IMPRESIONES

REVISTA OFICIAL DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA REGIÓN DE MURCIA • Nº 116 NOVIEMBRE 2026



"En el dentista". Adriaen Brouwer. Flandes 1605-Amberes 1638

Euronda Pro System

La solución integrada para un flujo de trabajo más eficiente, seguro y trazable



Eurosafe Smart

Limpieza automática, a medida de la clínica

Cuba multifuncional de sobremesa que limpia, aclara y seca el instrumental, y realiza la desinfección gracias al uso combinado de ultrasonidos y Sanifizer Automatic, en un proceso automatizado, repetible y trazable, respetando los materiales. La cuba de 10 L admite hasta una carga completa de una autoclave de 24 L e incluye cestillo y bandeja apilables entre sí.

Euroseal

La termoselladora a escala humana

Termoselladora de sobremesa ergonómica, resistente y fácil de usar, con tapa transparente para un sellado más preciso. Incorpora un portarrollos patentado, regulable en altura y profundidad y apto para montaje en pared, para adaptarse a cualquier espacio. La superficie de apoyo integrada facilita el trabajo y el sistema de bloqueo antirretorno evita el retroceso del rollo.

E10

Potente y conectada, la mejor esterilización

Autoclave de 24 L para una esterilización eficaz, segura y completamente trazable. Bomba de vacío y secado de última generación para alto rendimiento y funcionamiento silencioso. Pantalla táctil 7” e interfaz intuitiva para optimizar la gestión de ciclos. Datos transferibles al PC por USB/Ethernet/WiFi y gestión rápida con E-Memory (software gratuito).

Euronda®
Identyd

Identyd Ibérica. Calle Músico Antonio Rodríguez de Hita, 12. 30007 Murcia
T. 900 102 034 / 868 187 961 - **m.** info@identyd.com - **www.euronda.es**
SAT. www.identyd.com/asistencia-tecnica

VIVANTA, LAS QUE FUERON Y LAS QUE VENDRÁN...

Dr. Pedro M. Caballero Guerrero, presidente del Colegio de Dentistas de Murcia

En estos días hemos asistido al penúltimo cierre de una cadena de clínicas dentales. Nunca es el último, siempre vendrá alguno más. El modelo de clínica mercantilista suele estar soportado, por detrás, por entramados financieros con fondos de inversión o corporaciones de ese estilo, cuyo único objetivo es ganar dinero. Todos los que participamos, de una forma u otra, en algún modelo de empresa, esperamos que ésta sea rentable y poder vivir de nuestro trabajo. El problema es cuando la rentabilidad es el leitmotiv de la existencia de la mercantil, y no su carácter asistencial, como se le presupone a una empresa que esté gestionada única o mayoritariamente por profesionales sanitarios.

Mientras no consigamos un cambio legislativo, este tipo de inversores acudirá al "mercado" de la salud, apoyados además por su mejor arma: el marketing salvaje y la publicidad de dudosa deontología. Por otra parte, deseo hacer un llamamiento, especialmente a los jóvenes compañeros que "prestan" su título para cubrir la necesaria figura de director médico de determinados establecimientos. Deben saber que figurar como tal puede acarrearles consecuencias legales futuras cuando existen reclamaciones de por medio.

Desde el Colegio no podemos decantarnos, institucionalmente, por un modelo u otro de negocio, pero los sucesivos episodios nos demuestran lo que es mejor para los pacientes, los profesionales y, en definitiva, la salud de la población.

sumario

3 Editorial

6 Uno de cada cinco niños murcianos de 3 a 4 años ya tiene caries: ¿estamos llegando demasiado tarde?

11 Implantes unitarios de plataforma 3 mm…

18 Dentistas murcianos en España

20 Investigar también es ejercer la odontología

22 Protocolo para aplicación de sedación…

26 Dentópolis

28 La huella literaria de la Odontología

30 Profesión y Prensa

33 Cursos y congresos

34 Ofertas de empleo

Fe de erratas: En la página 10 de *Impresiones* 115 en el artículo "Ayudar a los niños…", la Dra. María Pilar Pecci debería aparecer como Profesora Permanente Laboral y no como Profesora Titular, tal y como constaba en el original remitido a la Redacción.

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

DELEGACIÓN EN MURCIA
Juan Ruiz Parra
619 656 292
juanruizparra24@gmail.com

Visita nuestra web
www.dentistasmurcia.com

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia.
C/María Zambrano, 4. Edif. Dórico. Bajo. 30007 Murcia
Tlf. 968 20 16 65 Fax. 968 20 16 69.
E-mail: colegio@dentistasmurcia.com.
Consejo Editorial. Presidente: Pedro Miguel Caballero Guerrero,
Vicepresidente: Óscar Erans Richarte
Secretaria: Yolanda Martínez Beneyto,
Tesorero: Juan de Dios Teruel Fernández,
Vicesecretaria: Ana María Hita Velasco,
Vocales: Pilar Cereceda Villaescusa, Manuel Máiquez Gosálvez, Mariano Muñoz Casas, Cristina Saura Moreno, Pedro Reyes López Guevara, Natalia Martínez Jiménez (Vocalía Jóvenes Dentistas),
Comisión Deontológica: Celestino García Alfaro,
Redactor Jefe: Juan Ruiz Parra

Edición: Editorial MIC · Delegación en Murcia: Dirección: Juan Ruiz Parra.
Depósito Legal: LE-1087-1995. **ISSN:** 1695-5269.
Editorial MIC • Artesiano, s/n • León • 24010 • Pol. Ind. Trobajo del Camino
Teléfono: 902 271 902 • Fax: 902 371 902
E-mail: mic@editorialmic.net • www.editorialmic.com
• **Delegación en Murcia:** 619 656 292

El Colegio de Dentistas de Murcia no se hace responsable ni se identifica necesariamente con las ideas expresadas en los artículos publicados en Impresiones. Cada firmante es el único responsable de las mismas, y responderá asimismo, donde hubiere lugar, sobre el derecho a utilizar cualquier tipo de material e información.

Portada: El dentista a la luz de las velas. Gerrit Dou, c. 1660-1665.

BioSat
SERVICIO TÉCNICO DENTAL

BioDesign
PLANIFICACIÓN Y DISEÑO

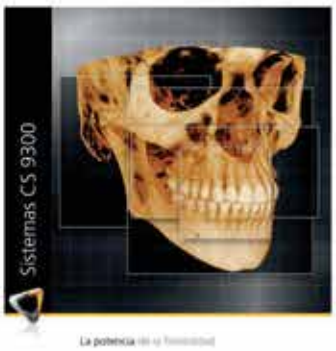
BioSoft
INFORMÁTICA DENTAL

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

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

DISFRUTA DE LA TECNOLOGÍA MÁS AVANZADA

Carestream



La potencia

Carestream DENTAL
Distribuidor Autorizado



Caring Insight
VATECH
PaX-i3D



STERN WEBER

5 280 TRC CONTINENTAL



Ancar
DENTAL INTELLIGENCE with heart

5D 550 TOUCH EXPERT



LABOMED



swident
WE SUPPORT YOUR PROFESSION

PARTNER INDIVIDUAL

SATELEC ACTEON

swident
WE SUPPORT YOUR PROFESSION

Caring Insight VATECH

STERN WEBER

Ancar
DENTAL INTELLIGENCE with heart

LABOMED

NSK

Carestream DENTAL
Distribuidor Autorizado

DÜRR DENTAL

TECNO-GAZ

CATTANI
air technology

mectron
medical technology

MELAG
Medizintechnik · Medical technology

UNO DE CADA CINCO NIÑOS MURCIANOS DE 3 A 4 AÑOS YA TIENE CARIES: ¿ESTAMOS LLEGANDO DEMASIADO TARDE?

Dra. Yolanda Martínez Beneyto
Profesora Titular Universidad de Murcia. Odontología Preventiva y Comunitaria.
Vicepresidenta de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

"Los resultados del estudio epidemiológico sobre caries de la primera infancia en la Región de Murcia ponen de manifiesto la necesidad de reforzar la prevención desde el embarazo y los primeros años de vida".

Cada día, cientos de niños de la Región de Murcia comienzan su jornada en la escuela infantil conviviendo con una enfermedad que, aunque es prácticamente prevenible, continúa siendo la enfermedad crónica más frecuente de la infancia: la caries dental. Nuestro estudio epidemiológico revela que uno de cada cinco niños murcianos de entre 3 y 4 años ya presenta lesiones de caries, una cifra que invita a reflexionar sobre si las estrategias preventivas están comenzando demasiado tarde.

La caries de la primera infancia (Early Childhood Caries, ECC) es una enfermedad que afecta a la dentición temporal de los niños menores de seis años y se caracteriza por la presencia de una o más superficies dentarias con lesiones de caries, cavitadas o no, así como dientes perdidos u obturados como consecuencia de la enfermedad. Lejos de ser un simple "agujero" en un diente, constituye una enfermedad crónica, multifactorial y no transmisible, resultado de la interacción entre el biofilm oral, la exposición frecuente a azúcares libres, la susceptibilidad del huésped y diversos factores sociales y ambientales, enfermedad con una afectación muy importante sobre la calidad de vida del niño.

La Organización Mundial de la Salud estima que más de 537 millones de niños presentan caries en dentición temporal, lo que convierte a esta enfermedad en la patología crónica más frecuente de la infancia. A pesar de los importantes avances en salud oral experimentados durante las últimas décadas, la caries continúa mostrando un marcado gradiente social y afecta con mayor intensidad a la población más vulnerable. Por ello, la Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental de la OMS y el Plan de Acción 2023-2030 sitúan la prevención precoz y la reducción de las desigualdades como dos de sus principales prioridades. En España se ha ampliado recientemente (2022) la Cartera Común de Servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud, incorporando la atención a niños de 0-5 años entre otros grupos diana.



España ha experimentado una importante mejoría en salud oral infantil en los últimos 30 años y más recientemente debido a los programas de salud bucal que presentan las distintas Comunidades Autónomas. Sin embargo, la Encuesta de Salud Oral en España 2020 muestra que un 30% aproximadamente a los 5-6 años de edad y el 82% no se ha restaurado. Un tercio de la población infantil y adolescente española tiene patología de caries.

En la Comunidad Valenciana, el estudio epidemiológico publicado por Almerich-Torres y colaboradores encontró una prevalencia del 37,4 % de caries en dentición temporal a los 6 años y un índice cod de 1,23, constatando además un ligero empeoramiento respecto a la encuesta de 2010. En Andalucía también se han comunicado prevalencias similares a la Región de Murcia, con un 18,4 % de prevalencia de caries a los 3-4 años, aumentando hasta un 41,4% a los 7 años de edad en dentición temporal.

En la Región de Murcia, el estudio epidemiológico llevado a cabo en 2025 sobre caries de la primera infancia, realizado en 931 niños de 3 a 4 años de 33 centros educativos, ha encontrado una prevalencia del 22 % y un índice cod de 0,77. La enfermedad

mostró una asociación significativa con el nivel socioeconómico familiar y con el origen de los progenitores. El estudio de hábitos de higiene y alimentación mostró que la prevalencia aumenta hasta el 40,4 % a los 5-6 años, coincidiendo con un mayor consumo de bebidas azucaradas, bollería industrial y golosinas. Aunque las metodologías difieren entre estudios, todos muestran un incremento progresivo de la caries durante la dentición temporal y una clara influencia de los determinantes sociales.

¿Estamos empezando la prevención demasiado tarde?

La evidencia científica demuestra que la prevención debe comenzar antes del nacimiento. La educación en salud oral de la mujer gestante, la alfabetización en salud oral de las familias, el establecimiento precoz del cepillado con pasta dental fluorada y la primera visita odontológica durante el primer año de vida son intervenciones coste-efectivas que pueden modificar la historia natural de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en la Región de Murcia representan una oportunidad para impulsar nuevas estrategias preventivas adaptadas a nuestra realidad epidemiológica. La prevención de la caries de la primera infancia comienza durante el embarazo, se consolida en los primeros mil días de vida y continúa acompañando a las familias durante toda la infancia.

Financiación: Estudio financiado por la Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia (22648/PI/24)

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. Latest edition.

2. Almerich-Torres T, Montiel-Company JM, Bellot-Arcís C, Iranzo-Cortés JE, Ortolá-Siscar JC, Almerich-Silla JM. Caries prevalence evolution and risk factors among schoolchildren and adolescents from Valencia (Spain): trends 1998-2018. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:6561.

3. Bravo M, Llodra JC, Cortés J, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2020. Madrid: SESPO; 2022.

4. Bravo M, Cabrera-León A, Llodra-Calvo JC, Benjumeda P, Clavero J, Cuadrado MG, et al. V *Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental Escolar en Andalucía 2022. Sevilla:* Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 2022.

