite un acceso con menos limitaciones, al poder extenderla hasta donde sea necesario, evitando traumatizar la zona que queremos regenerar. También nos permite despegar el periostio de las zonas más apicales, consiguiendo un túnel con una tensión mínima a la hora de avanzarlo coronalmente. Al trabajar a través de un túnel, conseguimos un enfoque mínimamente invasivo, muy bien aceptado por los pacientes.

REFERENCIAS

1. American Academy of Periodontology. Glossary of Periodontal Terms. 4th ed. Chicago, IL: American Academy of Periodontology; 2001;53.
2. Sarfati, A., Bourgeois, D., Katsahian, S., Mora, F., & Bouchard, P. (2010). Risk Assessment for Buccal Gingival Recession Defects in an Adult Population. *Journal of Periodontology*, 81(10), 1419–1425.
3. Löe, H., Ånerud, Å., & Boysen, H. (1992). The Natural History of Periodontal Disease in Man: Prevalence, Severity, and Extent of Gingival Recession. *Journal of Periodontology*, 63(6), 489–495.
4. Griffin, S. O., Griffin, P. M., Swann, J. L., & Zlobin, N. (2004). Estimating Rates of New Root Caries in Older Adults. *Journal of Dental Research*, 83(8), 634–638.
5. Lang, N. P., & Löe, H. (1972). The Relationship Between the Width of Keratinized Gingiva and Gingival Health. *Journal of Periodontology*, 43(10), 623–627.
6. Santamaria, M. P., Ambrosano, G. M. B., Casati, M. Z., Nociti, F. H., Sallum, A. W., & Sallum, E. A. (2010). The Influence of Local Anatomy on the Outcome of Treatment of Gingival Recession Associated With Non-Carious Cervical Lesions. *Journal of Periodontology*, 81(7), 1027–1034.
7. Chambrone, L., & Tatakis, D. N. (2016). Long-Term Outcomes of Untreated Buccal Gingival Recessions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Periodontology*, 87(7), 796–808.
8. Zucchelli, G., & Mounssif, I. (2015). Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000, 68(1), 333–368.
9. Erino G, Wennström J, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1994; 21: 57–63.
10. Miller Jr PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5:9-13.
11. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol*. 1985;56:715–20.
12. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft – a bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol*. 1987;58:95–102.
13. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: a predictable method of obtaining root coverage. *J Periodontol*. 1992;63:477–86.
14. Schädle C, Matter-Grütter C. New methods for the covering of exposed necks of teeth. A modification of the connective tissue transplant (in German). *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 1993;103:1300–6.
15. Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the “envelope” technique. *J Periodontol*. 1985;56:397–402.
16. Allen AL. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1994;14:216–41.
17. Azzi R, Etienne D. Root coverage and papilla reconstruction by connective tissue graft inserted under a vestibular coronally advanced tunnelized flap (in French). *J Parodontol Implant Orale*. 1998;17:71–7.
18. Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recessions with the tunnel subepithelial connective tissue graft. A clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1999;19:198–206.
19. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2011;31:653–60.
20. Pini Prato G, Pagliaro U, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F, et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. Flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *Journal of periodontology*. 2000;71(2):188–201.

Aplicación del código de ética y deontología dental durante el estado alarma provocado por la pandemia del COVID-19



LEONARDO SOUVIRON

Asesor Jurídico COEMA

Uno de los principales problemas derivados de la aplicación del estado de alarma desde 14 de marzo de 2020, y que se ha prorrogado en numerosas ocasiones hasta perder definitivamente su vigencia el pasado domingo 21 de junio de 2020, fue la consideración de las clínicas dentales como servicios esenciales a efectos de urgencias odontológicas, teniendo en cuenta que la realidad no se asimilaba a dicha declaración, pues a inicios del estado de alarma se evidenciaron problemas comunes en la mayoría de clínicas dentales, como eran la falta de medios de protección (EPIs) adecuados para el trato de los pacientes, el corte de suministro aplicados a los mismos, así como su donación e incluso incautación por las autoridades, que impidieron a muchos dentistas ejercer su profesión en condiciones óptimas de proteger y salvaguardar la salud de sus pacientes, empleados y a ellos mismos del contagio del virus COVID-19. Ello llevó a muchas clínicas dentales a tener que cerrar incluso sus servicios de urgencias, no pudiendo atender a sus pacientes y derivando a los mismos a otras clínicas que sí dis-

