

dentalberri

Revista Oficial del Colegio de Dentistas de Gipuzkoa ■ Gipuzkoako Haginlarien Elkargo Aldizkaria



colegio
de dentistas
de gipuzkoa
gipuzkoako
haginlarien
elkargoa

Nº 22

Abril 2012 Apirila

- Santa Apolonia
- El orfanato de Uganda a punto
- Tratamiento de la periimplantitis
- El riesgo reputacional
- Estambul: tres imperios, dos continentes

Goruntz begira

A PEDIR DE BOCA



Para las bocas más exigentes. Las que piden calidad, un trato amable y cercano, buenos profesionales y la tecnología más fiable.

Con su Scanner TAC Helicoidal y el software específico para uso en implantología y patología maxilofacial el Centro de Diagnóstico Urbietta le ofrece un servicio con las mejores garantías, un servicio a pedir de boca.

Urbietta 58 | San Sebastián
Tel.: 943 47 01 44 | Fax: 943 47 01 75
cmu@centrourbietta.com | www.centrourbietta.com

DIAGNÓSTICO
CENTRO DE
URBIETA
Al servicio de la salud

COMITÉ EDITORIAL BATZORDE EDITORIALA

Joxe Mari Iriondo Enparantza
M^a José Amantegui Ibarгойen
Tomás Gastaminza Lasarte
Carlos Alústiza Martínez
Ruth Aranzazu de Dios González

COMITÉ CIENTÍFICO BATZORDE ZIENTIFIKOA

Fernando Fombellida Cortázar
Mikel Aldalur Arrigorriale
José Antonio Arruti González
Ramón Amantegui Ibarгойen
Javier Sanz Acha
Carlos Hernández de la Hera
José Antonio Badás Vidaurrezaga

COLABORADORES LAGUNTZAILEAK

Alberto Gorosabel Mendizabal
Claudio Albisu Andrade
CIALT Asesores
Arantxa Ávila Seco
Kerman Llona Santiañez
Nerea Serrano Arrese
Ramón Gómez Meda
Joserra Uriz Zurutuza

DIRECCIÓN :

Joxe Mari Iriondo Enparantza

COORDINACIÓN:

CPC Consultores de Prensa y Comunicación

DISEÑO:

ink estudio de diseño

MAQUETACIÓN:

Nuria Núñez

FOTOGRAFÍA PORTADA:

Idoia Etxeberria

IMPRESIÓN:

Graficas Anaka

sumario

4 carta del presidente

Dedicación, rigor
y trabajo para salir adelante

5 actualidad colegial

Cursos
Santa Apolonia
Autocontrol y la campaña de Vitaldent
Radiografía de la profesión

10 tablón de anuncios

13 odontología solidaria

Al orfanato de Uganda
sólo le falta el techo

16 el experto opina

El riesgo reputacional de un profesional

17 artículo científico

Tratamiento de la periimplantitis

25 resúmenes

27 escapada

Estambul, tres imperios, dos continentes



colegio
de dentistas
de gipuzkoa
gipuzkoako
haginelarien
elkargoa

c/ Zabaleta 40, bajo
20002 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 29 76 90
e-mail: coeg@coeg.eu
www.coeg.eu



carta presidente

Txemi Errazkin

La dedicación, el rigor y el trabajo bien hecho, la forma de salir adelante

Decía el otro día el presidente del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud, Alfonso Moreno, en un acto de entrega de unos premios relacionados con la salud, que "La dedicación, el rigor y el trabajo bien hecho son la forma de salir adelante en el ámbito sanitario". Efectivamente, estamos pasando momentos malos y es necesario no desanimarnos y seguir adelante.

Y las únicas herramientas que tenemos a nuestra disposición son esas, la dedicación, el rigor y el trabajo bien hecho. Actualmente los profesionales de la odontología tenemos una formación excepcional. Hay, por ejemplo, jóvenes licenciados hace poco tiempo que están haciendo trabajos en sus clínicas en Gipuzkoa con técnicas de regeneración de hueso y encía. Algo totalmente impensable hace unos años.

Hoy día, tal y como he señalado en alguna otra ocasión en esta misma página, el dentista que realmente sienta su profesión tiene que estar en continuo proceso de aprendizaje. Es necesario dedicar unas horas a la semana, aunque se nos haga duro, a repasar la nueva literatura científica, a profundizar en las nuevas técnicas y en los nuevos materiales que la ciencia pone a nuestra disposición para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Solamente si entendemos el aspecto científico de nuestra profesión seremos capaces de afrontar los retos de la medicina moderna, de responder a lo que demandan nuestros pacientes y de mejorar nuestra autoestima. La adaptación es algo consustancial a cualquier práctica profesional y en los espacios relacionados con la ciencia lo es más aún.

Y para ello la curiosidad, el espíritu de analizarlo todo, incluso de cuestionar lo que a simple vista parece evidente, es esencial en ese viaje que debemos hacer todos los días para conocer más, para acercarnos más al saber. Ese espíritu científico nos hará más ricos interiormente y ayudará a dar respuesta a las necesidades de nuestros pacientes mejorando nuestra praxis.

Al margen de chauvinismos, creo que en Gipuzkoa somos afortunados por tener profesionales de la sanidad, en general, y de la odontología, en particular, con un gran nivel. El Colegio os ayudará a mejorar y a actualizar vuestros conocimientos, tal como venimos haciendo, pero es necesario completar esa formación en casa o en la consulta sacando algo de tiempo. Y sobre todo es necesario tener hambre. Hambre por aprender, hambre por mejorar en todos los aspectos de nuestra vida, no sólo en lo profesional.

Un abrazo a todos.

Osasunarekin erlazionatutako sari batzuen emate egintzan, Alfonso Moreno Osasunaren Zientzia Espezialitateetako Nazio-Aholkuaren lehendakariak beste egunean zioen "Arduraldia, zorroztasuna eta ondo egindako lana aurrera irteteko forma direla osasun"-eremuan. Hain zuzen, une txarrak pasatzen ari gara eta beharrezkoa da gu ez gogogabetzea eta aurrera jarraitzea.

Eta gure antolamendura ditugun erreminta bakar horiek, arduraldia, zorroztasuna eta ondo egindako lana dira. Gaur egun odontologiako profesionalak salbuespenezko heziketa dugu. Adibidez, badaude lizenziatu berriak beraiei Gipuzkoako kliniketan hezur eta hortz-oien birsorkuntza teknikekin lanak egiten ari direla, hau erabat pentsaezina zen duela urte batzuk.

Gaur egun, orrialde honetan beste aukera batean seinalatu dudan moduan, benetan bere bizibidea sentitzen duen dentistak ikasteta-prozesu jarraituan egon behar du. Beharrezkoa da, astean zehar ordu batzuk eskaintzea, literatura zientifiko berria errepasatzera, teknika berrietan eta zientziak gure pazienteen bizi-kalitatea hobetzeko gure antolamendura jartzen dituen material berrietan sakontzea, nahiz eta hau gogorra egin arren.

Gure bizibidearen alderdi zientifikoa ulertzen badugu soilik, izango gara medikuntza modernoko erronkei aurre egiteko, gure pazienteek eskatzen dutenari erantzuteko eta gure autoestimua hobetzeko gai. Egokitzapena edozein praktika profesionaletara berezkoa da eta zientziarekin erlazionatutako espazioekin oraindik gehiago.

Eta hartarako, jakin-mina, dena analizatzeko espiritua, lehen begiratuan nabari dirudiena barne eztabaidatzea, funtsezkoa da, egun guztietan egin behar dugun bidaia horretan, gehiago ezagutzeko eta jakitera gehiago hurbiltzeko. Espiritu zientifiko horrek barruan aberatsago egingo gaitu eta gure pazienteen beharrei erantzuna ematera lagunduko du gure praxia hobetuz.

Chauvinismoak alde batera utzita, uste dut Gipuzkoa-n zorronekoak garela maila handiko osasuneko profesionalak, oro har, eta bereiziki, odontologiako profesionalak ditugulako. Elkarrekin lagunduko dizue hobetzera orain arte bezala, baina beharrezkoa da denbora pixka bat ateraz etxean edo kontsultan heziketa hori osatzea, zuen ezaguerak eguneratzera. Eta batez ere gose izatea beharrezkoa da. Ikasteko gosea, gure bizitzaren alderdi guztietan hobetzeko gosea, profesionalean ez soilik.

Besarkada bat

actualidad colegial

CURSOS

ESTÉTICA

Los días 13 y 14 de enero el **Dr. Paulo Monteiro** impartió el “Curso de excelencia en adhesión y restauraciones directas con resinas compuestas”, curso teórico-práctico que versó sobre las características físico-químicas y ópticas de los materiales compuestos de resina y los adhesivos. De esta forma pasamos a saber cómo elegir los colores, saturaciones, tintes, cuántas capas aplicar, etc.

Más tarde concretó lo anterior aplicándolo a una restauración de clase IV. En definitiva, se centró en las técnicas de estratificación con resinas compuestas. Dio importancia al uso habitual del encerado diagnóstico y en su defecto a la restauración diagnóstica previos a la restauración definitiva. Habló de la cinta de teflón como aislante para mantener el punto de contacto, diferentes matrices, etc.

El sábado por la mañana llegó el turno a la sesión práctica en la que se reconstruyó un central superior fracturado siguiendo las directrices de la víspera paso a paso y, finalmente, terminamos con una restauración en un molar.



El curso de Paulo Monteiro fue seguido con gran interés.