5. Consejo General de Dentistas de España. La salud bucodental en España: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? Madrid; 2025.

6. World Health Organization. Ending childhood caries: report of a WHO expert consultation. Geneva: WHO; 2017.

7. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022.

8.. World Health Organization. Global strategy on oral health. Geneva: WHO; 2022.

9. World Health Organization. Global oral health action plan 2023-2030. Geneva: WHO; 2023.



coe

CIRCULO DE ODONTOLOGOS
Y ESTOMATOLOGOS

JUNTOS, LOS DENTISTAS SOMOS MÁS FUERTES

Descuentos y beneficios exclusivos con los mejores proveedores del sector

Consulta nuestra web y dossier



Miles de productos subvencionados en www.latiendadeldentista.com

ÚNETE AL CÍRCULO DE ODONTÓLOGOS POR SÓLO 10€ AL MES

contacta@circulodeodontologos.es
www.circulodeodontologos.es

606 097 121

NUEVOS DESCUENTOS PARA ASOCIADOS COE*

dentalink
el software dental

SOFTWARE DE GESTIÓN DE CLÍNICA EN LA NUBE
5% DE DESCUENTO.

radiofísica

UTPR, DOSIMETRÍA Y GESTIÓN DE RESIDUOS RX
10% DE DESCUENTO.

cuarto sentido

MARKETING OLFATIVO Y AROMATERAPIA PARA TU CLÍNICA
HASTA 34% DE DESCUENTO.

IDH PLATFORM

RECUPERACIÓN DE DEUDA DE PACIENTES MOROSOS
A ÉXITO. COMISIÓN REDUCIDA.

AMERICAN EXPRESS

CONSIGUE 100.000 PUNTOS MEMBERSHIP REWARDS
EQUIVALENTES A 500€.

***DESCARGA EL DOSSIER COMPLETO DE CONDICIONES Y ASÓCIATE A COE EN WWW.CIRCULODEODONTOLOGOS.ES**



SEDACIÓN CONSCIENTE EN CLÍNICA DENTAL · MURCIA

Tu paciente merece *no sentir nada.*

Tú, no preocuparte de nada.

+4.000 sedaciones

sin incidencias.

Equipo de anestesiólogos especializado en sedación dental, con seguro de responsabilidad civil.

01

Anestesiólogos especializados

Médicos especialistas en Anestesiología y Reanimación con amplia experiencia en el ámbito odontológico.

02

Material y autorización incluidos

Aportamos todo el equipamiento. Te acompañamos en la tramitación de la **U.35** ante Sanidad.

03

Sin inversión por tu parte

Sin personal ni equipo propio. El servicio llega completo a tu clínica.

COBERTURA COMPLETA DE SEDACIÓN

- Ansiolisis · Sedación mínima — CLÍNICA DENTAL
- Sedación moderada o consciente — CLÍNICA DENTAL
- Anestesia general · Niños y pacientes especiales — HOSPITAL PRIVADO

anexión

656 91 11 51

anexion@anexion.es

www.anexion.es

LLÁMANOS SIN COMPROMISO

Implantes Unitarios de Plataforma 3 mm

para el tratamiento de la Agenesia Bilateral de incisivos laterales superiores con espacio mesiodistal limitado: caso clínico.

Eduardo Anitua DDS, MD, PhD[1,2,3]
Corresponding author: Dr. Eduardo Anitua, Eduardo Anitua Foundation; C/ Jose Maria Cagigal 19, 01007 Vitoria, Spain;
Phone: +34 945160653, e-mail: eduardo@fundacioneduardoanitua.org

[1] Private practice in oral implantology, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Spain.
[2] Clinical researcher, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Spain.
[3] University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spain.

Introducción

La agenesia de los incisivos laterales superiores constituye una de las anomalías dentarias congénitas más frecuentes y representa un desafío clínico relevante por su impacto estético, funcional y psicológico en pacientes jóvenes y adultos[1,2]. Su manejo requiere una planificación interdisciplinar en la que deben integrarse criterios ortodóncicos, periodontales, protésicos e implantológicos, especialmente cuando se decide mantener o reabrir el espacio para una rehabilitación unitaria implantosoportada[3–7]. Esta situación clínica presenta además particularidades anatómicas que la diferencian de otros escenarios de la zona estética.

El espacio mesio-distal suele ser reducido, las raíces del incisivo central y del canino pueden limitar el espacio quirúrgico, el volumen óseo vestíbulo-palatino es frecuentemente atrófico, debido a la falta de formación y desarrollo de los incisivos laterales y la arquitectura gingival condiciona de forma crítica la simetría de las papilas y del margen mucoso[8–13]. Por ello, la elección del diámetro implantario no responde únicamente a la disponibilidad ósea, sino también a la necesidad de respetar las distancias biológicas con los dientes adyacentes y favorecer un perfil de emergencia armónico[8,10,11,14,15].

Los implantes de diámetro reducido han sido propuestos como una alternativa predecible para espacios anteriores estrechos y para dientes de pequeño diámetro cervical, como los incisivos laterales superiores y los incisivos mandibulares[13,14,16–18]. Entre ellos, los implantes de plataforma o diámetro aproximado de 3 mm permiten abordar espacios mesio-distales limitados minimizando el riesgo de no respetar la distancia entre los dientes adyacentes y evitando, en casos seleccionados, procedimientos adicionales de aumento óseo o compromisos protésicos derivados de plataformas excesivamente anchas [18–24].

La evidencia clínica específica en agenesia de incisivos laterales superiores ha aumentado en los últimos años. Estudios prospectivos han comunicado resultados favorables con implantes estrechos en pacientes con espacios mesio-distales reducidos, incluyendo variables clínicas, radiográficos, estéticos y centrados en tejidos blandos[2,11,12,18–22,25]. Estos datos son especialmente relevantes porque la literatura clásica sobre implantes estrechos agrupaba localizaciones y diámetros heterogéneos, mientras que la agenesia de laterales exige una evaluación más precisa del corredor quirúrgico, la emergencia protésica y la estabilidad periimplantaria[1,10–12,26–28].

La rehabilitación mediante implantes unitarios de 3 mm en espacios reducidos para reponer los incisivos laterales requiere una planificación individualizada que vaya más allá de la simple disponibilidad de espacio, sobre todo cuando se trata de una agenesia. El éxito del tratamiento depende de una adecuada coordinación con el tratamiento ortodóncico para obtener un espacio mesio-distal suficiente, una planificación tridimensional guiada por la futura restauración, la valoración del fenotipo gingival y un diseño protésico capaz de reproducir la anatomía del incisivo lateral respetando los perfiles de emergencia y los tejidos periimplantarios. Cuando estos aspectos se integran desde la fase de planificación, los implantes estrechos constituyen una alternativa conservadora y predecible para el tratamiento de las agenesias de incisivos laterales. A continuación, se presenta un caso clínico de agenesia bilateral de incisivos laterales superiores rehabilitada mediante implantes estrechos de 3 mm en una paciente con un espacio mesio-distal reducido.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 18 años de edad que acude a la consulta por presentar agenesia de incisivos laterales superiores y haber comenzado con movilidad de los incisivos laterales temporales. En la exploración clínica inicial se evidencia además la falta de erupción del canino superior izquierdo definitivo (figuras 1-4), así como los dos incisivos temporales encontrándose el izquierdo ligeramente abanicado ya por la movilidad. En la imagen lateral del segundo cuadrante puede evidenciarse además que existe espacio suficiente para el canino. En la radiografía panorámica inicial podemos observar el canino del segundo cuadrante intramucoso

con una gran inclinación mesial (figura 5) muy cerca del plano de oclusión lo que nos hace pensar que su colocación en el arco con ortodoncia es favorable.

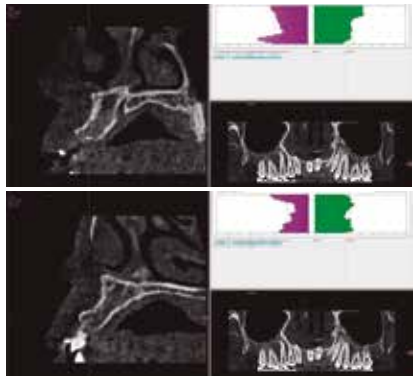


Figuras 1-4. Imágenes iniciales del caso donde podemos observar el estado inicial de la paciente con los dos incisivos laterales superiores temporales y la falta del canino superior izquierdo



Figura 5. Radiografía inicial del caso, en la que se observa la reabsorción radicular de ambos incisivos laterales temporales y la marcada inclinación mesial del canino superior izquierdo, situado próximo al plano oclusal.

Como primera fase del tratamiento, se indicó un tratamiento ortodóncico con el objetivo de incorporar el canino superior izquierdo a la arcada y redistribuir de forma equilibrada el espacio destinado a la rehabilitación de ambos incisivos laterales superiores. Una vez alcanzado el espacio disponible y en la fase final del tratamiento ortodóncico, se lleva a cabo la colocación de los implantes dentales en los incisivos laterales superiores. El estudio mediante CBCT confirmó la presencia de un adecuado volumen óseo vestibular, con la ligera concavidad característica de esta región anatómica, pero evidenció un espacio protésico mesiodistal reducido. Por este motivo, se planificó la colocación de implantes estrechos de 3 mm de diámetro y plataforma de 3 mm. Asimismo, se seleccionó una longitud de 6,5 y 7,5 mm, suficiente para satisfacer los requerimientos biomecánicos de la región anterior maxilar y, al mismo tiempo, preservar al máximo el lecho óseo mediante un abordaje menos invasivo y salvándose la concavidad de la tabla vestibular (figuras 6 y 7).



Figuras 6-7. Planificación de los implantes en los incisivos laterales, como vemos con plataforma estrecha (3 mm-3.0 biotechnology institute) así como longitudes entre los 6,5 y los 7,5 mm. Con ello, evitamos la perforación de la concavidad de la tabla vestibular típica en esta zona anatómica.

Durante la cirugía se realizó la extracción del diente temporal 52, mientras que el 62 había sido extraído previamente para permitir la tracción ortodóncica del canino superior izquierdo hasta su posición definitiva en la arcada. Como se observa en las imágenes quirúrgicas, el espacio mesiodistal disponible era reducido en ambas localizaciones, lo que justificó la elección de implantes estrechos con plataforma de 3 mm, capaces de adaptarse al espacio protésico sin comprometer la posición tridimensional del implante ni los contornos de emergencia de la futura restauración (figuras 8-11).

Ambos implantes se dejaron sumergidos para su cicatrización en dos fases quirúrgicas, utilizando pilares de cicatrización de diámetro reducido (figura 12). Esta estrategia permitió realizar la segunda fase mediante una técnica transmucosa mínimamente invasiva, guiando la colocación de los pilares protésicos a través de los propios pilares de cicatrización y evitando la elevación de un colgajo (figuras 13 y 14). Este abordaje favorece la preservación de los tejidos blandos periimplantarios y resulta especialmente ventajoso en sectores estéticos, donde el mantenimiento de la arquitectura mucosa es determinante para el resultado final.



Figuras 8-11. Imágenes intraorales de la cirugía donde podemos ver con claridad la disminución del espacio mesio-distal de ambos incisivos laterales. Vemos además la concavidad vestibular, más marcada en el segundo cuadrante, que ya se había objetivado en el cone-beam. Se realiza además un remodelado de los torus vestibulares.



Figura 12. Radiografía panorámica de la paciente en la fase final de la ortodoncia, con ambos implantes colocados y los pilares de cicatrización de diámetro reducido en posición.

Tras la segunda fase quirúrgica, se colocaron coronas provisionales atornilladas sobre transepiteliales unitarios (Unit®) con el objetivo de conformar progresivamente el

perfil de emergencia de los tejidos blandos, al tiempo que proporcionaban una carga funcional progresiva a los implantes (figuras 15 y 16).





Figuras 13-14. Imágenes de la segunda fase quirúrgica con la colocación de los transepiteliales unitarios (Unit®) con una mínima intervención (con bisturí circular) sin la necesidad de elevar un colagajo mucoperióstico.





Figuras 15 y 16. Coronas provisionales iniciales tras la segunda fase para comenzar la conformación de los tejidos blandos y dar carga progresiva a los implantes.

Una vez alcanzada la maduración de los tejidos periimplantarios, la estabilidad del perfil de emergencia, la adecuada posición del cénit gingival y la formación completa de las papilas interdentales, se procedió a la colocación de las restauraciones definitivas. Estas consistieron en coronas cerámicas cementadas sobre una interfase de titanio y posteriormente atornilladas a los transepiteliales unitarios, combinando un resultado estético óptimo con una elevada precisión en el ajuste protésico (figuras 17-21). La paciente continúa en seguimiento clínico y radiográfico, sin evidenciarse pérdida ósea periimplantaria ni complicaciones biológicas o protésicas. Asimismo, se mantiene la estabilidad de los tejidos blandos periimplantarios y del resultado estético obtenido en ambos incisivos laterales, como muestran las imágenes correspondientes al seguimiento a los 5 años (figuras 22-28).