“

La principal lealtad del dentista es la que debe a su paciente, y tanto la salud general como la salud bucodental de éste, deben anteponerse a cualquier otra conveniencia. Por consiguiente, el dentista, en el ejercicio de su profesión, dará preferencia a los intereses del enfermo sobre cualesquiera otros, incluidos los propios”

ponían de medios para poder prestar los servicios mínimos de urgencias a los que hacía referencia el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, generando la duda entre los colegiados si dicha actuación podía ser contraria a la ética y deontología profesional que rige en las actuaciones de todos los dentistas.

El Código Español de Ética y Deontología Dental, cuyo texto original fue aprobado por Acuerdo de la Asamblea General celebrada los días 9 y 10 de julio de 1999 (Acuerdo AA17/1999) y modificado por Acuerdo de la Asamblea General celebrada los días 14 y 15 de junio de 2012 (Acuerdo AA06/2012), **integra los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del dentista.**

Para la Organización colegial, el respeto, promoción y desarrollo de la Ética y Deontología profesional son objetivos prioritarios y fundamento básico de su

En Jose Luis Joyero le ayudamos a elegir el mejor diamante.



Jose Luis Joyero es compromiso



GIA
GEMOLOGICAL INSTITUTE OF AMERICA®



INTERNATIONAL
GEMOLOGICAL
INSTITUTE

Un Diamante Certificado es un valor seguro



C/ Alarcón Luján, 7 29005 MÁLAGA (Junto a C/ Larios)

☎ 952 22 49 33 📞 625 64 99 69 info@joseluisjoyero.com

www.joseluisjoyero.com Síguenos en  

JOSE LUIS JOYERO SOLO SE ENCUENTRA EN EL CENTRO HISTÓRICO DE MÁLAGA



PROMOCION REVISTA ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE DENTISTAS DE MALAGA
DESTILADORA DE AGUA GRATIS

GARANTIA DOS AÑOS
Servicio Técnico Propio

Autentico Clase B cumple estrictamente la norma europea EN13060.
Interfaz de usuario intuitiva, con pantalla LCD
Generador de vapor integrado independiente
Control automático del nivel y de la calidad de agua

IMPRESORA, para imprimir los registros
de esterilización para cada ciclo.
PUERTO USB, siendo muy fácil guardar los
registros de esterilización, pudiendo el usuario
comprobar e imprimir los registros en cualquier momento.

PRECIO AUTOCLAVE 23L CLASE B 1.895,00.-€ 21% IVA NO INCLUIDO.

C/ Marqués de Ovieco, 9 - 29011 Málaga | Telf.: 952 285 668 · 952 610 696 - Fax: 952 397 966 | tmainfo@tmamedica.com · www.tmamedica.com

A PARTIR DE AHORA

**La Corona de Zirconio
Monolítico Multicapa**
a Precio de Corona Metal Cerámica

65 €



**PROMOCIÓN VÁLIDA SOLO DURANTE
LOS PRÓXIMOS 3 MESES**



Dirección:
C / Rios Rosas N °9 Local

Teléfono:
952 611189

**T
COMPANY**
THE HOME OF T PEOPLE



Las mezclas
más sorprendentes

WWW.TCOMPANYSHOP.COM



atribución social. Por ello, es misión de la misma proveer con atención preferente las acciones pertinentes en orden a favorecer el conocimiento de las normas éticas y deontológicas, obligándose a velar por su cumplimiento. Las disposiciones del Código Español de Ética y Deontología Dental obligan a todos los dentistas en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen e independientemente de su ideología social, religiosa, política o cualquier otra condición que pueda interferir en la calidad de su actuación profesional.