INTRODUCCIÓN A LA FOTOGRAFÍA DENTAL

Los días 23 y 24 de marzo tuvo lugar en las instalaciones del colegio el curso de "Introducción de la fotografía dental de calidad en la práctica clínica" que impartieron el doctor **Ramón Gómez Meda** y el fotógrafo **Pablo Verdes Núñez**. El curso constaba de una parte práctica y otra teórica y el profesorado estuvo formado por un tandem de un fotógrafo y un dentista consiguiendo así que el curso tuviera una gran aplicación clínica, no sólo en la fotografía para publicar en artículos sino también en la fotografía utilizada en los trabajos que interesa tener documentados. El buen ambiente que se formó entre los ponentes y los que acudieron al curso, hicieron que éste fuera dinámico y participativo, esto ayudó a que los participantes pudieran solventar dudas personales que a uno le surgen en su práctica diaria.



Foto del grupo de asistentes al curso.

REGENERACION Y BIOMATERIALES

El viernes 9 de marzo el profesor **Dr. Cosme Gay Escoda** y la **Dra. M^a Ágeles Sánchez Garcés** nos ofrecieron un curso de una tarde intensa sobre “Regeneración Ósea y Biomateriales. Actualización”.

Tras una introducción acerca de la biología ósea y de su impacto en la terapéutica clínica hablaron de las condiciones para la regeneración tisular guiada, los materiales de injerto y sus aplicaciones quirúrgicas (diferentes tipos de hueso y membranas) sobre todo en implantología.

Después del descanso se entró de lleno en la elevación de seno con finalidad implantológica como modelo de regeneración ósea. También se mostraron los resultados que se obtienen con los diferentes materiales de relleno. Después de exponer las aplicaciones que la ingeniería tisular tiene en la implantología bucal, se vieron el presente y el futuro que presentan esta ingeniería tisular y la terapia génica en la odontología.



El doctor Cosme Gay escoda en un momento de su exposición.

FIESTA COLEGIAL

El Nineu acogió la fiesta de los dentistas

Un año más el Nineu de Andoni Aduriz y Bixente Arrieta acogió la cena de Santa Apolonia. Todos los asistentes resaltaron el ambiente de cordialidad y de camaradería y lo acertado del menú. A pesar de que en esta edición no hubo espectáculo, la hora de salida del restaurante, las 2 de la mañana, deja claro que fue una velada extraordinaria.



Ambiente fantástico en el Nineu.

A los postres se repartieron los premios del torneo de padel patrocinado

por Depósito Dental Correa. En la modalidad masculina, resultaron vencedores **Tomás Gastaminza** y el gerente del Colegio, **Joserra Uriz**. **Nina Camborda** fue la vencedora en féminas. Y **Maite Gastelurrutia** y **Carlos Alustiza** se alzaron con el triunfo en parejas mixtas. El torneo de golf patrocinado por Consultor tuvo que ser aplazado por las condiciones meteorológicas.

Silvia Basaldua fue la ganadora del sorteo de una tableta digital donada por la mútua sanitaria AMA.

 Qu n era Santa Apolonia?

Son varios los colegiados que comentaron en la festividad de Santa Apolonia que desconocían la vida de la patrona del colectivo. Hemos recorrido a la Wikipedia para acercarnos a la figura de esta virgen y mártir alejandrina.

Apolonia viv  en Alejandría cuando, bajo el mandato del emperador Filipo el árabe (244-249) y en plena celebración de los mil años de la fundación de Roma, una turba convenientemente instigada se dedicó a atacar a los cristianos de la ciudad.

Dionisio, el Obispo de Alejandría (247-265), relata los sufrimientos de sus feligreses en una carta dirigida a Fabio, el Obispo de Antioquía; algunos largos extractos de la carta se han preservado en Eusebio Historia Ecclesiae. Después de describir cómo un hombre y mujer cristianos, Metras y Quinta, fueron agarrados y asesinados por la muchedumbre, y cómo las casas de varios otros cristianos fueron saqueados, Dionisio continúa: "En ese tiempo Apolonia, parth nos presbytis (presb tera v rgen), era considerada importante. Estos hombres la agarraron también y con repetidos golpes rompieron todos sus dientes. Entonces juntaron fuera de las puertas de la ciudad un montón de palos y amenazaron con quemarla viva si ella se negaba a repetir después de ellos palabras imp as (como una blasfemia contra Cristo, o una invocación a dioses paganos). Fue entonces dada, por petición propia, una pequeña libertad, saltando rápidamente en el fuego, quemándose hasta la muerte."

Además, durante la Edad Media se cerraba a Santa Apolonia cuando se tenía un dolor de muelas para que desapareciera.

Autocontrol considera que la actual campaña de publicidad de Vitaldent puede ser engañosa, y es discriminatoria y denigrante

En relación con la reclamación presentada por el Consejo General de Colegios de Dentistas ante Autocontrol contra la campaña de publicidad “Haz las paces con el dentista” de Clínicas Vitaldent, la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial ha emitido un informe en el que mantiene que la campaña de Vitaldent podría considerarse engañosa, al publicitar implantes inmediatos que permiten recuperar la funcionalidad y estética de la boca en un solo día si Vitaldent no pudiera demostrarlo ya que según los informes aportados por el Consejo General, los tratamientos rehabilitadores mediante prótesis que permiten recuperar la funcionalidad y estética bucodental requieren siempre de un trabajo previo, y un control postoperatorio.

Los informes aportados a Autocontrol señalaban que las rehabilitaciones protésicas sobre implantes de “carga inmediata” son provisionales y que es necesario supervisar su evolución hasta que finalmente son sustituidos por una prótesis definitiva. Por este motivo, la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial considera que la publicidad de la franquicia es engañosa, induce a error en los pacientes, y resulta contraria a la norma 14 del Código de Conducta Publicitaria y al artículo 3 del Código de Confianza Online, salvo que la empresa anunciante pudiera demostrar que realmente lo cumple.

Por otro lado, Autocontrol concluye que la publicidad es denigratoria ya que transmite un mensaje despectivo hacia los dentistas que ejercen su profesión a través de otras consultas que no sean las de Vitaldent, son presentados como lentos, exagerados, inoperantes y con problemas en su trato con los pacientes, no siendo capaces de tener un entendimiento adecuado con ellos. Además, el eslogan elegido, “Haz las paces con tu dentista”, transmite una situación de enfrentamiento de los pacientes con sus dentistas.

Por último, Autocontrol sostiene que los spots publicitarios resultan discriminatorios, reflejando una imagen denigrante para los dentistas de origen argentino e incurriendo, por lo tanto, en una infracción de la Norma 10 de Código de Conducta de Autocontrol. El dictamen de Autocontrol, emitido a solicitud del Consejo General de Colegios de Dentistas de España, carece de carácter vinculante y Vitaldent ha rechazado someterse al Jurado de Autocontrol.



ELECCIONES E IMPLICACIÓN DE LOS COLEGIADOS JÓVENES

El próximo 10 de mayo tendrán lugar las elecciones para la nueva junta del Colegio. Y, tal y como se viene reiterando en los últimos años, se echa en falta la implicación de más colegiados jóvenes y de mujeres.

Aunque desde la Junta se trata de dar respuesta a los problemas de todo el colectivo, es importante que dentro del gobierno colegial haya jóvenes que se impliquen y que aporten otra visión de la profesión. El Colegio es de todos, pero dentro de unos años será de quienes ahora son jóvenes y es necesario que tomen ya las riendas y participen en las decisiones que afectarán a su futuro.

Hay también una clara desproporción entre el número de mujeres colegiadas y los asientos que ocupan en la junta. A fecha de hoy el Colegio cuenta con 327 mujeres y 194 hombres. Dado que de las nuevas promociones que salen de las facultades la práctica totalidad son chicas la balanza se inclinará en los próximos años aún más del lado de las féminas.



Y la visión de las mujeres seguro que ayudaría a tener una mejor percepción de las cosas y a la hora de tomar decisiones importantes. La igualdad de la mujer con el hombre sólo será real si comienza a ocupar el puesto que le corresponde en todos los ámbitos, incluido las organizaciones sociales y profesionales.

MAYORES DE 65 AÑOS, INMIGRANTES Y LAS CLASES SOCIALES MÁS BAJAS, LOS QUE MÁS CARIES TIENEN

El **Consejo General de Colegios de Dentistas de España** presentó recientemente las conclusiones de su nueva Encuesta de Salud Oral en España 2010 en la que se constata que en nuestro país el número de tratamientos para combatir la caries es inferior a la media de la Unión Europea, en España el 53% y 65% de las caries son tratadas mientras que en Europa la cifra asciende hasta el 85%. La situación más preocupante se da en los españoles mayores de 65 años ya que prácticamente la totalidad -el 94%- tiene una incidencia de caries alta: 14 dientes con caries de media por persona.

Sin embargo, los tratamientos son excesivamente bajos, solo se tratan dos de los 14 dientes con caries que tienen de media cada persona. La situación tampoco es buena en lo relativo a los hábitos de higiene bucodental, el 20% de los mayores de 65 no se cepilla los dientes nunca o casi nunca.

En el caso de los adultos de 35 a 44 años, la caries es también una enfermedad generalizada que afecta al 92% y aunque para este grupo de edad la incidencia es moderada, solo reciben tratamiento cuatro de cada seis dientes con caries que tiene de media cada adulto joven.