Figuras 17-18. Coronas de cerámica definitivas, tras la estabilización de los tejidos blandos de cerámica cementadas a interfase para atornillar sobre transepitelial unitario.





Figuras 19 y 20. Vista lateral de las restauraciones donde se hace evidente la estética lograda con las mismas y la integración de ambos implantes en el frente estético.



Figura 21. Radiografía final con las coronas definitivas colocadas y la ortodoncia finalizada.









Figuras 22-25. Imágenes intraorales de la paciente, donde se parecía el excelente estado de los tejidos blandos y la conservación del resultado estético a los 5 años de seguimiento.



Figura 26. Radiografía de control a los 5 años con la estabilidad ósea de los implantes sin objetivarse pérdidas crestales asociadas.





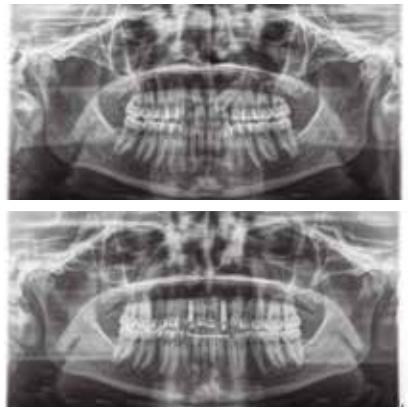






Figuras 27-34. Imágenes iniciales y finales del caso con la comparativa del resultado inicial y tras 5 años de seguimiento donde se hace evidente el cambio logrado.

La comparación entre las imágenes iniciales y las obtenidas tras 5 años de seguimiento permite apreciar la transformación estética conseguida mediante el tratamiento interdisciplinar. La correcta redistribución ortodóncica del espacio, junto con la rehabilitación mediante implantes estrechos y el adecuado acondicionamiento de los tejidos periimplantarios, permitió restablecer unas proporciones dentarias armónicas y una integración natural de las restauraciones en la sonrisa de la paciente (figuras 27- 34). Radiográficamente puede evidenciarse también el resultado y su mantenimiento (figura 35 y 36).



Figuras 35 y 36. Comparativa radiológica inicial y final a los 5 años tras la ortodoncia y la colocación y carga de los implantes.

Discusión

El presente caso clínico se enmarca en un escenario donde el factor determinante no es solo la ausencia congénita de ambos incisivos laterales, sino la presencia de un espacio mesio-distal reducido que condiciona de forma directa la selección del implante y el diseño protésico. En esta situación, los implantes unitarios de plataforma 3 mm permiten adaptar el tratamiento a una anatomía limitada sin forzar la preparación ortodóncica del espacio ni comprometer la relación con las raíces adyacentes. La literatura reciente respalda el empleo de implantes estrechos para la rehabilitación de incisivos laterales ausentes por agenesia. De hecho, esta fue una de las primeras indicaciones clínicas para este tipo de implantes, lo que ha permitido acumular una amplia experiencia clínica y disponer de seguimientos a largo plazo que avalan su predictibilidad. La revisión sistemática de Schiegnitz et al[16]. demostró que los implantes de 3,0-3,25 mm, utilizados mayoritariamente para sustituir incisivos laterales superiores en espacios mesiodistales reducidos, alcanzan tasas medias de supervivencia del 97,3%, sin diferencias significativas respecto a los implantes de diámetro convencional. Asimismo, la revisión de Klein et al[14]. describió tasas de supervivencia comprendidas entre el 93,8% y el 100% para implantes de este diámetro, concluyendo que constituyen una alternativa predecible en sectores anteriores con espacio protésico limitado. Más recientemente, Lacarbonara et al[29]. publicaron un estudio multicéntrico con 10 años de seguimiento en pacientes con agenesia de incisivos laterales rehabilitados mediante miniimplantes, confirmando una elevada supervivencia y estabilidad clínica a largo plazo. Del mismo modo, el estudio prospectivo de Roccuzzo et al[30]. mostró excelentes resultados clínicos, radiográficos y estéticos tras tres años de seguimiento, con un mantenimiento estable de los tejidos periimplantarios y una elevada satisfacción de los pacientes, consolidando el papel de los implantes estrechos como una opción de referencia en este contexto clínico. Estos estudios son especialmente valiosos porque analizan una indicación concreta, con exigencias anatómicas y estéticas muy similares a las del caso presentado.

En pacientes con agenesia, el manejo del espacio es uno de los aspectos más sensibles del tratamiento. Una apertura insuficiente puede dificultar la colocación segura del implante, mientras que una apertura excesiva puede generar proporciones coronarias poco naturales o necesidad de restauraciones sobrecontorneadas[2–5,27,31–34]. Por ello, el implante de 3 mm representa un punto de equilibrio entre la preservación de las distancias biológicas con los dientes adyacentes, la estabilidad mecánica de la restauración y el respeto de la morfología cervical del futuro incisivo lateral. Esta indicación cuenta además con un sólido respaldo clínico, ya que constituye una de las aplicaciones más estudiadas de los implantes estrechos[18–21]. Estudios prospectivos específicos en pacientes con agenesia de incisivos laterales han comunicado tasas de supervivencia del 100% a 3 y 5 años para implantes de 3,0 mm, con una excelente estabilidad ósea marginal y resultados estéticos altamente satisfactorios[11,19–21]. En una de las series prospectivas con mayor seguimiento publicada hasta la fecha, Sorrentino et al[35]. comunicaron una supervivencia global del 95% tras 16 años de función en 105 implantes estrechos colocados para la rehabilitación de agenesias de incisivos laterales, acompañada de una reducida pérdida ósea marginal y una adecuada estabilidad de los tejidos periimplantarios.

La papila periimplantaria constituye otro elemento crítico. En el área de

los incisivos laterales, el resultado estético depende en gran parte de la relación entre el implante, los dientes vecinos y el soporte óseo interproximal. Herrera-Pérez et al[10]. evaluaron la papila diente-implante en implantes estrechos anteriores y subrayaron la relevancia de los tejidos blandos en espacios mesio-distales reducidos. En estas situaciones, una plataforma estrecha puede facilitar la conservación de tejido interproximal al disminuir la ocupación horizontal del implante, aunque el resultado final dependerá también de la posición tridimensional, el fenotipo periodontal y la restauración provisional o definitiva[7,9,36].

Desde el punto de vista restaurador, la rehabilitación unitaria de ambos incisivos laterales exige reproducir simetría sin caer en soluciones protésicas voluminosas. La plataforma de 3 mm puede ayudarnos también en este sentido, al favorecer un perfil de emergencia más coherente con el diámetro cervical del incisivo lateral, reduciendo la necesidad de compensaciones cerámicas excesivas[37,38]. Esta ventaja resulta particularmente importante en pacientes con sonrisa alta, biotipo fino o discrepancias leves de espacio entre ambos lados.

Desde el punto de vista biomecánico, la sustitución de los incisivos laterales superiores constituye una de las indicaciones más favorables para el empleo de implantes estrechos. A diferencia de los sectores posteriores, donde predominan cargas oclusales elevadas y momentos de flexión importantes, los incisivos laterales soportan fuerzas funcionales de menor magnitud y presentan una superficie oclusal reducida, lo que disminuye las tensiones transmitidas al complejo implante-prótesis[29,39–41]. Además, la posición de estas restauraciones permite diseñar coronas con voladizos mínimos y una relación corona-implante generalmente favorable, siempre que se consiga una correcta planificación tridimensional y una oclusión mutuamente protegida[11,20,21]. En consecuencia, la reducción del diámetro del implante no se traduce necesariamente en un compromiso biomecánico, sino que permite preservar el hueso interproximal y mantener las distancias biológicas con los dientes adyacentes, aspectos determinantes para la estabilidad de los tejidos periimplantarios y el resultado estético a largo plazo[42–44].

Una limitación inherente al caso clínico es que no permite establecer conclusiones generalizables. Sin embargo, su valor reside en documentar una indicación de alta exigencia estética: dos implantes unitarios estrechos y cortos en espacios mesio-distales reducidos por agenesia bilateral. En este tipo de casos, el éxito no se define únicamente por la osteointegración, sino por la estabilidad de los tejidos, la integración visual de ambas coronas y la ausencia de complicaciones protésicas o biológicas durante el seguimiento.

Conclusiones

En conjunto, este caso apoya el papel de los implantes unitarios de plataforma 3 mm como una alternativa conservadora y anatómicamente coherente para rehabilitar incisivos laterales superiores ausentes por agenesia cuando el espacio mesiodistal es limitado. Su indicación debe basarse en una planificación interdisciplinar y en una ejecución protésicamente guiada, con especial atención a la posición tridimensional del implante, la preservación papilar y el diseño del perfil de emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

Dallel I, Marwen W, Ben Abdallah S, Tobji S, Ben Amor A, Canal P. Agenesis of the upper lateral incisors: Study of an orthodontic population and clinical illustration. Int Orthod. 2018;16: 384–407. doi:10.1016/J.ORTHO.2018.03.023

Kiliaridis S, Sidira M, Kirmanidou Y, Michalakis K. Treatment options for congenitally missing lateral incisors. Eur J Oral Implantol. 2016;9: 5–24.

Ravi R, Taori KP, Jadhav V V, Azmi MS. An Interdisciplinary Treatment Approach for Congenitally Missing Teeth: A Case Report. Cureus. 2024;16: e70106. doi:10.7759/cureus.70106

Rasner SL. Replacing congenitally missing maxillary lateral incisors: Assessing treatment options and case report. Dent Today. 2005;24: 66–73.

Kinzer GA, Kokich VO. Managing congenitally missing lateral incisors. Part III: Single-tooth implants. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2005;17: 202–210. doi:10.1111/j.1708-8240.2005.tb00116.x

King P, Maiorana C, Luthardt RG, Sondell K, Oland J, Galindo-Moreno P. Clinical and Radiographic Evaluation of a Small-Diameter Dental Implant Used for the Restoration of Patients with Permanent Tooth Agenesis (Hypodontia) in the Maxillary Lateral Incisor and Mandibular Incisor Regions: A 36-Month Follow-Up. International Journal of Prosthodontics. 2016;29: 147–153. doi:10.11607/ijp.4444

Roccuzzo M, Roccuzzo A, Ramanuskaite A. Papilla height in relation to the distance between bone crest and interproximal contact point at single-tooth implants: A systematic review. Clin Oral Implants Res. 2018;29: 50–61. doi:10.1111/clr.13116

Arunyanak SP, Pollini A, Ntounis A, Morton D. Clinician assessments and patient perspectives of single-tooth implant restorations in the esthetic zone of the maxilla: A systematic review. Journal of Prosthetic Dentistry. 2017;118: 10–17. doi:10.1016/j.prosdent.2016.10.036

Garabetyan J, Malet J, Kerner S, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. The relationship between dental implant papilla and dental implant mucosa around single-tooth implant in the esthetic area: A retrospective study. Clin Oral Implants Res. 2019;30: 1229–1237. doi:10.1111/clr.13536

Herrera-Pérez P, García-De-La-Fuente AM, Andia-Larrea E, Marichalar-Mendia X, Aguirre-Urizar JM, Aguirre-Zorzano LA. Clinical analysis of the tooth-implant papilla for two narrow-diameter titanium-zirconium implants in the anterior area: prospective controlled clinical study. BMC Oral Health. 2024;24. doi:10.1186/S12903-024-04075-2

Roccuzzo A, Imber JC, Lempert J, Hosseini M, Jensen SS. Narrow diameter implants to replace congenital missing maxillary lateral incisors: A 1-year prospective, controlled, clinical study. Clin Oral Implants Res. 2022;33: 844–857. doi:10.1111/CLR.13966

Zarone F, Sorrentino R, Vaccaro F, Russo S. Prosthetic treatment of maxillary lateral incisor agenesis with osseointegrated implants: A 24-39-month prospective clinical study. Clin Oral Implants Res. 2006;17: 94–101. doi:10.1111/j.1600-0501.2005.01188.x

Froum SJ, Cho S-C, Cho YS, Elian N, Tarnow D. Narrow-diameter implants: a restorative option for limited interdental space. Int J Periodontics Restorative Dent. 2007;27: 449–55. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17990441

Klein M, Schiegnitz E, Al-Nawas B. Systematic review on success of narrow-diameter dental implants. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29 Suppl: 43–54. doi:10.11607/JOMI.2014SUPPL.G1.3