El profesional está sujeto a responsabilidad disciplinaria interna de carácter corporativo-colegial, la cual encuentra su base en los preceptos ético-deontológicos y legales que vertebran el ejercicio profesional dentista, amparado en los Estatutos del Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, así como los de su Consejo Andaluz y Consejo General. El incumplimiento de los preceptos imperativos del Código de Ética y Deontología constituye una falta disciplinaria tipificada en los Estatutos colegiales, cuya corrección se hará a

través del procedimiento establecido en el mismo y en demás normativa de desarrollo.

ATENCIÓN A LOS PACIENTES, CALIDAD DE LA ASISTENCIA Y CONDICIONES DE EJERCICIO

En este sentido, debemos destacar que el Código Español de Ética y Deontología Dental establece en su artículo 14 como principio general los deberes del ejercicio de la profesión: *“Son deberes primordiales del dentista, dado que su vocación consiste en **defender la salud y aliviar el sufrimiento de sus pacientes**, dentro del ámbito estomatognático, mediante un ejercicio profesional fundamentalmente humanitario: 1) el respeto a la vida y a la dignidad de las personas; 2) el cuidado preventivo, terapéutico y/o paliativo de la salud estomatognática de los seres humanos y; 3) la promoción y protección de la salud dental de la comunidad”*.

Dichos deberes y, en especial, el deber de respetar la vida y la salud de los pacientes, por encima incluso del interés

propio del dentista, recibe su especial mención en el artículo 12, que señala que *“La principal lealtad del dentista es la que debe a su paciente, y tanto la salud general como la salud bucodental de éste, deben anteponerse a cualquier otra conveniencia. Por consiguiente, el dentista, en el ejercicio de su profesión, **dará preferencia a los intereses del enfermo sobre cualesquiera otros, incluidos los propios**”*.

Dicho deber **se ve reforzado en situaciones de urgencia**, respecto a las cuales el Real Decreto de declaración del estado de alarma y más concretamente la Orden SND/310/2020, de 31 de marzo, por la que se establecen como servicios esenciales determinados centros, servicios y establecimientos sanitarios, ha determinado como servicios esenciales a los efectos previstos en el artículo 1 del Real Decreto-ley 9/2020, de 27 de marzo, a las Clínicas Dentales ante situaciones de urgencia – *determinación ya realizada también con anterioridad en el acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía de fecha 20 de marzo de 2020* -. En consecuencia, no es discutible que

ASESORÍA JURÍDICA

en el estado de alarma la Odontología fue determinada como servicio esencial en el sistema sanitario, y así lo recoge el artículo 15 apartado segundo del referido Código Deontológico, que establece “El dentista evitará cualquier demora injustificada en su asistencia, **especialmente en situaciones de urgencia**”.

Estas situaciones especiales de emergencia, como la que hemos vivido, también se encuentran específicamente reguladas en artículo 19, que enumera las obligaciones de atención de los odontólogos en situaciones de emergencia:

1- El dentista, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio, está obligado a prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado: esta obligación supone que en estados de emergencia sanitaria, como el que hemos vivido estos meses, el deber de atender a los pacientes y las urgencias odontológicas se mantiene, lo que va en consonancia con la declaración de las clínicas dentales como servicios esenciales en caso de urgencias.

2- Aún en caso de conflicto laboral o suspensión organizada de los servicios profesionales, el dentista deberá responsabilizarse del diagnóstico y tratamiento de los pacientes que requieran atención urgente e inaplazable o que juzgue necesario según su conciencia: Esta obligación supone que los dentistas, aun habiendo cerrado sus clínicas dentales, deben de velar por mantener un seguimiento de los pacientes y sus tratamientos, aunque sea de manera no presencial, dando a los mismos las indicaciones y precauciones necesarias para la conservación de los mismos y no agravación de sus problemas bucodentales, debiendo atenderles directamente o derivarlos a otros centros abiertos para urgencias, prestando la colaboración necesaria con los compañeros/as que

realicen la atención, si fuera necesario, con la aportación de información de su historia clínica, en caso de que su tratamiento sea urgente e inaplazable.