En cuanto a la población infantil, uno de cada tres niños con dientes de leche tiene un diente con caries y, a pesar de que el tratamiento en la dentición temporal es igual de importante que en los dientes definitivos, sólo son tratados uno de cada cuatro niños. Por su parte entre el 37% y el 45% de los jóvenes con dentición definitiva tiene un promedio de entre 1,1 y 1,7 dientes con caries.

Las caries afectan a más niños inmigrantes que a españoles. El número de caries por niño es superior en los extranjeros y los tratamientos que reciben son menores. La Encuesta de Salud Oral en España 2010 compara, por primera vez a nivel nacional, las diferencias en materia de caries entre la población infantil inmigrante y española.

Entre las principales conclusiones destaca que tanto el número de inmigrantes con caries como el número de dientes cariados por niño son superiores en el caso de los inmigrantes. Sin embargo, los tratamientos que reciben son menores. Dos de cada cinco caries de niños inmigrantes de 15 años recibe tratamiento restaurador, frente a tres de cada cinco caries en los españoles. Como consecuencia sus caries son más graves, necesitan tratamientos más complejos y tienen peor pronóstico.

Así, los extranjeros necesitan cuatro veces más extracciones y endodoncias, y tienen cuatro veces más dolor dentario que los españoles. En lo que respecta a los dientes de leche, los inmigrantes tienen el doble de caries que los españoles (2 caries en niños inmigrantes, frente a 1 caries en niños españoles) y en los dientes definitivos, tanto el número de niños con caries como el número de dientes afectados es entre un 40% y 50% superior en el caso de los inmigrantes.

Cuanto más baja es la clase social, mayor es el índice de caries

En cuanto a la influencia del nivel social y el entorno, la Encuesta concluye que cuanto más baja es la clase social, mayor es el índice de caries de la población. Por el contrario, en los niveles sociales más altos y en los medios urbanos, el número de caries tratadas es más elevado. La mayor diferencia se encuentra en los adultos de 35 a 44 años donde en los niveles sociales bajos, las caries sin tratar llegan a ser el doble que en los niveles altos.



Entre el 85% y el 94% de los españoles mayores de 35 años tiene algún problema de encías

Al analizar la enfermedad en las encías, la situación es igualmente dramática, entre el 85% y el 94% de la población española mayor de 35 años presenta algún problema de salud en las encías, aunque solo entre el 5% y el 11% presenta enfermedad periodontal severa (periodontitis severa).

Desde el Consejo General de Dentistas, se incide en que la enfermedad de las encías es una de las patologías más comunes y desconocidas y puede provocar la pérdida de dientes e incrementar el riesgo cardiovascular, la descompensación de diabetes o el parto prematuro.

Por otro lado, la maloclusión o mal alineamiento de los dientes afecta a cuatro de cada diez adolescentes españoles, la mitad de ellos de forma severa. Uno de cada cuatro adultos jóvenes entre 35 y 44 años presenta algún tipo de problema en la articulación témporo-mandibular, principalmente chasquidos, movilidad reducida o dolor. Alrededor del 7% de los españoles mayores de 35 años tiene dolor dentario de forma muy frecuente y entre el 5% y el 8% tiene alguna dificultad para comer como consecuencia de algún tipo de problema dental. En materia de higiene bucodental, el 6% de los jóvenes y adultos de 35 a 44 años no se cepilla nunca o casi nunca los dientes.



Evolución de la Salud Bucodental desde 1993 a 2010

En lo relativo a la evolución de la caries en nuestro país, es destacable que tanto el número de niños con dientes de leche con caries como el número de caries por niño se ha mantenido estable desde 1993 a 2010. Sin embargo, la prevalencia de la caries en los jóvenes de 12 y 15 años descendió un 40% y un 25% respectivamente desde 1993 hasta el año 2000. Al mismo tiempo, se ha reducido a la mitad el número de dientes con caries en los jóvenes españoles hasta el año 2000.

En el caso de los jóvenes de 12 años, se ha pasado de tener dos dientes con caries a uno y en los de 15 años, de cuatro dientes cariados se ha reducido a dos, estabilizándose las cifras a partir del año 2000. Esta evolución coincide con un incremento en el número de tratamientos realizados hasta el año 2000 ya que en los jóvenes de 12 años, los tratamientos se incrementaron un 38%, mientras que en los de 15 años aumentaron un 26%. A partir de esta fecha, el número de tratamientos realizados en los dientes definitivos también se estabilizan.

TU FOTOGRAFÍA MOLA

Recordaros que podéis aportar fotografías para la portada de Dentalberri. Hoy día no solo los aficionados a la fotografía tienen la oportunidad de lograr imágenes bonitas. Todos tenemos una cámara o llevamos un teléfono móvil encima que nos permite obtener imágenes impactantes o de calidad.



Además de hacerla llegar a vuestros amigos a través del facebook, tenéis la oportunidad de que vuestra foto tenga una mayor difusión y sea portada y que vuestro nombre aparezca en la escaleta de la revista. Y, además, ese esfuerzito, que consiste en mandar un correo electrónico a cpc@cpc-comunicacion.com, será recompensado con **dos cursos de los que organiza el Colegio gratis.**

Conviene que la foto tenga, como mínimo, 1,2 megapixels y que sea vertical o aun siendo horizontal podamos cortarla para adaptarla al diseño de la revista. Animaros, el “esfuerzo” merece la pena.



Infórmalos

sobre las actividades, noticias, ... que quieres encontrar en esta sección. Puedes contactar con nosotros en la siguiente dirección de correo electrónico: cpc@cpc-comunicacion.com

- SE VENDE Clínica Dental en Miajadas. Joven odontólogo@, este mensaje va dirigido a nuev@s emprendedores. Si te encuentras capacitado para comenzar un camino de progreso, en Miajadas (Cáceres) puedes comprar una clínica dental - totalmente instalada, informatizada y legalizada. Zona de gran potencial de pacientes con quienes podrás desarrollarte profesionalmente. Tel. 924 804 703 - 637 456 166 / clinicadentalfuentesquintana@hotmail.com
- VENTA o ALQUILER de clínica dental por no poder atender, en el centro de San Sebastián. Tiene una superficie aprox. de 80 m², consta de: 2 gabinetes, radiología digital (Rx intraoral, Rx panorámico con tele), sala de espera, 2 aseos y recepción. Es un 1º piso. Portal y ascensor totalmente nuevos. Posibilidad de alquiler con opción de compra. Precio: 425.000 €. Tel. 629 257 675. Mikel
- SE ALQUILA clínica dental en funcionamiento en Irun, con un gabinete. Tel. 943 62 48 45
- VENDO Clínica Dental en la localidad costera de Denia. Contactar en: 965 73 17 75 o 966 43 07 50
- Por traslado de residencia se VENDE o ALQUILA Clínica Dental en funcionamiento desde 11 años, papeles en regla, licencia de apertura y demás. También instrumental e insumos odontológicos lista para continuar. Cuenta con un gabinete, sala de espera, de esterilización, dos baños, consta de 52m y una fachada de 10m con vistas a un parque. Contactar en: ezcarozl@yahoo.es
- SE VENDE o ALQUILA (con opción a compra) Clínica Dental en San Sebastián. Debido a próximo traslado fuera del País Vasco. En funcionamiento, con un gabinete, buena ubicación. Se ofrece posibilidad de periodo de adaptación con el propio titular de la clínica. Tel: 635.107.403 / riki1@euskalnet.net
- Navarra SE TRASPASA clínica dental 130 m2 muy activa. Tel.948 080 450
- SE ALQUILA espacio en clínica con dos gabinetes dentales y asistenta a tiempo completo en céntrica y privilegiada zona de San Sebastián, a odontólogo autónomo, con agenda propia. Contactar en: Tel. 943 42 38 94

● SE VENDE Panorámico Planmeca PM 2002 CC Proline, salgai dugu. Contactar en 94313.02.78 Interesatuak dei telfno.

ODONTÓLOGOS:

- 10

- Odontóloga general con 4 años de experiencia y titulada en periodoncia, se ofrece para trabajar. Contactar en: Tel. 657 35 19 54
- Se ofrece Odontóloga con experiencia, con curso intensivo de Endodoncia en UIC y realizando el curso de implantología clínica; técnicas quirúrgicas y procedimientos restauradores en UCM para trabajar como generalista con disponibilidad inmediata. Contactar en: 661 955 906 currículum disponible en el Colegio.
- Se ofrece odontóloga general licenciada en la UPV/EHU con experiencia, para trabajar 1-2 días a la semana (flexibilidad en horarios y días a convenir). Curriculum disponible en el colegio. Contactar en: 610 39 92 70
- Odontóloga generalista con más de 3 años de experiencia se ofrece para trabajar en Donostia y alrededores. Incorporación inmediata y disponibilidad de horarios. Curriculum disponible en el Colegio. Tel. 693 951 776 - 943 39 68 I2. gabrielaliaga666@hotmail.com
- Licenciada Odontologa por la UPV 2001 se ofrece para colaborar con clinica dental 2-3 dias por semana. Contactar en: Natalia Arias Gumbao. Tel. 610078281
- Se ofrece odontóloga general con 4 años de experiencia y euskera. Curriculum disponible en el Colegio. Contactar en: 620 80 77 13 / mai_donosti@hotmail.com
- Profesional de 41 años con 18 de ejercicio; master universitario en implantes. Se ofrece para realizar implantes. Todas las técnicas. Especialista en cirugía guiada. Me traslado con mi equipo completo(instrumental, fisio, higienista, biomateriales...). Si lo necesita le asesoro en rehabilitación protésica. Colegiado 48000755 - Rubén Marzo Alzola. Tel. 618 715 030
- Odontóloga con 2 años de experiencia y actualmente realizando el posgrado de ortodoncia del Dr. García Coffin (Madrid) se ofrece para trabajar como generalista y colaborar en casos de ortodoncia. Disponibilidad horaria y geográfica (coche propio). Euskera. Contactar en: Contactar en: Tel. 620 362 916