Ghazal S, Huynh-Ba G, Aghaloo T, Dibart S, Froum S, O'Neal R, et al. Randomized Controlled Multicenter Clinical Study Evaluating Crestal Bone Level Change of Narrow-Diameter Versus Standard-Diameter Ti-Zr Implants for Single Tooth Replacement in Anterior and Premolar Region. Int J Oral Maxillofac Implants. 2019;34: 708–718. doi:10.11607/jomi.6927

Schiegnitz E, Al-Nawas B. Narrow-diameter implants: A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Implants Res. 2018;29: 21–40. doi:10.1111/CLR.13272

Sierra-Sánchez JL, Martínez-González A, García-Sala Bonmatí F, Mañes-Ferrer JF, Brotons-Oliver A. Narrow-diameter implants: are they a predictable treatment option? A literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014;19. doi:10.4317/MEDORAL.19306

Walter C, Sagheb K, Blatt S, Klein MO, Herrmann J, Kleinheinz J, et al. Evaluation of the clinical safety and performance of a narrow diameter (2.9 mm) bone-level implant: a 1-year prospective single-arm multicenter study. Int J Implant Dent. 2023;9. doi:10.1186/S40729-023-00495-X

Weigl P, Trimpou G, Hess P, Kolinski M, Bellucci G, Trisciuoglio D, et al. Esthetically driven immediate provisionalization in the anterior zone: 5-year results from a prospective study evaluating 3.0-mm-diameter tapered implants. Clin Oral Investig. 2024;28. doi:10.1007/s00784-024-05832-x

Oyama K, Kan JYK, Rungcharassaeng K, Lozada J. Immediate provisionalization of 3.0-mm-diameter implants replacing single missing maxillary and mandibular incisors: 1-year prospective study. Int J Oral Maxillofac Implants. 27: 173–80. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22299094

MacLean S, Hermans M, Villata L, Polizzi G, Sisodia N, Cherry JE. A retrospective multicenter case series evaluating a novel 3.0-mm expanding tapered body implant for the rehabilitation of missing incisors. Quintessence Int. 2016;47: 297–306. doi:10.3290/J.QI.A35626

Anitua E, Tarazona A, Alkhraisat MH. Retrospective Study of Functional and Esthetic Outcomes Using Narrow-Diameter Implants for Single Upper Central Incisor Replacements. Dent J (Basel). 2025;13. doi:10.3390/dj13040144

Anitua E, Saracho J, Begoña L, Alkhraisat MH. Long-Term Follow-Up of 2.5-mm Narrow-Diameter Implants Supporting a Fixed Prostheses. Clin Implant Dent Relat Res. 2016;18: 769–777. doi:10.1111/CID.12350

Anitua E, Errazquin JM, de Pedro J, Barrio P, Begoña L, Orive G. Clinical evaluation of Tiny ® 2.5- and 3.0-mm narrow-diameter implants as definitive implants in different clinical situations: A retrospective cohort study. Eur J Oral Implantol. 2010;3: 315–322.

Turkyilmaz I, Avci M, Kuran S, Ozbek EN. A 4-year prospective clinical and radiological study of maxillary dental implants supporting single-tooth crowns using early and delayed loading protocols. Clin Implant Dent Relat Res. 2007;9: 222–227. doi:10.1111/j.1708-8208.2007.00045.x

Rosa M, Lucchi P, Ferrari S, Zachrisson BU, Caprioglio A. Congenitally missing maxillary lateral incisors: Long-term periodontal and functional evaluation after orthodontic space closure with first premolar intrusion and canine extrusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2016;149: 339–348. doi:10.1016/j.ajodo.2015.08.016

Khalil A, Alrehaili R, Almatrodi R, Koshak A, Tawakkul B, Almuqati T, et al. Congenitally Missing Lateral Incisors: Prioritizing Space Closure Whenever Feasible. Cureus. 2024;16: e74471. doi:10.7759/cureus.74471

King P, Maiorana C, Luthardt R, Sondell K, Øland J, Galindo-Moreno P, et al. Clinical and Radiographic Evaluation of a Small-Diameter Dental Implant Used for the Restoration of Patients with Permanent Tooth Agenesis (Hypodontia) in the Maxillary Lateral Incisor and Mandibular Incisor Regions: A 36-Month Follow-Up. Int J Prosthodont. 2016;29: 147–153. doi:10.11607/IJP.4444

Lacarbonara M, Cazzolla AP, Lacarbonara V, Lo Muzio L, Ciavarella D, Testa NF, et al. Prosthetic rehabilitation of maxillary lateral incisors agenesis using dental mini-implants: a multicenter 10-year follow-up. Clin Oral Investig. 2021;26: 1963. doi:10.1007/S00784-021-04176-0

Roccuzzo A, Imber JC, Lempert J, Jensen SS. Clinical, radiographic, and aesthetic outcomes at two narrow-diameter implants to replace congenital missing maxillary lateral incisors: A 3-year prospective, clinical study. Clin Implant Dent Relat Res. 2024;26: 777–786. doi:10.1111/cid.13339

Kokich VO, Kinzer GA. Managing congenitally missing lateral incisors. Part I: Canine substitution. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2005;17: 5–10. doi:10.1111/j.1708-8240.2005.tb00076.x

Thilander B, Ödman J, Gröteborg K, Friberg B. Osseointegrated implants in adolescents. An alternative in replacing missing teeth? Eur J Orthod. 1994;16: 84–95. doi:10.1093/ejo/16.2.84

Esposito M, Ardebili Y, Worthington H V. Interventions for replacing missing teeth: Different types of dental implants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;2014. doi:10.1002/14651858.CD003815.pub4

Priest G. The treatment dilemma of missing maxillary lateral incisors-Part II: Implant restoration. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2019;31: 319–326. doi:10.1111/jerd.12483

Sorrentino R, Di Mauro MI, Leone R, Ruggiero G, Annunziata M, Zarone F. Implant–Prosthetic Rehabilitation of Maxillary Lateral Incisor Agenesis with Narrow Diameter Implants and Metal–Ceramic vs. All-Ceramic Single Crowns: A 16-Year Prospective Clinical Study. Applied Sciences 2023, Vol 13,. 2023;13. doi:10.3390/APP13020964

Ryser MR, Block MS, Mercante DE. Correlation of papilla to crestal bone levels around single tooth implants in immediate or delayed crown protocols. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63: 1184–1195. doi:10.1016/j.joms.2005.04.025

Wang J, Tang Y, Qiu L, Yu H. Influence of buccal emergence profile designs on peri-implant tissues: A randomized controlled trial. Clin Implant Dent Relat Res. 2022;24: 329–338. doi:10.1111/cid.13088

Kou Y, Li Q, Tang Z. Prosthetic emergence angle in different implant sites and their correlation with marginal bone loss: A retrospective study. J Dent Sci. 2023;18: 534–540. doi:10.1016/j.jds.2022.09.008

Hagberg C. Assessment of bite force: a review. J Craniomandib Disord. 1987;1: 162–169.

Shinogaya T, Bakke M, Thomsen CE, Vilmann A, Matsumoto M. Bite force and occlusal load in healthy young subjects--a methodological study. Eur J Prosthodont Restor Dent. 2000;8: 11–15.

Julien KC, Buschang PH, Throckmorton GS, Dechow PC. Normal masticatory performance in young adults and children. Arch Oral Biol. 1996;41: 69–75. doi:10.1016/0003-9969(95)00098-4

Gibney JW. Minimally invasive implant surgery. J Oral Implantol. 2001;27: 73–76. doi:10.1563/1548-1336(2001)027<0073:MIIS>2.3.CO;2

Ramani S, Vijayalakshmi R, Kumari CBN, Mahendra J, Ambalavanan N. A short review on minimally invasive implants. Bioinformation. 2023;19: 655. doi:10.6026/97320630019655

Attik N, Phantarasmy M, Abouelleil H, Chevalier C, Barraco A, Grosgogeat B, et al. Comparison of the Biological Behavior and Topographical Surface Assessment of a Minimally Invasive Dental Implant and a Standard Implant: An In Vitro Study. Materials (Basel). 2022;15. doi:10.3390/ma15217540



PROGRAMAS

QUE INICIAN EN ODONTOLOGÍA



MASTER Y ESPECIALISTA

Endodoncia Avanzada y Sistemas de Magnificación
Dirección: Dr. Mario Zorita
MADRID | MAR.2027

ESPECIALISTA

Odontopediatria Clínica
Dirección: Dr. Luis Gallegos López
MADRID | ENE.2027

EXPERTO UNIVERSITARIO

Endodoncia Clínica Avanzada
Dirección: Dr. Mario Zorita, Dra. Jenifer Martin González
MÁLAGA | ENE.2027

DOBLE MÁSTER

Europeo Modular en Ortodoncia Clínica + D
Comisión académica: Dr. Jesús Fernández Sánchez, Dra. Cristina Leiva Cala, Dra. María Noel Strada, Benjamín Zanier, Dr. Alberto Albaladejo
MULTISEDE

ESPECIALISTA CURSO

Internacional en Implantologia Avanzada y Regeneración
MADRID, BRASIL Y ARGENTINA | ENERO

MÁSTER

Ortodoncia Clínica, Ortopedia Dentofacial y Alineadores
Comisión académica: Dr. Jesús Fernández Sánchez, Dra. Cristina Leiva Cala, Dra. María Noel Strada, Benjamín Zanier, Dr. Alberto Albaladejo
ALMERÍA, MURCIA, SEVILLA, MÁLAGA, MADRID Y LAS PALMAS DE G.C

MÁSTER

Cirugía Bucal, Implantología y Periodoncia
Dirección: Dr. Juan Ambrós, Dr. Carlos Barrado, Dr. Francisco Ruiz, Dr. José Maté Sánchez de Val
BARCELONA Y MÁLAGA

NO TE **QUEDES** SIN TU **PLAZA**

pgoucam.com

PgO
POSTGRADO EN ODONTOLOGÍA

UCAM

DENTISTAS MURCIANOS EN ESPAÑA

Juan Ruiz Parra



María José Sánchez nació en Beniel (Murcia), de donde guarda algunos de los recuerdos más especiales de su vida, siempre ligados a mi familia, a la que se siente profundamente unida. Se licenció en Odontología por la Universidad de Murcia y, tras un año de esfuerzo y aprendizaje, fue seleccionada para una de las tres plazas del máster con dedicación exclusiva en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial de la Universidad de Valencia, una oportunidad que marcó un antes y un después en su trayectoria. Posteriormente, regresó a Murcia para realizar el doctorado, en el que alcanzó la máxima calificación: *Cum Laude*. Su recorrido profesional ha estado guiado por la vocación, la constancia y el deseo de seguir aprendiendo, valores que hoy continúan presentes en su forma de entender la odontología.

¿Qué le llevó a saltar la frontera y vivir en Valencia?

Al terminar la carrera, el panorama laboral era favorable: en aquel momento solo había siete facultades de Odontología en España y existía una amplia oferta de trabajo. Sin embargo, sentía que, aunque tenía una buena base, todavía me quedaba mucho por aprender y que no sabía hacer nada con el nivel de excelencia al que aspiraba. Por eso, decidí apostar por la especialización, convencida de que quería construir mi carrera sobre una formación sólida y rigurosa. Elegí Valencia porque era reconocida como la «cuna de la ortodoncia», y sabía que allí encontraría la oportunidad de formarme al máximo nivel en la especialidad que me apasionaba.

¿En qué consiste su trabajo actual y cómo es su vida en el día a día?

Mi trabajo actual tiene dos facetas muy diferenciadas y, a la vez, complementarias. Por un lado, ejerzo como ortodoncista, una profesión que sigue apasionándome y que me permite mantener el contacto directo con los pacientes y la práctica clínica. Por otro, asumo la gestión y el liderazgo de la clínica, un proyecto que ha crecido considerablemente con los años y cuyo equipo supera ya las veinte personas. Mi día a día consiste en encontrar el equilibrio entre ambas responsabilidades: seguir cuidando la excelencia clínica y, al mismo tiempo, coordinar, acompañar e impulsar al equipo para que todos avancemos en una misma dirección. Es un reto constante que me exige aprender y evolucionar, tanto en lo profesional como en lo personal.

¿Tiene pensado volver a Murcia o se convertirá en una "expatriada" perpetua? ¿Qué condiciones de trabajo tendrían que esperarle en Murcia para que regresara, aparte de un contrato constelado de ceros como el de Mbappé?

Siempre digo que nací murciana y moriré murciana, porque el sentimiento de pertenencia a mi tierra es algo que llevo conmigo, esté donde esté. Volver a Murcia siempre sería una posibilidad que miraría con cariño, pero la realidad es que, con los años, he construido mi vida personal y profesional en Valencia. Aquí he desarrollado mi proyecto, he formado mi equipo y, curiosamente, también viven mis padres y mi hermana. De hecho, entre los miembros de mi equipo también hay varios murcianos, así que, de alguna manera, Murcia sigue estando presente en mi día a día. Aunque mi tierra siempre será Murcia, hoy Valencia es mi hogar.