3- En situaciones de urgencia sanitaria, catástrofe o epidemia, el dentista podrá presentarse voluntariamente a las autoridades para colaborar en la asistencia sanitaria en la medida en que le sea requerida: nuestro Código Deontológico recoge la posibilidad de que los profesionales se pongan al servicio de las autoridades sanitarias para colaborar en la asistencia médica de emergencia. No debemos confundirla con una obligación, pese a que esté enmarcado en el artículo que se refiere a las obligaciones de los dentistas en caso de emergencias sanitarias, sino de una potestad u opción que el dentista puede ejercer, poniendo a disposición tanto sus conocimientos científicos y técnicos, **como los materiales e infraestructuras de los que disponga.** Todo ello con independencia de que legalmente pudiese llegarse al extremo de solicitar mediante normativa la participación obligatoria de los dentistas en la asistencia sanitaria requerida por el COVID-19, cuestión que no llegó a producirse.

De todo lo expuesto anteriormente podríamos erróneamente concluir que el interés de los ciudadanos en ser atendidos en las urgencias odontológicas derivadas de su tratamiento estaría por encima de cualquier otro tipo de interés, habiendo estado obligadas todas las clínicas dentales a abrir y atender los casos de urgencia que se les hubiesen presentado, aunque no dispusieran de los medios de protección adecuados para ello.

No obstante, dicha disposición hay que ponerla en correlación con el artículo 13, que obliga a que toda actuación debe realizarse conforme a la *lex artis ad hoc*, manifestando que “**El dentista se abstendrá de toda conducta perjudi-**

cial hacia la vida y la salud de los pacientes, atendiéndole conforme al conocimiento científico de cada momento y situación”, entre las que cabe referirse a las situaciones de fuerza mayor como la que hemos sufrido en los últimos meses, así como el cumplimiento de las medidas de protección previstas en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (última modificación 29 de diciembre de 2014).

En ese sentido, cabe destacar que el Código Español de Ética y Deontología Dental señala una serie de deberes en relación a las condiciones del ejercicio de la profesión, refiriéndose concretamente el artículo 44 a la adecuación de las instalaciones clínicas: “**Es obligación del dentista mantener las instalaciones adecuadas a su dignidad profesional y al respeto que los pacientes merecen, debiendo contar con los medios técnicos necesarios para dar una buena calidad asistencial. En todo caso, como mínimo, deberá cumplir con las normativas que la legislación establezca al respecto**”, lo cual va de la mano respecto a los derechos asistenciales de los pacientes, establecidos en el artículo 35: “**El dentista debe proporcionar a sus pacientes una asistencia competente, puntual y de calidad, adecuada a las circunstancias clínicas que presentan y con la debida consideración a sus deseos y necesidades**”, lo cual integra el deber de contar con los medios de protección adecuados que garanticen al paciente que no podrá sufrir ningún tipo de contagio durante la realización de los tratamientos odontológicos.

Por tanto, en base a lo anterior y siempre desde el punto de vista deontológico, un dentista solo estaría obligado a atender a sus pacientes y mantener su clínica abierta al público si dispone de todos los medios de protección y vías de suministro necesarias para ejercer su profesión de manera que



HISPADENT

30 AÑOS AL SERVICIO DE LA ODONTOLOGÍA MALAGUEÑA



Distribuidor y
Servicio Técnico Oficial



CHIRANA
Medical

Distribuidor y
Servicio Técnico Oficial

C/ Periodista Leovigildo Caballero, 2 - Oficina A - 29016 Málaga - Tel: 952 220 862 - hispadent@infomed.es - www.hispadent.es



**ESTRENA XMAX 125
CADA 3 AÑOS
DESDE 70€ AL MES***

Financiación de 420,00€, 30 cuotas de 70€ y una última cuota de 1.011,00€. TIR 0% TAE 3,71%.

SIN INTERESES (TAE: 3,71%)



XMAX 125

**ESTRENA XMAX 300
CADA 3 AÑOS
DESDE 80€ AL MES***

Financiación de 960,00€, 30 cuotas de 80€ y una última cuota de 2.000,00€. TIR 0% TAE 3,53%.