ORTODONCISTAS:

- Ortodontista exclusiva con máster y con más de 3 años de experiencia se ofrece para trabajar en los alrededores de San Sebastian y Gipuzkoa. Contactar: dr.odontologia007@gmail.com
- Master en Periodoncia e Implantes por la UPV/EHU se ofrece para trabajar a tiempo parcial en Gipuzkoa. Equipo implantológico propio. Tel. 610 851 294 - 943 13 02 06.
- Se ofrece ENDODONCISTA con 6 años de experiencia para colaborar en clínicas de Gipuzkoa. Tel. 650 68 90 16. Contactar en: mariaeugui@hotmail.com Tel. 650 68 90 16.
- Dentista con master en rehabilitación protésica en París ofrece sus servicios en Implantología, Cirugía Pre y Peri implantológica, rehabilitación protésica y odontología general. Bilingüe Frances-Español. Disponibilidad inmediata. Tel. 602 457 563
- Cirujano e implantólogo oral. Periodoncista. Dedicación exclusiva. Master en Periodoncia e implantología oral básica y avanzada (rtg, rog, elevación del seno, injertos tejidos blandos y duros, carga inmediata, expansión cresta ósea, etc) en las Universidades de Pittsburgh (USA), Goteborg (Suecia), Barcelona (Clínica Dr. Carlos Aparcio) Javeriana de Bogotá (Colombia), y Granada (Serv. Cir. Oral y Maxfc.). Con 20 años de experiencia se ofrece para trabajar en todo España, facilidad de desplazamiento. Equipo propio. Realizo y/o asesoro fase de prótesis. Tel. 687 660 242. Mail: perezalonso67@yahoo.es.

AUXILIARES:

- Se necesita auxiliar de cl3nica e higienista para cl3nica sita en Eibar. Tel. 943 20 85 52 - 688 608 142
- Se necesita auxiliar para cl3nica en San Sebasti3n. Enviar Curriculum a: c.dentalcurriculum@gmail.com
- Se necesita auxiliar de cl3nica dental con experiencia (m3nimo 2 a3os) y que hable franc3s y espa3ol. Abstenerse aquel que no los domine perfectamente. Contactar en: info@argidental.com
- Se ofrece auxiliar de odontolog3a en la zona de Zarautz. Curriculum disponible en el Colegio. Tel. 616 630 561 - 943 052 565
- Auxiliar- Higienista con 10 a3os de experiencia. Curriculum disponible en el Colegio de Odont3logos.
- Experiencia en instrumentaci3n para cirug3a oral, ortodoncia, odontopediatr3a y periodoncia. Tel. 652 762 611
- Se ofrece auxiliar dental con experiencia en odontolog3a general y con veh3culo propio. Referencias. Tel. 660 176 895
- Se ofrece auxiliar de odontolog3a con titulaci3n con experiencia en todos los sectores de la odontolog3a, incluyendo la administraci3n de cl3nica y pedidos. (Incorporaci3n inmediata). Curriculum disponible en el Colegio. Tel. 692 49 43 42 / ainaralogo@hotmail.com
- Se ofrece auxiliar de cl3nica con experiencia en odontolog3a (incluyendo implantolog3a). Tel. 666 512 855 - 943 835 006 / anacarlanr@hotmail.com
- Se ofrece auxiliar de odontolog3a. Jornada indiferente y disponibilidad inmediata. Tel. 656 556 226
- Se ofrece auxiliar de odontolog3a con experiencia en clinica dental y administrativa con disponibilidad inmediata. Tel. 606 676 862
- Se ofrece auxiliar de odontolog3a con experiencia en cl3nica dental. Tengo disponibilidad inmediata. Tel. 695 783 840

HIGIENISTAS

- Se necesita higienista para cl3nica en San Sebasti3n. Contactar en: Enviar Curriculum a: c.dentalcurriculum@gmail.com
- Se ofrece higienista bucodental, con muchas ganas de trabajar y de superarse. Curriculum disponible en el Colegio. Tel. 636 690 8 64 / ifoma_fifi@hotmail.com
- Higienista 10 a3os de experiencia. Curriculum disponible en el Colegio de Odont3logos.
- Se ofrece Higienista dental con titulaci3n y 10 a3os de experiencia. Tel. 652 762 611
- Se ofrece higienista bucodental, con mas de 4 a3os de experiencia. Curriculum disponible en el colegio. Tel. 652 975 399
- Se ofrece higienista para jornada completa. Incorporaci3n inmediata. CV disponible en el Colegio. Tel. 677 560 885
- Se ofrece higienista dental recién titulada con posibilidad de desplazamiento y disponibilidad inmediata. Curr3culo en el Colegio. Tel. 679 77 06 60
- Se ofrece higienista con referencias. Curriculum disponible en el Colegio.
- Se ofrece higienista que ha realizado pr3cticas en la cl3nica dental Fernando Fombellida. Ha realizado mantenimientos periodontales, limpiezas, preparaci3n de material de cirug3aimplantolog3a. Interesados, preguntar por Curriculum en el Colegio. Tel. 682 515 535 / 943 719 671

Al orfanato de Uganda le falta ya sólo el techo

Tras un parón desde el verano pasado, retomamos la construcción del orfanato de Uganda gracias a nuevas aportaciones. Nuestros compañeros que viajaron el verano pasado, trabajaron en el orfanato bajo una lona que pusieron para evitar el sol y la lluvia de África, pero en breve, construiremos el tejado y cerraremos con puertas y ventanas el dispensario, consolidando un proyecto que nació hace seis años. Hemos decidido construir una pequeña escuela anexa al orfanato para dar clase a los más pequeños de tres cuatro y cinco años gracias a esa ayuda recibida. Cuando finalicemos con la obra, estamos pensando en utilizar los fondos en pupitres y demás útiles escolares. Por último rasearemos y pintaremos las paredes, y si aún queda dinero, compraremos uno o varios sillones dentales o llevaremos alguno que podamos transportar.

Desde nuestra asociación estamos trabajando con el Máster de Cirugía Oral y Maxilo-facial

de la Universidad de Sevilla, el cual ha firmado un convenio con la Universidad de Kampala para colaborar y promover el viaje de cirujanos que irán a operar en el hospital próximo a Jinja. Además, hemos firmado un acuerdo de cooperación con Amigos Solidarios, ONG afincada en Donostia y que nos ayuda en la construcción del orfanato. Este proyecto, que comenzó hace seis años como una pequeña colaboración casual de algún que otro dentista que iba a bajar en piragua un tramo del Nilo, está tomando forma y adquiriendo un tamaño y organización inimaginables hace bien poco.

Este verano van a sumarse a esta experiencia otros cuatro nuevos compañeros nuestros que, como sabéis, ofrecerán un servicio de salud dental a los pobres de entre los pobres. Igual que ellos sabed que las puertas están abiertas para aquél dentista desinteresado con ganas de aprender de la vida y de la satisfacción que produce el ofrecer un servicio a los demás.



CASTELLINI: tradición, estilo e innovación



LA MEJOR RELACIÓN CALIDAD-PRECIO



UNO DE LOS MÁS IMPORTANTES PRODUCTORES MUNDIALES



UN MUNDO DE CALIDAD, SEGURIDAD E HIGIENE



CASTELLINI un líder desde 1935



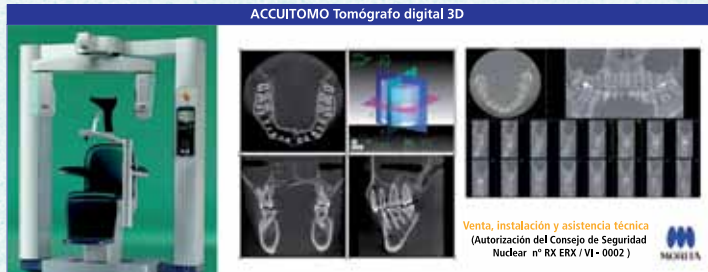
RADIOLOGÍA DIGITAL DE ALTA FRECUENCIA



Verviewpocs SDCP 3D



ACCUITOMO Tomógrafo digital 3D



Radiología digital KODAK | Distribuidor oficial



VERAVIEW IC-5 ORTOPANORAMICO DIGITAL DE GRAN VELOCIDAD



NUEVA DIMENSIÓN DE LA CIRUGÍA ÓSEA



SISTEMAS RADIOLOGÍA DIGITAL



EQUIPO Puma ELI 5 CASTELLINI

recuperación superior / mangueras colgantes / cart, dotado de consola doctor para acoger hasta 5 instrumentos: Sillón **DAMA**, con **programación** de 4 posiciones de trabajo, enjuague, retorno automático a la última posición de trabajo, posición "0". Pedal con **JOYSTICK** y kit on/off spray instrumentos



OFERTA 9.990 €

I.V.A. 8% no incluido

(hasta 29/05/2012)



- Reposacabeza a doble articulación
- Lámpara VENUS PLUS con rotación sobre tres ejes!!
- Panel de mandos con visualizador para radiografía endoral, para velocidad de micromotor y de la intensidad del piezosteril (standard)
- N. Kit Midwest 4 vías a fibra óptica
- N. 1 Kit micromotor a inducción **Handy Power Led**
- N. 1 Kit jeringa **THREE STERIL (fría)**
- N. 1 Kit ultrasonido eléctrico Piezosteril 6
- **Autosteril S (Symple System)**
- **Time flushing**
- **Separate Supply System**



SterilClave range:



SterilClave 6/18/24 S Dynamica
Without vacuum pump runs cycles S and N. Sterilizes all types of loading except type A loads.