¿Cuáles son las mayores diferencias que ha encontrado en los hábitos de los valencianos con respecto a los habitantes de Murcia y en qué aspectos le ha sido más difícil adaptarse? ¿Qué es lo que más echa de menos de su tierra?

Aunque me siento muy a gusto en Valencia y conecto perfectamente con su gente, es verdad que cuando conozco a alguien de Murcia o coincido con un murciano, surge una conexión especial, difícil de explicar, pero muy nuestra. En cuanto a lo que más echo de menos, sin duda está la gastronomía: los bares y restaurantes donde tapear, el ambiente del centro de Murcia, con sus calles peatonales, y esa cultura de disfrutar alrededor de una mesa. De hecho, en mi casa nunca faltan las marineras murcianas. Son pequeñas cosas que me mantienen conectada con mis raíces y que me recuerdan que, aunque haya construido mi vida en Valencia, Murcia sigue estando muy presente en mí.

¿Se sorprenden algunos de sus conocidos locales de alguna de sus costumbres? ¿Cómo nos ven a los murcianos?

Creo sinceramente que Murcia sigue siendo una gran desconocida para buena parte de España. Muchas veces se habla de nuestra tierra sin conocer realmente todo lo que tiene que ofrecer: su gastronomía, su patrimonio, sus paisajes y, sobre todo, la hospitalidad y el carácter cercano de su gente. Creo que a los murcianos nos caracteriza una forma muy especial de vivir y de relacionarnos, con mucho sentido del humor, naturalidad y un fuerte vínculo con nuestras raíces. Quizá por eso, cuando coincido con alguien de Murcia fuera de nuestra tierra, esa conexión aparece casi de inmediato. Me encantaría que más personas descubrieran Murcia sin prejuicios y se llevaran la sorpresa de encontrar una región con una identidad propia, una riqueza enorme y mucho más que ofrecer de lo que imaginan.

Aprovechando que esta entrevista solo quedará entre Ud. y yo, más unos mil quinientos dentistas de Murcia y un número indeterminado de pacientes que posiblemente lean *Impresiones* en la sala de espera, ¿qué costumbres o aspectos culturales importaría a nuestra región desde Valencia?

Si hay algo que me llevaría de Valencia a Murcia, sería, sin duda, su cultura del arroz. Hay que reconocer que los valencianos saben cocinarlo como en pocos sitios y que la paella valenciana es casi una institución. Eso sí, sin desmerecer nuestros arroces murcianos, desde el arroz con conejo hasta el arroz con verduras, que también tienen muchísimo que decir. Lo curioso es que a los valencianos se les ponen los pelos de punta cuando descubren que en Murcia le ponemos pimiento a la paella. ¡Esas pequeñas diferencias gastronómicas dan para más de una discusión alrededor de la mesa! Al final, creo que lo bonito es aprender unos de otros, disfrutar de lo que nos une y conservar esas costumbres que hacen única a cada tierra.

¿Conoce a otros dentistas murcianos en Valencia o se relaciona con otros "compatriotas"?

La verdad es que no he coincidido con tantos dentistas murcianos en Valencia como cabría esperar, aunque quizá sea simplemente cuestión de no habernos cruzado. En mi propio equipo sí tengo a un compañero murciano, lo que siempre hace ilusión. En cualquier caso, nunca he perdido el contacto con mis compañeros de carrera y colegas de profesión de Murcia. Guardo un cariño especial por esa etapa y por las personas con las que compartí mis primeros pasos en la odontología. Al final, aunque la vida profesional nos lleve por distintos caminos, hay vínculos que se mantienen intactos con el paso del tiempo y la distancia.

Conteste a la pregunta anterior sustituyendo la palabra "murcianos" por el gentilicio de su localidad natal, aunque sea un alineamiento de planetas casi imposible…

En este caso, el alineamiento de planetas todavía no se ha producido. No he tenido la suerte de coincidir en Valencia con ningún paisano de Beniel, aunque quién sabe, quizá esta entrevista sirva para que aparezca alguno. Sería una bonita sorpresa encontrarme con alguien de mi pueblo tan lejos de casa.

¿Encuentra diferencias acusadas entre el modo de ejercer la odontología en Valencia y Murcia? ¿Y en la frecuencia de visitas al dentista de la población? ¿Cree que el poder adquisitivo se refleja de algún modo en las estadísticas?

Sinceramente, no considero que haya diferencias especialmente acusadas entre Murcia y Valencia en la forma de ejercer la odontología. En ambas ciudades he encontrado grandes profesionales y pacientes con necesidades muy similares. En cuanto a la frecuencia de las visitas o a la posible influencia del poder adquisitivo, creo que intervienen muchos factores, como la educación en salud bucodental, la prevención y los hábitos de cada persona. No me atrevería a establecer diferencias claras sin datos que las respalden. Al final, considero que el objetivo debe ser el mismo en cualquier lugar: ofrecer una odontología de calidad y conseguir que los pacientes entiendan la importancia de cuidar su salud bucodental.



Puede aportar cualquier información no recogida en el cuestionario.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecer al Colegio de Dentistas de la Región de Murcia que mantenga vivo ese vínculo con los profesionales murcianos que, por distintas circunstancias, hemos desarrollado nuestra carrera fuera de nuestra tierra. Aunque mi camino profesional me haya llevado a Valencia, Murcia forma parte de quien soy, tanto en lo personal como en lo profesional. Guardo un cariño enorme por mis raíces, por mis compañeros de profesión y por todo lo que supuso comenzar mi camino en la Universidad de Murcia. Creo que es muy bonito que existan espacios como este, que nos permitan reencontrarnos, compartir experiencias y sentir que, aunque estemos lejos, seguimos formando parte de una misma comunidad. Porque uno puede cambiar de ciudad, construir nuevos proyectos y encontrar otro hogar, pero hay vínculos con la tierra de origen que nunca se pierden.



INVESTIGAR TAMBIÉN ES EJERCER LA ODONTOLOGÍA

Ali EL Yahyaoui El Akrout
Becario predoctoral de la Universidad de Murcia



Cuando terminamos el Grado en Odontología, la mayoría imaginamos nuestro futuro profesional ligado a la clínica privada, a la especialización mediante másteres o a la incorporación a equipos asistenciales ya consolidados. Son caminos perfectamente conocidos y, en muchos casos, representan los objetivos que nos han acompañado durante toda la carrera. Sin embargo, existen otras salidas profesionales mucho menos visibles que también forman parte de nuestra profesión. Algunas de ellas son la Odontología militar, la gestión sanitaria, la industria biomédica o la carrera investigadora y académica.

En mi caso, hace apenas un año tampoco conocía realmente qué suponía realizar un doctorado o conseguir una beca predoctoral. Durante la carrera escuchaba hablar ocasionalmente de la investigación, de artículos científicos o de profesores que compaginaban la clínica con la universidad. Por ello, en este breve texto me gustaría compartir mi experiencia y acercar esta vía profesional a estudiantes y jóvenes odontólogos que quizá nunca se hayan planteado esta posibilidad.

En cuanto a mi experiencia personal, en mi último año de carrera, tuve la oportunidad de conversar con varios profesores y, en especial, con el Dr. Francisco Javier Rodríguez Lozano y su equipo, sobre posgrados, becas, salidas profesionales y si les gustaba el estilo de combinar la clínica con la universidad. Aunque siempre me ha gustado la práctica clínica, sentía interés por desarrollar una actividad profesional más variada, que combinara la atención a pacientes con la docencia y la actividad científica. Tras estas charlas que tuve con ellos seguí buscando más información.

Pero ¿qué es exactamente una beca o contrato predoctoral? Muchas veces se asocia simplemente a "seguir estudiando" después del grado o máster. Sin embargo, esta etapa supone mucho más que eso. Se trata del inicio de una carrera académica e investigadora dentro de la universidad, cuyo objetivo principal es la formación de investigadores capaces de generar nuevo conocimiento científico y contribuir al avance de sus respectivas disciplinas.

En España, estos contratos suelen obtenerse mediante convocatorias competitivas financiadas por universidades, comunidades autónomas o instituciones nacionales. Los procesos de selección normalmente tienen en cuenta aspectos como el expediente académico, la experiencia investigadora previa, la formación de grado y posgrado, así como la trayectoria del grupo de investigación al que el candidato pretende incorporarse.

Una vez conseguido el contrato, el investigador pasa a formar parte de un grupo de investigación. Estos equipos están integrados por profesores universitarios, investigadores, estudiantes de doctorado y, en ocasiones, profesionales de diferentes áreas que trabajan de forma coordinada para desarrollar líneas de investigación concretas y resolver problemas más complejos. Su objetivo es generar conocimiento, publicar resultados científicos, obtener financiación para nuevos proyectos y aportar soluciones a problemas relevantes para la sociedad. En un ámbito tan amplio como la Odontología, estos grupos pueden centrarse en áreas muy diversas: biomateriales, implantología, periodoncia, cirugía oral, salud pública y prevención, epidemiología, microbiología oral, regeneración tisular o nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico y tratamiento, entre otras.

El día a día de un becario predoctoral es mucho más variado de lo que uno podría imaginar. Una parte importante del trabajo consiste en la búsqueda y revisión de bibliografía científica. Aprender a localizar información fiable, interpretar resultados y analizar críticamente los artículos publicados constituye una de las competencias más valiosas que se adquieren durante esta etapa. También es habitual participar en la recogida y análisis de datos, diseñar estudios, elaborar bases de datos, interpretar resultados estadísticos y redactar manuscritos científicos.

Otra faceta fundamental es la difusión del conocimiento generado. Esto implica preparar comunicaciones para congresos nacionales e internacionales, presentar pósteres científicos, exponer resultados ante otros investigadores y publicar

artículos en revistas especializadas. Estas actividades permiten compartir hallazgos, recibir retroalimentación de otros profesionales y establecer colaboraciones con investigadores de diferentes instituciones.

Además, los contratos predoctorales suelen incluir actividades docentes. En mi experiencia, participar en clases teóricas y prácticas ha sido una de las facetas más enriquecedoras del proceso. Como investigador joven, muchas veces los estudiantes se sienten más identificados contigo ("te entienden mejor"), lo que facilita la comunicación y genera un ambiente cercano en el aprendizaje. Personalmente, ayudar a los estudiantes de grado durante sus prácticas clínicas ha sido una de las actividades que más me han gustado. La docencia también ayuda a desarrollar habilidades de comunicación, organización y liderazgo que resultan útiles en cualquier ámbito profesional.

En Odontología, la labor investigadora mantiene una relación especialmente estrecha con la práctica clínica, permitiendo desarrollar una visión más crítica y basada en la evidencia científica, comprendiendo mejor por qué se aplican determinados tratamientos o por qué se usan materiales concretos en nuestra práctica diaria.



Por otra parte, también debo reconocer que se trata de una etapa exigente. Es necesario aprender protocolos, planificar experimentos o estudios clínicos, esperar largos tiempos de revisión de artículos o compaginar diferentes responsabilidades, lo que nos puede generar momentos de presión, estrés e incertidumbre.

Uno de los aspectos más difíciles es asumir que la carrera académica avanza a un ritmo distinto al de otras actividades profesionales. Los resultados no siempre llegan cuando se esperan, los artículos pueden pasar meses en proceso de revisión y algunos proyectos requieren años de trabajo antes de ofrecer conclusiones sólidas. Aprender a convivir con esa incertidumbre forma parte del proceso.

La investigación es un entorno competitivo que presenta sus dificultades. La obtención de financiación, la publicación en revistas científicas o el acceso a determinadas oportunidades académicas suelen depender de procesos de evaluación rigurosos. Esto puede generar momentos de presión, estrés e incluso frustración. Por ello, la capacidad de adaptación, la resiliencia, el pensamiento crítico y la constancia se convierten en herramientas fundamentales para avanzar.

Por otro lado, las recompensas personales y profesionales también son muy significativas. La actividad científica obliga a desarrollar competencias altamente valoradas tanto dentro como fuera de la universidad: análisis y síntesis de información, resolución de problemas, creatividad, gestión de proyectos, trabajo en equipo, comunicación científica, organización y toma de decisiones basada en la evidencia.

Otra de las grandes ventajas es la posibilidad de colaborar con profesionales de gran experiencia, participar en redes nacionales e internacionales de investigación y mantenerse permanentemente actualizado sobre los avances más recientes del sector. Esta formación continua repercute directamente en una mejor comprensión de la práctica clínica y en una visión más amplia de la Odontología.