SIN INTERESES (TAE: 3,53%)



XMAX 300 TECH MAX

**ESTRENA XMAX 400
CADA 3 AÑOS
DESDE 90€ AL MES***

Financiación de 1.080,00€, 30 cuotas de 90€ y una última cuota de 2.100,00€. TIR 0% TAE 3,51%.

SIN INTERESES (TAE: 3,51%)



XMAX 400 IRON MAX



ENCUENTRA TU CONCECIONARIO OFICIAL YAMAHA NAVARRO HERMANOS

C/La Orotava, 4 - C/Carretería, 77 - C/Molino de Velasco, 13 - Avda. Blas Infante, 12 - Ctra. Málaga (Frente Parque Ferial)

ASESORÍA JURÍDICA

salvague integralmente la salud de todos los intervinientes, tanto paciente, como dentistas y resto de empleados que trabajen en la clínica. En caso contrario, es correcto que los mismos puedan proceder al cierre de su clínica, **sin que ello suponga un incumplimiento de sus deberes deontológicos**, intentando derivar a otras clínicas con medios suficientes aquellos tratamientos que sean urgentes e inaplazables, y cuya no realización podría provocar un grave perjuicio al paciente.

En el caso de tratarse de **dentistas que realizan su actividad por cuenta ajena**, estos tienen el deber conforme al artículo 80 de poner en conocimiento de la Organización colegial cualquier tipo de deficiencia detectada en las clínicas donde trabajen, lo que implica que estos tenían la obligación de comunicar y denunciar a las clínicas en las que se estuviesen realizando tratamientos sin las medidas de protección adecuadas para evitar los contagios por COVID-19, debiendo resaltar que el artículo 17.2) de la citada Ley de Prevención de Riesgos Laborales, establece: “**El empresario deberá proporcionar a sus trabajadores equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones y velar por el uso efectivo de los mismos cuando, por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios. Los equipos de protección individual deberán utilizarse cuando los riesgos no se puedan evitar o no puedan limitarse suficientemente por medios técnicos de protección colectiva o mediante medidas, métodos o procedimientos de organización del trabajo**”.

Y finalmente, ante una situación de riesgo grave e inminente, el artículo 21.1), de dicha Ley dispone con toda claridad “**Cuando los trabajadores estén o puedan estar expuestos a un riesgo grave e inminente con ocasión de su trabajo, el empresario estará obligado a: a) Informar lo antes posible a todos los trabajadores afectados acerca de la exis-**

“

El dentista debe proporcionar a sus pacientes una asistencia competente, puntual y de calidad, adecuada a las circunstancias clínicas que presentan y con la debida consideración a sus deseos y necesidades”

tencia de dicho riesgo y de las medidas adoptadas o que, en su caso, deban adoptarse en materia de protección. b) Adoptar las medidas y dar las instrucciones necesarias para que, en caso de peligro grave, inminente e inevitable, los trabajadores puedan interrumpir su actividad y, si fuera necesario, abandonar de inmediato el lugar de trabajo. En este supuesto no podrá exigirse a los trabajadores que reanuden su actividad mientras persista el peligro, salvo excepción debidamente justificada por razones de seguridad y determinada reglamentariamente.

IMAGEN, DIGNIDAD PROFESIONAL Y RELACIÓN CON COMPAÑEROS

El respeto, cuidado y mantenimiento de la imagen y dignidad profesional de los dentistas y de sus corporaciones, es decir, sus Colegios Profesionales, siempre ha sido un derecho y deber de todos los profesionales del sector, consagrado en los artículos 53 y 54, que señalan “**El dentista debe conducirse éticamente en todos los aspectos de su vida profesional y cumplir con la legislación profesional establecida**” y “**Los dentistas tienen el deber de con-**

tribuir al prestigio de su profesión, por lo que se abstendrán de cualquier práctica, actuación o conducta profesional que atente a la buena imagen corporativa, a la que todos sus compañeros tienen derecho”, y que adquiere aún más relevancia por la situación inédita de emergencia sanitaria vivida, que obliga tanto a los dentistas como a la Organización Colegial a ir continuamente adaptándose a las circunstancias cambiantes que se producen día a día.