P.V.P. 5.900 €

OFERTA 4.390 €

I.V.A. 8% no incluido



(hasta 29/05/2012)

SterilClave 18/24 B
Standard autoclave for every need, performs cycles of Class B, S and N, sterilizing all types of loading.



SterilClave 18/24 BHD
SterilClave running cycles of class B, S and N to sterilize all types of loading, with automatic self-charge of water from external tank or by a demineralization system.
The water quality is assured by a system of conductivity monitoring, standard on all BHD models.

El riesgo reputacional de un profesional

Kike Sarasa - Asesor de Comunicación

“La posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales” es lo que se define como riesgo reputacional.

En las grandes corporaciones, el riesgo reputacional está ligado a factores como la incertidumbre ante una fusión, la estrategia de negocio, la acción de los competidores, la seguridad, el equipo gestor,... Pero, el riesgo reputacional no afecta sólo a las grandes empresas o a la banca. Nos afecta a todos, ya que condiciona nuestras relaciones familiares, de amistad, nuestra economía. Si no soy creíble es más difícil que tenga crédito...

Y afecta de forma muy importante a cualquier negocio o actividad profesional. Podemos ser muy buenos en lo que hacemos, pero si la percepción exterior que proyectamos es negativa, bien porque somos muy malos vendiéndonos, bien porque hay gente interesada en deteriorar nuestra imagen, tendremos un serio problema.

La consultora PricewaterhouseCoopers centra en cuatro los parámetros del riesgo reputacional de las grandes corporaciones: La conducta del negocio, la integridad del producto que ofrecemos, los principios operacionales y la integridad de los empleados. Pero, son perfectamente trasladables a la actividad profesional, por ejemplo, de una consulta.

La conducta del negocio es cómo entendemos la relación con los clientes, con los socios o con los trabajadores, con los proveedores o con las administraciones bajo cuyo control operamos. La integridad del producto es nuestra conducta a la hora de ofrecer un tratamiento, la protección de nuestros pacientes, la gestión “post-venta”, la publicidad y el marketing. Los principios operacionales se centran en la confidencialidad y protección de los datos de los pacientes que manejamos, la salud y la seguridad en lo que hacemos. Y, por último, la integridad de los empleados tiene que ver con la discriminación y la igualdad, la honestidad, el conflicto de intereses,...

Pero, hay un elemento común a estos cuatro parámetros que es la Comunicación. ¿Qué busca un paciente

cuando acude a nuestra consulta? ¿Un tratamiento? No solo. Busca confianza, respeto, incluso, afecto. Busca un servicio y un tratamiento justo, un producto de calidad. Los empleados buscan un trato justo, un ambiente de trabajo agradable y seguro. Los proveedores quieren, además de que se les pague, también una amabilidad en el trato. Y, por tanto, de cómo comunicamos depende cómo seremos percibidos y cómo hablarán de nosotros ante terceros.



Y todos, clientes, compañeros, proveedores, vecinos, el director de tu sucursal bancaria, el del bar donde te tomas el café, el quiosquero al que le compras las revistas,... tienen una capacidad, en diferente grado si se quiere, que es la de hundir o ensalzar tu reputación. Y la reputación es el gran activo de un profesional.

Por tanto, debemos ser proactivos y tener en cuenta que todas nuestras relaciones pueden tener un efecto sobre nuestra reputación. Y en caso de que el mal esté ya hecho, tratar de limitar los daños.

**Fernando Fombellida Cortázar**

Doctor en Medicina y Cirugía.
Especialista en Estomatología.
Director del Curso-Taller de Cirugía Mucongival en periodoncia e implantes para el dentista general. Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.
Autor de los libros "Cirugía Mucogingival" y "La Elongación Coronaria para el Práctico General".

Julen Arocena Ferro

Licenciado en odontología por la U.P.V.
Especialista en Periodoncia por la Universidad Internacional de Cataluña.
Profesor del Curso-Taller de Cirugía Mucogingival en periodoncia e implantes para el dentista general. Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.

Marian Cuerda Pilarte

Licenciada en odontología por la U.P.V.
Profesora del Curso-Taller de Cirugía Mucogingival en periodoncia e implantes para el dentista general.
Dedicación exclusiva a periodoncia e implantes en clínica Dr. Fombellida en San Sebastián.

Tratamiento de la periimplantitis: entre la ciencia y el sentido común

La periimplantitis, es una patología que diagnosticamos con relativa frecuencia en nuestras consultas. La comunidad científica está de acuerdo en que, en la actualidad, no se dispone de ningún protocolo de actuación nítido y predecible para tratar la enfermedad cuyos resultados se mantengan estables a medio plazo. Este artículo muestra, además de una breve puesta al día en cuanto a prevalencia, diagnóstico, etiología, factores de riesgo y tratamiento, nuestro protocolo de cara a enfocar un problema que a día de hoy, presenta difícil solución. A modo de resumen, podemos decir que, situaciones que presentan lesiones similares, se pueden abordar desde una perspectiva totalmente diferente, dependiendo de una serie de factores que se describen en este artículo. Dada la limitada evidencia científica existente, nos parece importante resaltar el papel de la prevención y el diagnóstico precoz.

Introducción:

Bajo el término de enfermedades periimplantarias, se incluyen un conjunto de patologías inflamatorias de origen infeccioso, que afectan a los tejidos que rodean el implante dental en función.

Se han propuesto clásicamente, denominaciones específicas para dos formas diferenciadas:

- **La mucositis:** Inflamación de los tejidos blandos periimplantarios, es decir, sin pérdida ósea. Es reversible¹.
- **La periimplantitis:** Es una forma irreversible de afectación inflamatoria, que afecta el tejido duro periimplantario, es decir, cursa con pérdida ósea¹.

La **prevalencia** de dichas enfermedades es muy alta por lo que se debería hacer especial hincapié en la prevención. En la revisión sistemática realizada por Zitzmann y Berghlund² en 2008 se encontró mucositis en el 80% de los pacientes y 50% de los

implantes mientras que la periimplantitis se encontró en el 26-56% de los sujetos y en el 12-43% de los implantes.

Respecto al **diagnóstico** de las enfermedades periimplantarias, la sonda periodontal es una herramienta esencial³. Estudios experimentales de la periimplantitis han observado que un aumento de la profundidad de sondaje está relacionado con una pérdida de inserción y pérdida ósea⁴⁻⁶. Sin embargo, la fuerza de sondaje no debe ser mayor a 0,25N ya que se ha observado que al realizar un sondaje con 0,5N de fuerza la sonda penetra casi hasta el hueso⁷. Etter y cols.⁸ en 2002, observaron una recuperación total del sellado mucoso alrededor del implante en 5 días, al utilizar una fuerza de 0,25N. Por tanto, demostraron que utilizar una sonda convencional con una ligera presión (0,25N) no daña los tejidos periimplantarios y es recomendable para la evaluación y el diagnóstico del estado de los tejidos periimplantarios.

Además de la profundidad de sondaje, el sangrado al sondaje a 0,25N nos indica la presencia de inflamación de los tejidos periimplantarios⁹, aunque si la fuerza de sondaje es excesiva, sangrará a pesar de que no haya inflamación, ya que la sonda periodontal penetrará en el tejido conectivo. La supuración es el resultado de una infección e inflamación, la mayoría de veces asociada a una pérdida ósea¹⁰.

Otra herramienta diagnóstica muy importante es la radiografía. Nos marca el nivel de hueso interproximal y debe ser monitorizado en el momento de la colocación de la prótesis y en las visitas periódicas¹¹. La movilidad del implante indica una falta total de osteointegración y el tratamiento será extraer el implante, por tanto la movilidad no es una herramienta de diagnóstico precoz para la periimplantitis.

La **etiología** de las enfermedades periimplantarias es bacteriana. La microbiota presente en la cavidad oral previa a la colocación de los implantes va a determinar la composición de la nueva microbiota que va a formarse alrededor de los mismos¹². La colonización del surco periimplantario una vez que el implante se comunica con el medio oral sigue un patrón semejante al que tiene lugar en el surco periodontal. Se ha documentado una marcada diferencia entre los morfotipos bacterianos de los pacientes totalmente edéntulos y los parcialmente edéntulos. En los paciente totalmente edéntulos con implantes, la colonización del surco periimplantario se produce a partir de la flora bacteriana presente en la superficie de los tejidos blandos adyacentes (parecida a la del periodonto sano). Sin embargo, en pacientes parcialmente edéntulos con implantes, los patógenos periodontales se transmiten desde las bolsas periodontales de los dientes remanentes al surco implantario. La presencia de *P.Gingivalis*, *P.Intermedia* y *A.Actinomycetencomitans* en la bolsa periimplantaria es indicativa de un mayor riesgo de pérdida de inserción en la fase de mantenimiento.