A pesar de todo ello, la carrera investigadora sigue siendo una opción poco visible para muchos estudiantes. Durante el grado solemos recibir abundante información sobre especialidades clínicas o formación de posgrado, pero pocas veces conocemos con detalle cómo funciona la investigación o qué oportunidades puede ofrecer.

Sin embargo, el avance de nuestra disciplina depende también de quienes dedican su trabajo a generar nuevo conocimiento. Gracias al trabajo científico disponemos de mejores materiales, técnicas más seguras, protocolos más eficaces y una atención cada vez más basada en la evidencia científica. Sin investigadores, la Odontología dejaría de evolucionar.

Por eso, considero importante dar visibilidad a esta salida profesional y mostrar que existe una alternativa diferente para quienes sienten curiosidad por la ciencia, disfrutan aprendiendo y desean contribuir al desarrollo de la profesión desde otro enfoque. No se trata de elegir entre clínica e investigación, sino de comprender que ambas actividades son complementarias y, aunque a veces pase más desapercibida, resulta fundamental para el futuro de la odontología.

Por último, una pregunta que me gustaría lanzar es:

Si crees que puedes aportar algo a esta profesión, ¿por qué no intentarlo?

Protocolo para aplicación de sedación en las Clínicas Dentales de la Región de Murcia

Paulo López-Alcázar López-Higuera
Gerente del Colegio de Dentistas de Murcia

Con fecha 27 de abril de los corrientes, ha sido publicado el acuerdo conjunto por el que la Secretaría General de la Consejería de Salud y la Dirección general de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria aprueba el protocolo para que las clínicas dentales puedan aplicar sedación a los pacientes.

Aun cuando el estudio y posterior aprobación del protocolo ha coincidido temporalmente con el fallecimiento de una niña que fue tratada en una clínica dental de Alzira, precisamente por problemas con el anestésico que le fue aplicado, en realidad no ha tenido nada que ver por cuanto, ya con anterioridad, se informó al Colegio de los requisitos que iban a tenerse en cuenta para que las clínicas puedan prestar atención bajo sedación.

El protocolo deja fuera la aplicación de anestésicos locales, quedando pues restringido a los supuestos de sedación mínima y la sedación consciente. Igualmente quedan fuera los supuestos de sedación profunda y anestesia general, que en todo caso habrán de realizarse en ámbito hospitalario.

Para la sedación mínima o ansiolisis (fármacos administrados por vía oral o sedación inhalatoria con óxido nitroso), no es precisa la obtención de autorización para una U·35, y se practicará por el propio dentista. La oferta asistencial de la clínica deberá incluir la ansiolisis e indicar el dentista que la va aplicar.

En los supuestos de sedación moderada o consciente (sedación intravenosa con anestesia), la clínica deberá disponer de la autorización para U35 (unidad de anestesia y reanimación) y U84 (depósito de medicamentos), y deberá contar con un anestesiólogo propio o subcontratarlo.

Las anestesias deberán adquirirse por la clínica a través de la farmacia con que haya contratado para obtener la autorización para depósito de medicamentos (U84).

En el protocolo se detallan los requisitos que han de reunir las clínicas para la aplicación de sedación (espacio suficiente para poder evacuar al paciente con una camilla, alternativa de suministro energético para supuestos de apagones eléctricos; sistema de evacuación de gases anestésicos en caso de utilización de óxido nitroso, etc.). Los medicamentos de emergencia en caso de sedación consciente los debe llevar el anestesista.

Por lo que se refiere a la documentación, la norma prevé la existencia de ciertos protocolos y una exigencia especial de la documentación de consentimiento informado.

En caso de sedación consciente, es preciso contar con un anestesista propio o, en la mayor parte de los casos, subcontratado, a quien se le pedirán los requisitos previstos para los centros sanitarios con clasificación C.2.90.

En definitiva, se contempla una exigencia de mayor rigor para garantizar una mayor seguridad del paciente.

El protocolo también regula de forma específica los requisitos de la unidad de depósito de medicamentos (U84), que deberá solicitarse a la Dirección General de Planificación, Farmacia e investigación, debiendo contar con un contrato con una farmacia de la zona donde se ubique la clínica dental.

La consulta deberá contar con los requisitos necesarios para la correcta conservación de los medicamentos y, en caso de estupefacientes, con una caja anclada de seguridad. La petición de estos deberá hacerse mediante talonarios oficial de vales de estupefacientes que habrán de solicitarse al Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica, debiendo conservarse las matrices en la clínica durante cinco años.

El movimiento de los estupefacientes se deberá realizar a través de libro de contabilidad que será elaborado, firmado y sellado por la Oficina de Farmacia, que es la que suministrará el libro.

En principio, el sistema lleva funcionando ya varios meses sin presentar especial problemática. Cualquier novedad o cambio al respecto serán informados por el Colegio.

anesmur
ANESTESIÓLOGOS

ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA

EXPERIENCIA MÉDICA

Tranquilidad
en cada intervención.

ANESTESIOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA



SEDACIÓN *consciente*

Usted se centra en el tratamiento.
Nosotros, en cuidar de su paciente.

La tranquilidad también forma parte del tratamiento.

Incorpore una unidad de anestesiología *a su clínica.*

Nos desplazamos con **todo el equipamiento necesario**. Somos médicos especialistas en **Anestesiología y Reanimación**, con amplia experiencia en sedación consciente.

01 —

VALORACIÓN PREVIA

Evaluación preanestésica para planificar la atención de cada paciente.

02 —

ATENCIÓN CONTINUA

Monitorización y atención del anestesiólogo durante la intervención.

03 —

RECUPERACIÓN

Vigilancia y atención a las necesidades del paciente tras el tratamiento.

Empresa autorizada por la Consejería de Salud de la Región de Murcia para realizar sedación consciente en clínicas dentales.

Hablemos de *su clínica.*

Servicios y autorización para sedaciones (U.35).

617 335 948

www.anesmur.com

FORMA
Centro de Formación Odontológica

Universidad Pontificia de Salamanca

Salus Infirmorum





Murcia
15ª edición
Octubre 2027

MÁSTER EN ORTODONCIA
Clínica & Digital



T | Desarrollo temático extenso y actualizado en ortodoncia.

H | Trabajos prácticos a distancia para afianzar conocimientos y habilidades en ortodoncia.

W | Desarrollo de habilidades y entrenamiento preclínico en typodontos y modelos.

C | Seguimiento de pacientes de ortodoncia a cargo del alumno en la sede del Master

CARACTERÍSTICAS

120 créditos ECTS.

Perteneciente a la Universidad Pontificia de Salamanca.

20 módulos en 25 meses.

Teórico, práctico y clínico sobre pacientes.

Trabajos presenciales, semipresenciales (aula extendida) y homeworks.

Ortodoncia convencional y digital con una filosofía diagnóstica común y un mismo entorno de trabajo.









FORMA
Centro de Formación Odontológica

Universidad Pontificia de Salamanca

Salus Infirmorum
Facultad de Enfermería y Fisioterapia
Campus de Madrid

MÁSTER EN ORTOPEDIA, ALINEADORES Y RNO

60 ECTS

Universidad Pontificia de Salamanca

Salus Infirmorum

PRÁTICAS CON PACIENTES EN CRECIMIENTO EN EXCLUSIVA

- INICIO EN SEPTIEMBRE 2027
- POSTGRADO UNIVERSITARIO
- 10 MÓDULOS EN 10 MESES
- PLAZAS LIMITADAS

MÁS INFORMACIÓN EN NUESTRA WEB



DENTÓPOLIS

Juan Ruiz Parra



UNITÉ MOBILE DENTAIRE. Agosto de 2026.

Durante una salida en bici, el pasado verano creí que el suelo patrio odontológico iba a ser invadido. Concreto un poco más la ubicación de la amenaza: España, Región de Murcia, término municipal de Águilas, Marina de Cope… Y hasta ahí, que la ley de protección de datos tiene aristas afiladas. A primera vista el asalto lo protagonizaban dentistas galos conduciendo un furgón. Acabose, pensé: si el intrusismo, ciertas franquicias y la plétora profesional todavía no han conseguido acabar con la profesión, ahora, de la cara oculta de los Pirineos, nos llega un mal dispuesto a rematar la faena. Y se trata además de un agresor rodado y por consiguiente escurridizo.

Antes de acudir a internet para estudiar al enemigo (Google Lens, no había otra forma), se me ocurrió el método tradicional: preguntar a bocajarro. Había una entrevista en ciernes (todo es noticiable, incluso el germen de la destrucción). La clínica móvil se encontraba en un extenso jardín privado, y al notar mi presencia vi que una figura borrosa se escabullía por la puerta de una casa, mientras clamaba furibunda: «estoy dentro de mi "privacidad"». La mujer, al parecer, solo iba vestida con la sombra de unos pinos. Tras unos momentos salió cubierta por una tela. Cuando llegué, al escudriñar el espacio su cuerpo solo era para mí una lejana mancha turbia. Mis ojos ya no enfocan como me gustaría, sobre todo en situaciones en las que la máxima nitidez sería deseable.

Como celosa guardiana de su "privacidad", me preguntó con aspereza qué es lo que quería, y yo, a pesar de estar comprimido por el culote y el malliot, me apresuré a presentarme como el digno redactor de *Impresiones* que era. Impostéla voz lo mejor que pude para compensar mi aspecto bufonesco (me temo que sus cristalinos regulaban la distancia mejor que los míos), y desde lejos le formulé un par de preguntas. Era necesario rebajar la tensión lo antes posible, aparentar circunspección. Un poco más calmada, pero solo un poco, me contestó que la clínica ambulante pertenecía a su exnovio y que la había comprado para camperizarla (instalar en su interior una cama, armarios…), hacer una minicasa rodante, y quizá, pienso yo, perderse feliz por el mundo lejos de su dulce "Eva".

En definitiva, esta es la solución al enigma: las diferentes unidades se vendían porque ya estaban en desuso, pero años antes la Croix-Rouge francesa las habilitó con la finalidad de "favoriser la santé bucco-dentaire des personnes en situation d'isolement social". C ' est tout.

ANTONIO, VECINO DEL MOLINO SAGRERA. Águilas, 08-11-2026

En la foto Antonio muestra orgulloso una toalla que le han regalado sus nietos y bisnietos. Es un gesto de amor a un joven bisabuelo que el próximo 2 de enero cumplirá 75 años. La toalla oculta una figura esbelta, espigada y elegante. Cuando habla y gesticula, Antonio luce cierto aire aristocrático. Siempre he pensado que es el Quijote del Molino Sagrera. Pero no es solo el porte lo que lo asemeja ante mis ojos al hidalgo caballero. Su nobleza y generosidad no andan a la zaga. Siempre que mi pareja y yo pasamos por la puerta, se levanta presuroso para darnos higos, granadas, tomates… lo que tenga ese día. Nosotros intentamos corresponder alguna vez, nunca lo suficiente, con un trozo de tarta de manzana, porque Antonio es muy "galgo" (en Águilas, que se le hace la boca agua con lo dulce).

Antonio enviudó hace unos años y ha superado dos cánceres diferentes. En 2002 le hicieron por 100.000 pesetas una dentadura completa removible, pero le provocaba náuseas y le hacía vomitar. Confiesa que en 2004 pidió a su mujer una bolsa, metió la dentadura en ella y la tiró a la basura. Desde entonces no tiene dientes en ninguna de las dos arcadas y para comer se apaña como puede. Antonio es amable y moderado en las muestras de afecto, edéntulo y entrañable como un niño recién nacido. En un gancho de la puerta cuelga por las mañanas una jaula con un colorín (el jilguero de los libros).



TROVANDO ENTRE DIENTES. CEIP La Arboleja, 06-11-2026

La huerta abraza al CEIP La Arboleja. El centro es una isla en un mar de limoneros y tahúllas teñidas de verde. Por eso es habitual que desde las aulas se oiga el trinar de mil especies de pájaros, el canto de un gallo pizpireto o el rebuzno de algún borrico que pace la hierba de los quijales. Es un entorno en el que las tradiciones huertanas todavía perduran con vigor. Pero las tradiciones, si no se transmiten, se disipan en la memoria de los mayores. Sensible a esta pérdida, el centro, en su proyecto educativo, contempla la necesidad de que los alumnos conozcan y entren en contacto con la cultura de su entorno. El objetivo es que se conviertan en transmisores de este rico legado para las generaciones venideras.

La propuesta formativa se concreta en la organización de un concurso de creación de cuartetas, redondillas..., composiciones cantadas y bailadas por las cuadrillas en diferentes momentos del calendario. En el acto de entrega de los premios hay siempre personas expertas que muestran su pericia ante el alumnado cantando y el bailando jotas murcianas, malagueñas…

En el arte de cantar el dominio del lenguaje es importante, pues en ocasiones se debe repentizar (improvisar la copla con una estructura prefijada). El guion o trovero es quien con gran virtuosismo acomete esta difícil misión. Aparte de requerir un talento natural, la destreza se adquiere con paciencia, práctica y disciplina.