El desarrollo de dicho deber encuentra su contenido específico en el Capítulo 14 del Código Español de Ética y Deontología Dental, concretamente en sus artículos 64 a 67, que se refieren a los **principios de confraternidad profesional, trato y críticas entre dentistas**. En esencia, ello supone que los dentistas tienen un deber individual profesional en su quehacer diario y un compromiso colectivo que la Organización Colegial deberá promover, **debiendo los colegiados de tratarse entre sí con deferencia, respeto y lealtad**, defendiendo al compañero que sea objeto de comentarios, ataques, críticas despreciativas o denuncias injustificadas, aunque provengan de otros colegas de profesión, lo que tendrá la consideración de falta profesional, más aún sin una base argumental válida, considerándose como agravante el hecho de hacerlo en presencia de pacientes, familiares o terceros, o darle difusión a través de medios públicos que permitan llegar a una pluralidad de personas, esto es, a través de soportes publicitarios, redes sociales, etc.

Igualmente, el artículo 79 hace extensivo dichos deberes concretamente a la Organización Colegial y las decisiones corporativas colegiadas, debiendo de respetar y hacer respetar las decisiones tomadas por la Corporación profesional, y más aún en estos tiempos difíciles y de incertidumbre que hemos vivido, donde debe prevalecer la unidad de criterio y el consenso corporativo.



30%
DE DESCUENTO


AndalBrok
Correduría de Seguros

SEGURO DE INCAPACIDAD LABORAL

**ASEGURA TU ESTABILIDAD
ANTE SITUACIONES IMPREVISTAS**

**GARANTIZA TU NIVEL DE INGRESO
ANTE UNA BAJA LABORAL**

**AHORA CON COBERTURA
ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN
Y ESTANCIA EN UCI**



EJEMPLO DE COTIZACIÓN

- ▲ 100 € de indemnización diaria*
- ▲ Cobertura de IT por cualquier causa
- ▲ Ejemplo de cotización para Dentista de hasta 46 años. Resto de edades consultar

*Límite de indemnización 365 días por siniestro.
Oferta sujeta a la aceptación del riesgo por parte de la compañía. Descuento ya aplicado en el ejemplo de cotización

3.000 €
capital mensual
por solo

46'65
c/mes



952 363 541



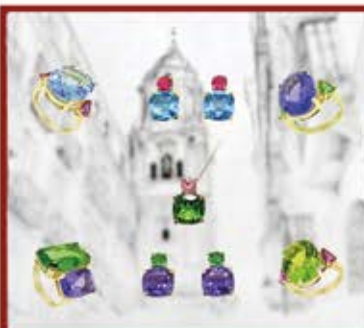
663 878 882



comunicacion@andalbrok.es



Colección Minimal
en oro 18 Ktes



Colección
Aires de Málaga
en oro 18 Ktes



NOVIOS
Colección de
alianzas, pendientes y
pulseras con diamantes
en oro 18 Ktes

(Más de 200 modelos
de alianzas)



Colección
Esmeraldas, zafiros y
rubís con diamantes en
oro 18 Ktes



Colección
Full Color&Diamond
Piedra de color natural
y diamantes



Colección
Solitarios con diamantes
Certificados Internacionales
IGI * GIA * HRD

TE REGALAMOS
UN 30% DE DTO
HASTA EL 30 DE DICIEMBRE
EXCEPTO EN RELOJERÍA
Y PROMOCIONES ESPECIALES



C/ Alarcón Luján, 7 20005 MÁLAGA (Junto a C/ Larios)
☎ 952 22 49 33 ☎ 625 64 99 69 info@joseluisjoyero.com
www.joseluisjoyero.com Síguenos en  

JOSE LUIS JOYERO SOLO SE ENCUENTRA EN EL CENTRO HISTÓRICO DE MÁLAGA