Hay varios **indicadores de riesgo** para las enfermedades periimplantarias, algunas muy relacionadas con la enfermedad y otras con una relación más débil. Los indicadores más importantes son la higiene oral pobre, la historia previa de periodontitis y el tabaco, aunque también se han asociado a la enfermedad la diabetes no controlada, el alcohol o la genética. Por tanto los pacientes fumadores, con mala higiene y con periodontitis son más susceptibles de padecer enfermedades periimplantarias³.

Dado que las enfermedades periimplantarias están causadas por bacterias, el **tratamiento** estará enfocado básicamente en la eliminación de dichas bacterias para controlar la infección y la inflamación y conseguir la preservación del hueso de soporte del implante. Realizando una revisión de la literatura publicada respecto al tratamiento de la periimplantitis, Renvert y cols.¹³ concluyeron que el tratamiento mecánico no quirúrgico puede ser efectivo en el tratamiento de las mucositis. Además, la utilización de los enjuagues antimicrobianos puede aumentar la efectividad del tratamiento mecánico. Sin embargo, observaron que este mismo tratamiento no era efectivo para el tratamiento de las periimplantitis (ni siquiera combinándolo con enjuagues antimicrobianos). Tampoco pudieron demostrar que el láser tuviera un efecto beneficioso en este tipo de lesiones.

Respecto al tratamiento quirúrgico de la periimplantitis, Claffey y cols.¹⁴ concluyeron en su revisión que la cirugía de acceso junto con la descontaminación de la superficie del implante ha sido muy poco estudiada. En el único estudio realizado (donde además se da antibiótico sistémico a los pacientes) tuvieron una resolución del 60% de los casos mientras que el otro 40% siguieron perdiendo hueso¹⁵. En la misma revisión, no encontraron un sistema de descontaminación de la superficie del implante que fuera superior a otro (agentes químicos, abrasivos, láseres,...). Por último, encontraron resultados muy dispares cuando observaron la utilización de injertos óseos para la regeneración de defectos óseos causados por la periimplantitis (con o sin membrana). Hay que destacar que estas técnicas no consiguen la resolución de la enfermedad, sino que se limitan a intentar rellenar el defecto óseo.

Nuestro Protocolo:

Factores clave de cara a enfocar el problema.

Dado que no existe un protocolo estándar y bien definido que nos oriente sobre cómo actuar ante una periimplantitis determinada, nos gustaría presentar en este artículo nuestro modo de enfocar el problema. Habitualmente, tenemos en cuenta los catorce factores que se presentan a continuación. Cada uno de ellos, posee un peso específico en cada caso concreto. Por ejemplo, mientras que para algunos pacientes el tema económico no representa ningún obstáculo, para otros es la clave del problema. En resumen, se trata de analizar cada uno de estos factores, valorar qué

importancia tiene cada uno en cada caso concreto y, al final, encajar todas las piezas del puzzle para tomar la decisión que pensamos que es más apropiada.

Los factores que tenemos en cuenta en nuestros pacientes son los siguientes:

1. Edad.
2. Estado de salud.
3. Tiempo transcurrido desde la colocación de los implantes.
4. Perfil psico-emocional.
5. Nivel cultural.
6. Perfil económico.
7. Importancia que ocupa el implante o los implantes en el contexto general de su boca.
8. Repercusiones que puede tener la pérdida de sus implantes para el paciente.
9. Tratamientos alternativos existentes.
10. Técnicas quirúrgicas que emplearíamos para intentar solucionar este caso.
11. ¿Hay dientes remanentes? En caso afirmativo, ¿son dientes sanos o con patología periodontal tratada o sin tratar?
12. Motivación y disponibilidad del paciente para acudir trimestralmente y de por vida a sesiones de evaluación y mantenimiento.
13. Posibilidad de acceder a una correcta higienización de los implantes.
14. Tabaco.

No es lo mismo un paciente con periimplantitis moderada de 70 años, polimedicado, con bajos recursos económicos al que se le colocaron implantes hace quince años que, un paciente de 40 años en buen estado de salud, con buenos recursos económicos y al que se le colocaron los implantes hace tan sólo tres años.

Como hemos visto en la revisión y, a diferencia de lo que ocurre con la enfermedad periodontal, no existe un tratamiento estándar que se muestre exitoso de manera predecible en el tratamiento de la periimplantitis. Por lo tanto, nadie en la actualidad puede jactarse de tratar la periimplantitis con éxito. Todos tenemos casos tratados con éxito, pero eso no muestra la generalidad. Si de cada diez casos tratados nos quedan relativamente bien cinco, estaríamos hablando de un 50% de fracaso, lo cual representa una cifra claramente decepcionante. En la literatura abundan los “a propósito de un caso” y eso no muestra nada de cara a la predecibilidad del

tratamiento. Las revisiones que hemos citado anteriormente, son las que ponen la evidencia sobre la mesa. Hay clínicos que lo tienen muy claro; ante una periimplantitis, son partidarios de retirar el implante y colocar otro en su lugar. En ocasiones, esto no resulta sencillo, ya que, la mayoría de las veces vamos a partir de una situación más desfavorable que cuando se colocó el implante la primera vez. Ello puede requerir una regeneración de hueso e incluso, dependiendo de la región afectada, el paciente no va a poder llevar una prótesis provisional.

En nuestra opinión, no es adecuado ser tajante y dogmático, y a la hora de tomar una decisión, es importante, analizar los catorce factores involucrados, evaluar qué peso específico presentan cada uno de ellos en cada caso concreto y, de esta manera, poder ofrecer al paciente una solución lo más rentable posible en el amplio sentido de la palabra.

Casos clínicos:

Caso número 1.

Paciente de 62 años diabético en tratamiento con antidiabéticos orales. Según refiere, en el año 1998, le colocaron seis implantes en el maxilar superior para soportar una sobredentadura. En mayo de 2008, fue referido a nuestra consulta por presentar inflamación, sangrado y supuración en los tejidos blandos periimplantarios. La fig. 1, muestra la radiografía panorámica y en la fig. 2, se aprecia, una vez elevado el colgajo y eliminado el tejido de granulación, la pérdida de hueso tan severa que presentaban los implantes.

Podemos afirmar que los implantes padecen una periimplantitis avanzada y que retirarlos, que a priori, podría parecer la opción más lógica y razonable, implicaría pasar a una prótesis completa mucosoportada u otro tipo de soluciones más complejas que se discutirán más adelante.

La posibilidad de retirar todos los implantes, realizar una regeneración ósea y volver a colocar otros implantes unos meses después, no fue una alternativa que sedujo al paciente, tanto por todo lo que ello conllevaba como por el coste económico añadido.

En cuanto a un tratamiento que vaya encaminado a mantener sus implantes, se le advierte al paciente que es obligatorio tratar la enfermedad periodontal que presentan sus dientes, para intentar eliminar o reducir la actividad bacteriana presente en las bolsas periodontales y, de esta manera, minimizar el riesgo de una



Fig. 1 La ortopantomografía muestra los defectos óseos.

colonización bacteriana en los tejidos periimplantarios procedente de las bolsas periodontales. Centrándonos en la técnica quirúrgica propiamente dicha, se valoran dos alternativas:

1. Intentar realizar una regeneración ósea guiada, lo cual implicaría resumergir los implantes para evitar la contaminación del material colocado, con todo lo que ello conlleva.
2. Realizar una cirugía de descontaminación, que facilite el mantenimiento de los implantes tanto por parte del paciente, como en la consulta.

Esta segunda alternativa, aunque menos ambiciosa que la anterior, es más sencilla, más económica y además, permite al paciente seguir disfrutando de su sobredentadura desde el primer momento. Esta alternativa exige un mantenimiento meticuloso cada tres meses en consulta, además de una buena higiene diaria en el domicilio, con el propósito de mantener el mejor estado de salud posible de los tejidos periimplantarios intervenidos y minimizar el riesgo de una posible recidiva. Esta alternativa fue la que eligió el paciente. Como ya se ha citado anteriormente, no se ha encontrado un sistema de descontaminación de la superficie del implante que fuera superior a otro. En nuestro protocolo, habitualmente empleamos spray de bicarbonato a presión, irrigaciones de agua oxigenada rebajada al 50% y por último, irrigación con metronidazol. Se prescribió tratamiento antibiótico, con Clindamicina (Dalacin® 300mg) un comprimido cada ocho horas comenzando dos días antes de la intervención quirúrgica, durante un total de ocho días.

Para compensar los efectos que presenta el antibiótico en la flora intestinal, prescribimos Vitanatur Simbiotics G, un sobre cada 24 horas durante catorce días. Prescribimos también Clorhexidina al 0,20%, un enjuague de 10 ml con una duración de 30 segundos cada doce horas, que mantendremos hasta que el paciente pueda realizar un perfecto control de la placa bacteriana.

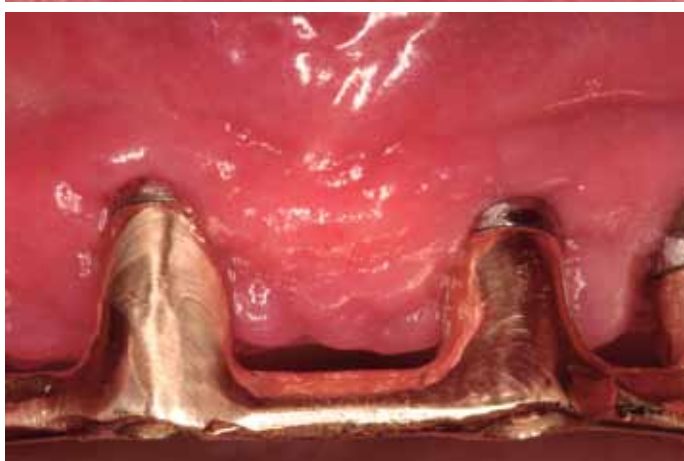


Fig. 2 La elevación del colgajo y la eliminación del tejido de granulación permiten apreciar la severidad de las lesiones.