Para iniciar a los pequeños en este intrincado ejercicio lingüístico, a principios de noviembre se desarrolló en el colegio un taller en el que los niños debían ordenar las partes de una oración hasta darle un sentido coherente. Como se aprecia en las imágenes, en dos de las muestras la odontología, con guasa, fue la protagonista.





X EDICIÓN CURSO DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

IPF Formacion

Desde la corona unitaria a la rehabilitación completa con carga inmediata.

DSD Y FOTOGRAFÍA - FLUJO DIGITAL - REHABILITACIONES COMPLETAS FIJAS Y REMOVIBLES



EQUIPO DOCENTE IPF FORMACIÓN



INFO@IPFFORMACION.COM

FEB A MAYO 2027 - ELCHE

605 438 845

La Huella Literaria de la odontología (de mis ratos de lectura)

Juan Ruiz Parra

LA INVENCIÓN DE LA SOLEDAD.
Paul Auster. Seix Barral. 2024.

[Paul Auster ante las pertenencias de su padre recién fallecido] Descubrí que no hay nada tan terrible como tener que enfrentarse a las pertenencias de un hombre muerto. Los objetos son inertes y sólo tienen significado en función de la vida que los emplea. Cuando esa vida se termina, las cosas cambian, aunque permanezcan iguales. Están y no están allí, como fantasmas tangibles, condenados a sobrevivir en un mundo al que ya no pertenecen. ¿Qué puede decirnos, por ejemplo, un armario lleno de ropa que espera en silencio ser usada otra vez por un hombre que no volverá a ver la puerta? ¿Y los cajones de preservativos en cajones llenos de ropa interior y calcetines? [...] Cada vez que abría un cajón o metía la cabeza en uno de sus armarios, me sentía como un intruso, un ladrón saqueando los lugares secretos de la mente de un hombre. Tenía la sensación de que mi padre entraría en cualquier momento, me miraría con incredulidad y me preguntaría qué demonios estaba haciendo. [...] Y luego, enterrado en el fondo del cajón del baño, **un cepillo de dientes con iniciales grabadas que había pertenecido a mi madre y que nadie había tocado o mirado en más de quince años** (pp. 19, 20 y 21).

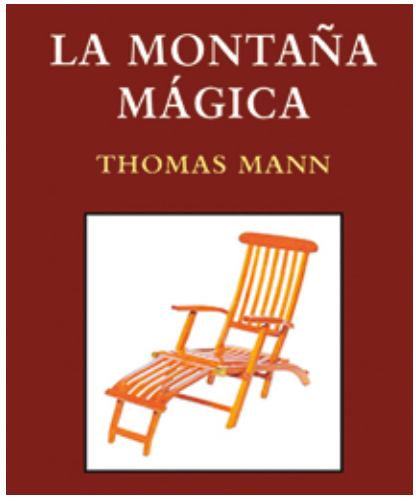


LA MONTAÑA MÁGICA.
Thomas Mann. edhasa. 2005.

El senador Castorp era delgado y alto. Los años habían curvado su espalda y su nuca, pero él se esforzaba en compensar esa inclinación procurando andar erguido, y, al hacerlo, **su boca, cuyos labios no podían ya apoyarse en los dientes, sino en las encías vacías, pues no se ponían la dentadura postiza más que para comer**, se contraía hacia abajo con un gesto tan digno como esforzado, y a eso –como, sin duda, también al intento de disimular un leve temblor de la cabeza– se debían esa postura tan sumamente rígida y aquella peculiar corbata que le sujetaba la barbilla y tanto gustaba al pequeño Hans Castorp (pp. 39 y 40).

Pues él cree que si la verdad tiene una voz –suponiendo que la verdad exista y que además pueda hablar–, ésta **surgirá de la boca de una mujer** (p. 175).

Sus manos, aunque quizá desprovistas de una forma muy aristocrática, mostraban una piel fresca y cuidada, ornada con un anillo de platino y con el sello de su abuelo, y sus **dientes,** un tanto débiles y deteriorados en diversos puntos, habían sido **reparados con oro** (p. 49).





Tokuyama
Innovating Tomorrow's Dentistry, Today.™

Escanéame y consigue un Toku Regalo

Copiar es fácil, innovar es Tokuyama

SOL-GEL
SPHERICAL FILLER

Una patente exclusiva de Tokuyama Dental desde 1981

Desde más de 40 años, Tokuyama Dental lidera el camino en la innovación de materiales dentales con su revolucionaria patente Sol-Gel, una tecnología exclusiva que ninguna otra empresa ha conseguido replicar. Nacida de la investigación química japonesa más avanzada, Tokuyama ha redefinido los estándares de calidad y fiabilidad en la industria dental global. Hoy, con sede italiana en la provincia de Vicenza, Tokuyama lleva la excelencia tecnológica japonesa a más de 15 países del sur de Europa y del área mediterránea, a través de una red seleccionada de especialistas y distribuidores exclusivos.
De la investigación al sillón: la diferencia la marca Tokuyama.

Tokuyama Dental España

Tel. 900 800 810
info@tokuyama.es
www.tokuyama.es

LA VERDAD 17 de SEPTIEMBRE de 2026

«Compran baratas las clínicas dentales y las dejan caer»

Pedro Caballero Presidente del Colegio de Dentistas de la Región

Advierte del riesgo de las cadenas que buscan la máxima rentabilidad y dejan tratamientos sin terminar cuando desaparecen, como en el último caso de Vivanta

ALBERTO SÁNCHEZ
Murcia

El cierre de las clínicas de la empresa Vivanta Dental, una de ellas en Murcia, ha vuelto a disparar las alarmas entre los dentistas, que llevan años advirtiendo del peligro de acudir a estos negocios que usan publicidad agresiva y, cuando desaparecen, dejan a decenas de pacientes sin finalizar sus tratamientos. El representante de los dentistas en la Región pide más inspecciones sanitarias en estos centros y el cumplimiento de la Ley de Sociedades Profesionales.

–Un nuevo caso de una cadena de clínicas que cierra dejando tirados a sus pacientes.

–Este es el penúltimo episodio, porque siempre vendrá otro, del cierre de clínicas propiedad de grupos inversores o de colectivos puramente empresariales que no son sanitarios. Ocurrió con otras cadenas como iDental, Dentix, etc., y aquí se veía venir. En este caso, además, con la particularidad de un rescate un tanto extraño la SEPI después de la pandemia. No sabemos muy bien por qué, porque no hay transparencia en esa operación. Se invierten 40 millones de todos nosotros en rescatarla y es una mercantil que, sin haber devuelto todavía el préstamo, cierra. Cuando estas clínicas desaparecen, el paciente ya ha pagado pero el tratamiento está sin realizar o a medias, lo cual a veces trae un problema sanitario añadido al económico.

–¿Por qué se acaban dando estas situaciones? ¿Cuál es el modus operandi de estos grupos inversores?

–Los sanitarios, igual que los empresarios, vivimos de nuestro trabajo, pero al sanitario se le presupone un compromiso con la salud de sus pacientes. En el caso de ciertos grupos inversores cuyo único fin es la rentabilidad o ganar dinero, tenemos que tener en cuenta que aquí estamos hablando de salud; no estamos hablando de barriles de petróleo o de otra mercancía que suba, baje o cotice y se pueda jugar con eso. En determinados momentos estos grupos ven un nicho de rentabilidad en este tipo de clínicas, pero el patrón suele ser el mismo: comprarlas baratas, operar con ellas y venderlas o dejarlas caer en el momento en que, según la cuenta de resultados, convenga. El modelo asistencial de un profesional sanitario no es así y, en general, el sanitario siempre va a estar ahí respondiendo ante sus pacientes. A los hechos me remito, estoy relatando simplemente lo que está ocurriendo, no es un prejuicio ante determinado modelo asistencial.

–Sobre las ayudas de la SEPI a esta cadena, ¿es habitual que este tipo de cadenas o grupos inversores accedan a ayudas públicas?

–No, es un caso insólito. En nuestro sector jamás se había visto.

–A la hora de enfocar la captación de clientes, estas cadenas recurren mucho a la publicidad agresiva para llamar la atención con servicios más baratos. ¿Cómo funciona?

–Este modelo de negocio de clínicas va muy asociado al marketing. Trabajan mucho con publicidad agresiva y marketing. No voy a decir yo que utilicen publicidad engañosa, eso lo tienen que decidir otras instancias, pero desde luego son publicidades muy agresivas. En muchos casos esta viene de fuera de la Región de Murcia –es una publicidad a nivel nacional– y vulnera la normativa que si tenemos aquí respecto a publicidad sanitaria enfocada a la protección del paciente, para que no se lleve a engaños ni se mercadee con su salud. En la Región tenemos una cierta normativa que pone límites, pero claro, estas cadenas al final se anuncian en medios nacionales, en televisión, utilizando incluso a veces la figura de famosos que, por otra parte, nunca van a esas clínicas, solo hacen el anuncio.

Más inspecciones

–Mencionaba la legislación autonómica. ¿Es posible reformarla para poner más trabas a la implantación de este tipo de cadenas en la Región de Murcia?

–Abogamos por que se estrechen las inspecciones de sanidad, pero el desarrollo del modelo de negocio al final es una competencia estatal. Ahí es donde incidimos desde la organización colegial a nivel nacional: en que se debería cumplir la Ley de Sociedades Profesionales, lo que haría que hubiera profesionales al frente de los establecimientos sanitarios. Y, enlazando con lo que comentaba antes, que hubiera una regulación de la publicidad sanitaria a nivel nacional que restringiera mucho la posibilidad de llevar al paciente a contratar servicios influido por publicidad engañosa, falsas ofertas o letra pequeña, que hacen que el paciente caiga en establecimientos donde realmente no prima la consideración de la salud, sino la rentabilidad.

–¿A qué tipo de público o perfil de clientes se dirigen habitualmente estas cadenas?

–En el caso de iDental, por ejemplo, iban a los estratos más desfavorecidos de la sociedad porque hacían un marketing muy cargado de ofertas, de tirar precios, e incluso hablaban de unas supuestas subvenciones que daban para cuidarse la boca que no eran tales, sino simplemente un descuento. Pero este otro tipo de cadenas de las que hablamos ahora van dirigidas a un público general, a toda la sociedad. Aunque, con el tema de la publicidad engañosa, al final caen personas muchas veces más desfavorecidas, ya que la gente con más nivel sociocultural o criterio se encuentra, por su propia formación, un poco más protegida frente a estos engaños.

CONSECUENCIAS

«El paciente te viene con problemas, implantes fracasados o cosas que cuesta más rehacer»

DIFERENCIAS

«Al sanitario se le presupone un compromiso con la salud de sus pacientes»

–Cuando a los dentistas les llegan pacientes que se han quedado a medio tratamiento en estas clínicas que han cerrado, ¿qué se suelen encontrar?

–En muchos casos no partes de cero, porque el paciente te viene con problemas, implantes fracasados o cosas que cuesta más rehacer que si el paciente acude de primeras, porque te tienes que poner a arreglar cosas que no están del todo correctas. Por eso vuelvo a insistir a la población en que se informe bien de a qué establecimiento va, que acuda a un dentista de confianza –el mejor camino es ir de la mano de la recomendación de un familiar, vecino o amigo al que le ha ido bien– y no dejarse influir por este tipo de publicidad de ofertas, de 2x1 o de letras pequeñas que al final lo que traen son problemas.



Pedro Caballero, presidente del Colegio de Dentistas de Murcia. NACHO GARCÍA

LA VERDAD 6 de NOVIEMBRE de 2026

Óscar Castro, reconocido por la Organización Médica Colegial con la Medalla de Oro

LV
Murcia

La Organización Médica Colegial (OMC), institución que representa al conjunto de la profesión médica en España, ha concedido por unanimidad de todos los colegios oficiales su Medalla de Oro al murciano Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas de España, en reconocimiento a su trayectoria y a su compromiso con la defensa de las profesiones sanitarias, la colaboración entre las organizaciones colegiales y la protección de la salud de los ciudadanos.

La Medalla de Oro constituye la máxima distinción que concede la OMC y reconoce a personalidades y profesionales cuya trayectoria o contribución ha tenido una especial relevancia para las profesiones sanitarias y el conjunto del sistema de salud de nuestro país.