Las figs. 3, 4 y 5, muestran el estado de los tejidos blandos dos años después y las figs. 6, 7 y 8, muestran el estado de los tejidos tres años y medio después.



Figs. 3, 4 y 5 Estado de los tejidos dos años después de la cirugía.



Figs. 6, 7 y 8 Estado de los tejidos tres años y medio después de la cirugía. Los tejidos mantienen un color, contorno y textura adecuados. No existe sangrado ni signos de inflamación.

Durante todo este tiempo y hasta la actualidad, el paciente se ha mantenido sin sangrado y sin supuración, con unos tejidos que presentan un color, contorno y textura adecuados.

Caso número 2.

Se trata de un caso bastante similar al caso anterior, pero localizado en mandíbula. La prótesis que porta la paciente, en vez de ser una sobredentadura prácticamente implantosoportada como era en el caso número 1, es una prótesis implantomucosoportada. Es

una paciente de 65 años, sin antecedentes clínicos de interés. Fue remitida a nuestra consulta en el año 2009 por su dentista para el tratamiento de la periimplantitis que presentaba. La conclusión que obtuvimos después de analizar los factores implicados, fue también similar a la del caso anterior, siendo el hecho más condicionante el que la paciente no estaba en condiciones de soportar ni psicológicamente ni económicamente otro tratamiento con nuevos implantes.

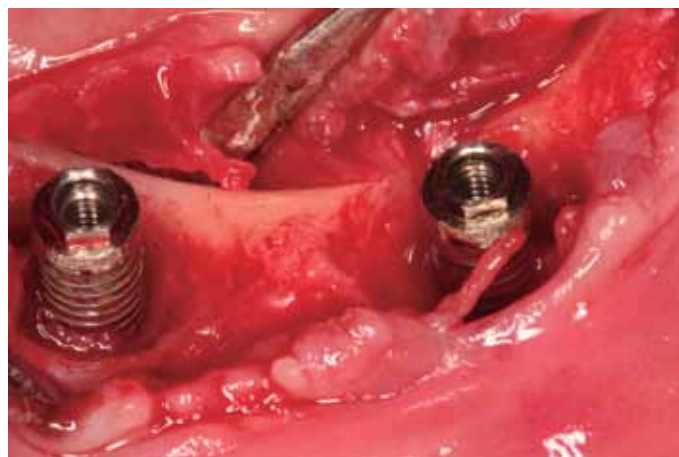
La fig. 9, muestra la ortopantomografía del caso, las figs. 10 y 11, el estado de los tejidos el día que acudió por primera vez a la consulta.



Fig. 9 La ortopantomografía muestra los defectos óseos.



Figs. 10 y 11 Estado preoperatorio.



Figs. 12 y 13 La elevación del colgajo y la eliminación del tejido de granulación permiten apreciar la severidad de las lesiones.

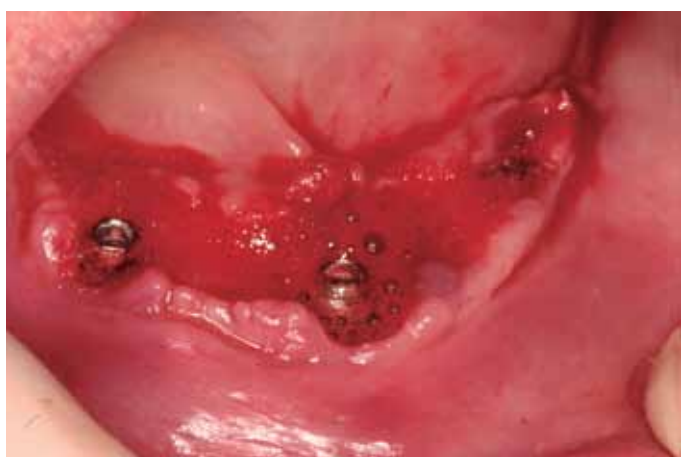


Fig. 14 Descontaminación de la superficie de los implantes con agua oxigenada rebajada.



Fig. 15 Colocación de fibrina autóloga antes de cerrar el colgajo.



Fig. 16 Sutura del colgajo.



Fig. 17 Cicatrización temprana, seis semanas después de la cirugía.

En las *figs. 12 y 13*, se aprecia la superficie de los implantes expuesta y los defectos óseos existentes. Se cumplió el mismo procedimiento de descontaminación de la superficie de los implantes que en el caso anterior (*fig. 14*). Posteriormente, se cubrió todo con fibrina autóloga (*fig. 15*). La *fig. 16*, muestra la sutura del colgajo utilizando un monofilamento no reabsorbible de 5-0 (Polieter Poliuretánico, con aguja triangular de corte re-

verse, Lab. Normon S.A.). La *fig. 17*, muestra la cicatrización temprana, un mes y medio después de realizar la cirugía y la *fig. 18*, muestra el estado de los tejidos al año y medio. No hay signos de inflamación y los tejidos mantienen un color y una textura adecuados, sin bien, se aprecia escasez de tejido queratinizado. El tratamiento antibiótico y los cuidados posoperatorios prescritos fueron similares al del caso anterior.



Fig. 18 Estado de los tejidos año y medio después de la cirugía.

Discusión:

Las soluciones que se presentan en estos dos casos, no necesariamente son las de elección, ni las mejores, para todos los casos que presenten este grado de periimplantitis. No hemos de olvidar que, por encima de las lesiones que aparecen en una fotografía o en una radiografía, hay una persona con sus inquietudes, sus limitaciones, sus miedos, su economía, sus preferencias, etc. Por lo tanto, en último término tenemos que aunar nuestra sabiduría con el perfil psico-emocional del paciente. Es por ello que, obtener un perfil lo más adecuado posible de la situación, a través de la valoración de los factores implicados, nos parece importante de cara a orientar el plan de tratamiento.

No cabe ninguna duda de que ambos casos podrían haber sido tratados de otras formas. Si el paciente nos hubiera dicho “haga usted Dr. lo que crea más adecuado”, ambos casos los hubiésemos planteado de distinta manera. Posiblemente, hubiésemos retirado los implantes o, tal vez, hubiésemos dejado alguno sin retirar de manera transitoria, para que el paciente pudiera llevar una prótesis fija provisional mientras se consolidaba el proceso de regeneración y se oseointegraban los nuevos implantes. En esta situación de absoluta libertad, el objetivo prioritario hubiese sido sustituir las sobredentaduras por dientes fijos.

No queremos concluir sin resaltar que entre esta alternativa con dientes fijos o la presentada en este artículo, existen otras intermedias.

Conclusión:

Hasta hace unos años, conseguir la oseointegración de los implantes y obtener unos óptimos resultados estéticos y funcionales eran los objetivos primordiales. Pero el tiempo, que lo pone todo en su sitio, ha demostrado que el tratamiento no concluye el día que colocamos la prótesis. En la actualidad, estamos

plenamente capacitados para hacer una autocrítica y evaluar las complicaciones que surgen con el paso de los años. La mucositis periimplantaria y la periimplantitis representan algunas de estas complicaciones. Sabemos que su prevalencia es elevada y su tratamiento ofrece resultados poco predecibles. Por lo tanto, cuando planificamos un tratamiento de implantes, tenemos que tener en mente la prevención de futuros problemas.

La prevención, comienza desde el mismo momento en que se planifica un caso y se colocan los implantes. Si éstos están muy próximos o la prótesis tiene un diseño inadecuado, no será posible practicar una higiene adecuada y será inevitable la acumulación del biofilm bacteriano. Así mismo, si los implantes están rodeados de una mucosa móvil, no existirá un sellado adecuado y se dificultará la práctica de la higiene por parte del paciente. La altura del tejido blando existente desde la plataforma del implante al margen gingival es importante. A mayor altura, más probabilidad de tener problemas. No se deberían colocar implantes en una boca que presenta enfermedad periodontal sin tratar, ya que, las bacterias localizadas en las bolsas pueden migrar y colonizar los tejidos periimplantarios. Una vez concluida la fase activa del tratamiento, diseñar un programa individualizado de evaluación y mantenimientos resulta clave para prevenir la aparición de las enfermedades periimplantarias, así como para que, en el caso de que aparezcan, se realice un diagnóstico precoz y el tratamiento pertinente.