En el caso del doctor Castro Reino, este reconocimiento pone especialmente en valor su «firme defensa de una regulación de la publicidad sanitaria que permita combatir los mensajes engañosos y las prácticas comerciales que pueden poner en riesgo la salud de los pacientes», según destacan desde la organización. Se trata de una reivindicación compartida por las organizaciones colegiales sanitarias, que consideran imprescindible que la publicidad relacionada con la salud esté sometida a controles específicos y que la información dirigida a la ciudadanía responda a criterios de veracidad, rigor científico y responsabilidad profesional. Asimismo, la distinción reconoce su contribución al fortalecimiento de las relaciones entre las diferentes profesiones sanitarias, promoviendo el diálogo, la colaboración institucional y la defensa de intereses comunes, siempre desde el respeto a las competencias de cada profesión y con la seguridad del paciente como prioridad.



Óscar Castro

La entrega de la Medalla de Oro de la Organización Médica Colegial tendrá lugar el próximo 14 de noviembre en Madrid, en el transcurso de la Convención Nacional de la Profesión Médica.

LA OPINIÓN. 31 de OCTUBRE de 2026

Israel Sánchez



Clínica Vivanta Dental en la ciudad de Murcia.

El cierre de Vivanta Dental deja a 50 pacientes con tratamientos sin acabar

El Colegio de Dentistas y el Consejo General lamentan las consecuencias y consideran «intolerable» la incertidumbre a la que se somete a los afectados

ANA GARCÍA

Tratamientos dentales sin terminar y pagando préstamos bancarios por ellos. Así es como han quedado varios de los pacientes afectados en la Región por el cierre de las clínicas dentales Vivanta, que de la noche a la mañana han echado la persiana sin informar a sus clientes sobre las consecuencias que tendría esta decisión empresarial sobre su salud.

La cadena dental contaba únicamente con una clínica en la Comunidad, concretamente en la ciudad de Murcia, en la que el pasado mes de septiembre los pacientes se encontraron con un cartel que les derivaba a otro centro, en el que tampoco les han atendido, según explican a La Opinión.

De momento, son cerca de medio centenar los afectados que se están moviendo para pedir información y asesoramiento sobre cómo actuar ante una situación que los ha dejado en el limbo, con piezas dentales sin poner y sin acceso a sus historiales que les permita intentar terminar el tratamiento en otra clínica. Algunos de estos pacientes han acudido al Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia, aunque la gran mayoría se ha puesto en manos de la asociación de consumidores y usuarios Consumur, quienes ya les está asesorando.

En la página web de Vivanta únicamente se muestra un mensaje en el que se detalla que «debido a la suspensión temporal de la actividad asistencial actualmente no disponemos de medios para prestar atención odontológica», tras lo cual recomienda a los usuarios que «si presenta dolor, inflamación, infección, sangrado u otra complicación relacionada con su salud bucodental, le recomendamos acudir sin demora a un profesional o centro sanitario adecuado para recibir la valoración y asistencia que precise. Si presenta signos de posible gravedad, como dificultad para respirar o tragar, inflamación facial o cervical que aumenta rápidamente, sangrado abundante que no cesa o alteración importante del estado general, solicite asistencia médica inmediata a través del 112».

Para finalizar detalla que «estas recomendaciones sanitarias tienen carácter exclusivamente informativo» y enlaza a un cuestionario al que, según los afectados, la empresa no responde.

Cierre definitivo tras fracasar la operación de compra

En un principio, el cierre de Vivanta se planteó como algo provisional, aunque este cierre se dio por definitivo la pasada semana, cuando la operación de compra que había en marcha decayó y no terminó produciéndose.

El Consejo General de Dentistas, al frente del cual se encuentra el murciano Óscar Castro, explica que el cierre de las clínicas de Vivanta ha supuesto un nuevo y grave episodio de desprotección de los pacientes en el sector odontológico. «Una situación especialmente preocupante después de semanas de negociaciones empresariales, ofertas de compra y controversias económicas que no han conseguido garantizar la continuidad asistencial de las personas afectadas».

> Vivanta recibió en 2022 unos 40 millones de euros de ayudas del Fondo de Solvencia a empresas

Para el Consejo General de Dentistas, resulta inadmisible que, mientras se negociaban cifras millonarias, condiciones financieras y responsabilidades sobre la deuda, los pacientes hayan continuado expuestos a la incertidumbre sobre sus tratamientos. «No estamos hablando únicamente de la compraventa de una empresa, sino de la salud de miles de personas que confiaron en estos centros para recibir una atención sanitaria», insiste Óscar Castro.

Los dentistas lamentan las consecuencias y consideran «intolerable» que se mantenga a los pacientes en una situación de incertidumbre mientras se negociaban aspectos empresariales. Así se pronuncia también el presidente del Colegio de Dentistas de la Región de Murcia, Pedro Caballero, quien lamenta que además la cadena de clínicas recibiera en el año 2022 unos 40 millones de euros procedente del Fondo de Apoyo a la Solvencia de Empresas Estratégicas, gestionado por la SEPI. Una operación que desde el Consejo General de Dentistas se cuestionó desde el principio, puesto que se desconocían los criterios objetivos que llevaron a considerar estratégica a esta compañía y las razones por las que posteriormente se amplió el plazo de devolución del préstamo hasta 2028.

«Ahora han echado el cierre y dejado a decenas de clientes colgados, sin terminar la atención que estaban esperando y con tratamientos a medio», explica Caballero, quien a la vez lamenta que «desgraciadamente, esta no será la última cadena dental que cierre sin responder ante los pacientes, algo que sucede porque detrás hay inversores que únicamente buscan aumentar la rentabilidad».

> Consumur aconseja a los afectados que guarden todos los documentos que tengan de sus tratamientos

La responsable del área Jurídica de Consumur, Patricia Martínez, indica que el cierre repentino «ha dejado a muchos pacientes en una situación muy complicada, con tratamientos sin terminar, pagos realizados y préstamos que siguen abonando, y todo porque la compra de Vivanta que se esperaba por parte de Vitaldent al final no se ha producido». Por ello, desde la asociación de consumidores les están asesorando para reclamar sus derechos tanto ante la clínica como ante las entidades financieras. Al mismo tiempo están valorando la opción de que se personen en el concurso de acreedores, para lo que les recomiendan que guarden todos los documentos relacionados con los tratamientos que tengan en su poder.

Similitudes con iDental

El caso recuerda, aunque a menor escala, el de iDental del año 2018, cuando dicha cadena también cerró de un día para otro sus instalaciones en España, dejando miles de tratamientos interrumpidos. En la Región contaba con una única clínica, situada en Cobatillas, que cerró sin previo aviso y que según las primeras estimaciones llegó a afectar a más de 2.000 usuarios en Murcia. Esta situación derivó en la interposición de más de 300 denuncias ante la Guardia Civil en julio de 2018, agentes que llegaron a personarse en la clínica para recoger los historiales y llevarlos a la Consejería de Salud. ■

SEGURIDAD Y TRANQUILIDAD CON NUESTRO SEGURO DE ACCIDENTES



A.M.A.
agrupación mutual aseguradora

Protección

PORQUE Somos Sanitarios

Seguro Multirriesgo de Accidentes

Nuevas coberturas y exclusivas **ventajas** para ti y tu familia:

Protección completa para ti y tu familia.

Cobertura Plus.

Obtén una protección completa desde 30€ al año.

A.M.A. MURCIA
Condes de Barcelona, 5; bajo Tel. 968 20 04 10 murcia@amaseguros.com

900 82 20 82 / 968 20 04 10
www.amaseguros.com

A.M.A. GRUPO | A.M.A. | AmaVida | A.M.A. Fundación A.M.A. | AMA ECUADOR

La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.

CURSOS
FORMACIÓN CONTINUADA 2026/27

INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN **WWW.DENTISTASMURCIA.COM**

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 2
Fisiología ósea, férula quirúrgica e implantes pterigoideos
Viernes 13 y sábado 14 de noviembre de 2026
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Juan Alberto Fernández


Dr. Óscar Eráns Richarte

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 3
Estrategias protésicas y quirúrgicas a largo plazo y expansión crestal
Viernes 11 y sábado 12 de diciembre de 2026
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dra. María Toboso García


Dra. Ana Boquete Castro

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 4
Regeneración ósea con biomateriales y elevación de seno
Viernes 15 y sábado 16 de enero de 2027
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Antonio Daniel Armijo Salto


Dr. Marcelo Clermont

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 5
Arbotantes anatómicos, mallas personalizadas y flujo digital
Viernes 19 y sábado 20 de febrero de 2027
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Antonio J. Flichy Fernández


Dr. Jesús Muñoz Peñalver

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 6
Técnica Khoury y autotrasplante
Viernes 12 y sábado 13 de marzo de 2027
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Guillermo Escobar


Dr. Miguel Ramón Pecci Lloret

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 7
Cirugía mucogingival e implantes subperiósticos
Viernes 16 y sábado 17 de abril de 2027
13,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Santi Carreras


Dr. Diego Torralba García

Colegio de Dentistas de la Región de Murcia

VI Edición Curso Modular de cirugía e implantología oral avanzada

Módulo 8
Prótesis digital y cirugía guiada
Viernes 14 de mayo de 2027 - 9:30 a 14:00 y 16:00 a 20:00 h
8,5 horas
Salón de actos - Colegio Oficial de Dentistas de la Región de Murcia


Dr. Juan de Dios Teruel Fernandez

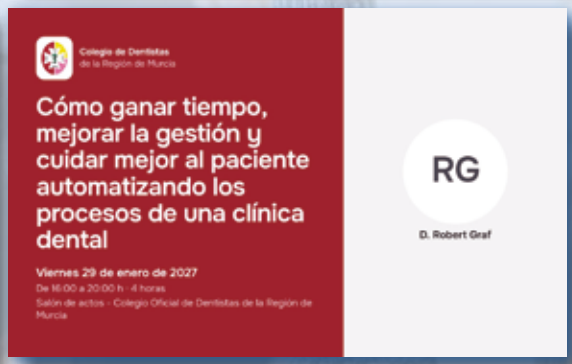
















FORMACIÓN EN DIRECTO

OFERTAS DE EMPLEO

https://dentistasmurcia.com/public/bolsa

POSTGRADO EN ODONTOLOGÍA

UCAM

Ortodoncia

Clínica, Ortopedia Detofacial y **Alineadores**

50 ediciones *formando* profesionales en **Ortodoncia**

Directores Académicos



Dra. **Maria** Noel *Strada*

Dr. **Jesús** Fernández *Sanchez*

Dra. **Cristina** *Leiva*

Dr. **Benjamin** *Xavier*

Dr. **Alberto** *Albaladejo*

Presentamos la 50.ª edición del Máster de Formación Permanente en Ortodoncia Clínica, Ortopedia Dentofacial y Alineadores, correspondiente a los **dos primeros** años del Doble Máster Europeo Modular en Ortodoncia Clínica + D.

Valor añadido

- Pioneros en formación modular en fines de semana
- Metodología híbrida con sesiones online
- Acreditación oficial en alineadores de las principales marcas
- Prácticas clínicas con pacientes desde los primeros módulos

AHORA MAS CERCA DE *ti*

LAS PALMAS DE G.C, MÁLAGA, SEVILLA, BARCELONA, ALMERÍA, MADRID Y AHORA MURCIA

PROFESORADO DE ALTO *nivel*

Coordinación Docente: Dra. **Alicia** Saez Schroh

Profesores Colaboradores: Dr. **Jesús** Creagh, Dr. **Leonort** Sibert, Dra. **Maria** Florencia Benedetti, Dr. **Raúl** Cobos, Dr. **Carlos** Colino, Dra. **Isabel** Drewling, Dr. **Daniel** Ramos, Dr. **Eusebio** Torres, Dr. **Luis** Gallegos, Dr. **José** Rojo Aliaga, Dra. **Cristina** Calderón, Dr. **José** Eduardo Maté, Dr. **Cesar** Martínez, Dr. **Jon** Salazar, Dra. **Lucia** Bolasco, Dra. **Sonia** Berbel, Dr. **Nestor** Castillo, Dra. **Maria** Florencia Benedetti, Dra. **Magdalena** López, Dra. **Marian** Bonett, Dra. **Teresa** Diaz

temario

pgoucam.com

PgO
POSTGRADO EN ODONTOLOGÍA

UCAM

REHABILITACIÓN

ORAL Y ODONTOLOGÍA ESTÉTICA



ELIGE TU **FORMACIÓN**

Doble Máster
Máster en Rehabilitación Oral y Odontología Estética
90 ECTS
+
Máster en Rehabilitación Oral Multidisciplinar de Alta Complejidad, Estética Avanzada y Flujo Digital
60 ECTS

Máster
Rehabilitación Oral Adhesiva y Odontología Estética Avanzada de Mediana y Alta Complejidad
120 ECTS

Máster
Rehabilitación Oral y Odontología Estética
90 ECTS

QUIERO SABER MÁS

Almería | Málaga | Madrid