Revisando la literatura y como fruto de nuestra experiencia, podemos concluir que las unidades para el tratamiento de las periimplantitis son, hoy por hoy, puramente experimentales y no se puede obtener una conclusión válida, sólida y predecible para la aplicación en la clínica diaria. Para nosotros, hay que dejar claro que no nos encontramos ante una cuestión dicotómica como puede ser, por ejemplo, una apendicitis en la que el paciente si no se opera, corre el riesgo de morir y no hay otra opción. Contestar a las preguntas antes enumeradas, así como utilizar altas dosis de empatía, pueden ser de utilidad en nuestra tarea, sobre todo en estas situaciones en las que la evidencia científica disponible es limitada. Está bien ser un estudioso y un excelente tecnócrata de la profesión, pero sin olvidar nunca como dice un buen amigo y compañero nuestro, la figura del dentista de cabecera que, además de ver bocas, ve a una persona en su totalidad. Para nosotros, a día de hoy, con el grado de evidencia que tenemos a nuestro alcance, nos atrevemos a sugerir que el tratamiento de la periimplantitis tiene relación con la ciencia, pero también con la aplicación del sentido común.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- 1.- Albreksson T, Isidor F. Consensus report os sesión IV. In: Lang NP, Karring T (eds.) Proceedings of the First European Workshp on Periodontology 1994:165-369.
- 2.- Zitzmann NU, Berghlund T. Definition and prevalence of peri-implant diseases. J Clin Periodontol 2008;35(suppl.8):286-291.
- 3.- Heitz-Mayfield LJA. Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators. J Clin Periodontol 2008;35(suppl.8):292-304.
- 4.- Lang NP, Brägger U, Walther D, Beamer B, Kornman K. Ligature induced peri-implant infection in cynomolgus monkeys I. Clinical and radiographic findings. Clin Oral Imp Res 1993;4:2-11.
- 5.- Schou S, Holmstrup P, Reibel J, Juhl M, Hjørting-Hansen E, Kornman KS. Ligature-induced marginal inflammation around osseointegrated implants and ankylosed teeth: stereologic and histologic observations in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). J Periodontol. 1993 Jun;64(6):529-37.
- 6.- Schou S, Holmstrup P, Stoltze K, Hjørting-Hansen E, Kornman KS. Ligature-induced marginal inflammation around osseointegrated implants and ankylosed teeth. Clin Oral Implants Res. 1993 Mar;4(1):12-22.
- 7.- Mombelli A, Mühle T, Brägger U, Lang NP, Bürgin WB. Comparison of periodontal and peri-implant probing by depth-force pattern analysis. Clin Oral Implants Res. 1997 Dec;8(6):448-54.
- 8.- Etter TH, Håkanson I, Lang NP, Trejo PM, Caffesse RG. Healing after standardized clinical probing of the perimplant soft tissue seal: a histomorphometric study in dogs. Clin Oral Implants Res. 2002 Dec;13(6):571-80.
- 9.- Luterbacher S, Mayfield L, Brägger U, Lang NP. Diagnostic characteristics of clinical and microbiological tests for monitoring periodontal and peri-implant mucosal tissue conditions during supportive periodontal therapy (SPT). Clin Oral Implants Res. 2000 Dec;11(6):521-9.
- 10.- Roos-Jansåker AM, Renvert H, Lindahl C, Renvert S. Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment. Part III: factors associated with peri-implant lesions. J Clin Periodontol. 2006 Apr; 33(4):296-301.
- 11.- Kullman L, Al-Asfour A, Zetterqvist L, Andersson L. Comparison of radiographic bone height assessments in panoramic and intraoral radiographs of implant patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 2007 Jan-Feb;22(1):96-100.
- 12.- Papaioannou W, Quirynen M, Van Steenberghe D. The influence of periodontitis on the subgingival flora around implants in partially edentulous patients. Clin Oral Implants Res. 1996 Dec;7(4):405-9.
- 13.- Renvert S, Roos-Jansåker AM, Claffey N. Non-surgical treatment of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a literature review. J Clin Periodontol. 2008 Sep;35(8 Suppl):305-15. Review.
- 14.- Claffey N, Clarke E, Polyzois I, Renvert S. Surgical treatment of peri-implantitis. J Clin Periodontol. 2008 Sep;35(8 Suppl):316-32. Review.
- 15.- Leonhardt A, Dahlén G, Renvert S. Five-year clinical, microbiological, and radiological outcome following treatment of peri-implantitis in man. J Periodontol. 2003 Oct;74(10):1415-22.

Normas de Publicación en la revista Dental-Berri.

Los trabajos deben ser remitidos al Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Gipuzkoa, a la atención de Revista Dental-Berri.

Condiciones

- 1- Los trabajos deben ser originales de: investigación, comunicaciones, revisiones bibliográficas, puesta al día, casos clínicos.
- 2- No deben haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente en otra revista.
- 3- Los trabajos serán devueltos a sus autores una vez publicados.

Presentación Texto

- 1- Los trabajos se presentarán por duplicado (original y copia) escritos a máquina a doble espacio, en papel tamaño DIN A4 y con márgenes suficientes alrededor del texto.
- 2- Deberá acompañarse el texto escrito con un soporte informático conveniente (disquete, cd, dvd) con el texto en formato Word.
- 3- Las páginas deben ir numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.
- 4- La primera página contendrá el título del trabajo así como el nombre del autor o autores.
- 5- La segunda contendrá un resumen estructurado (objetivos, material, método, resultados y conclusiones) no superior a las 200 palabras en castellano y euskera.
- 6- El resto de páginas contendrán el artículo y la bibliografía según notaciones al uso.

Fotografías

- 1- Las fotografías deberán presentarse en formato informático conveniente en archivos Tipo JPG y en la máxima resolución posible.
- 2- Las fotografías deben ir numeradas y con su texto correspondiente de la forma más clara posible para evitar confusiones.

Una vez recibidos los trabajos se valorarán para su publicación y en caso afirmativo se comunicará al primer firmante.

Influencia del diseño de la preparación, existiendo el condicionante de la estructura dental remanente que pueda llevar al fracaso de las carillas de porcelana.

Schmidt KK, Chiayaburt Y, Phillips KM, Kois JC.

Department of Restorative Dentistry, School of Dentistry, University of Washington, Everett, USA.

J Prosthet Dent. 2011 Jun; 105 (6):374-82

Estado: Aunque los investigadores han evaluado el efecto de los diseños de las preparaciones de las carillas de porcelana, la información existente respecto al diseño de la preparación asociado a la estructura dental existente es limitada.

Objetivo: El objetivo de este estudio in vitro fue el evaluar el efecto del diseño de la preparación y la cantidad de estructura dental resistente a la fractura de las carillas de porcelana de inyección.

Material y método:

Se extrajeron treinta y dos incisivos centrales superiores de maxilares de humanos y fueron asignados en 4 grupos ($n=8$) para la prueba de 2 variables: (1) diseño de la preparación (una reducción incisal en hombro de 2mm con o sin chamfer palatal) y (2) existiendo cantidad de estructura dental (sin desgaste o con desgaste). La medición del grosor del esmalte remanente en las superficies inciso-oclusales se realizó una vez preparado el diente. Todos los dientes preparados fueron restaurados con carillas de cerámica de inyección (IPS Empress) y fueron cementadas con cemento de resina (Rely-X Veneers). Estas muestras se cargaron en la máquina de ensayo universal, en modo de compresión, con una velocidad de 0.05 mm/min.

Resultados: El diseño de la preparación y la cantidad de estructura de diente tiene un efecto significativo en la carga de valor de error ($P < .001$); de todas maneras, la interacción entre el diseño de la preparación y la cantidad de estructura dental existente no fue significativa ($P=.702$). Las medias (SD) de los valores fueron los siguientes: La preparación del diente no desgastado con chamfer palatal (166.67N (28.89)) reveló un mayor fracaso a la carga que el grupo con terminación incisal en hombro (131.84N (18.88)) ($P<.01$). La preparación del diente desgastado con chamfer palatal (119.56N (23.88)) reveló un mayor fracaso que el diseño con terminación incisal en hombro (90.56N (9.32)) ($P<.05$). La prepara-

ción del diseño con terminación en hombro en dientes desgastados tuvo un fracaso significativamente menor a la carga que los dientes no desgastados ($P<.003$).

Conclusiones: El diseño de la preparación y la cantidad de estructura dental existente tuvo un efecto significativo a la carga en el fracaso de las carillas de porcelana. Este estudio reveló que usar un diseño con chamfer palatino aumenta significativamente el fracaso a la carga comparándolo con una terminación en hombro lineal.

Traducción: Nerea Serrano Arrese

Efectos antibacterianos de seis cementos selladores de endodoncia

Poggio C., Lombardini M., Colombo M., Dagna A., Saino E., Arciola CR., Visai L.

Departamento de endodoncia, Universidad de Pavia, Pavia, Italia.

The International Journal of Artificial Organs. 2011 Sep;34(9): 908-13. doi: 10.5301/ijao.5000055.



Objetivo: El objetivo de este estudio fue realizar una evaluación in vitro de las propiedades antibacterianas de seis cementos selladores utilizados en endodoncia: Endometasona C, Argoseal, Bioseal Normal, Acroseal, AH plus y Sicura Seal.

Métodos: Se utilizó un test de difusión de Agar (con el método del pocillo y del disco de papel) con el *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mutans*. Para el método del pocillo se inocularon placas de Petri con una suspensión bacteriana. Cada pozo se llenó completamente con cemento endodóntico recién mezclado. Para el método del disco de papel se sumergieron discos de papel estériles en selladores recién mezclados y colocados en placas de Agar. Se midió el diámetro de los halos formados en torno a los selladores al cabo de 24 y 48 horas.

Análisis estadístico: Se analizó el método del pocillo y del disco de papel mediante I-way Anova.

Resultados: La endometasona C, Argoseal y Bioseal mostraron los halos de inhibición más grandes de todos los microorganismos ensayados, mientras que el Sicura Seal y el AH plus mostraron menor efecto antibacteriano. Además, la comparación del método del pocillo y el disco de papel muestran diferencias estadísticamente significativas para todos los selladores e indican un efecto antimicrobiano dosis-dependiente.

Traducción: Arantza Vila Seco



RESPONSABLE GIPUZKOA:

Begoña Gutierrez ☎ 680 43 41 07

✉ bego.gutierrez@casa-schmidt.es



Facebook Twitter

Att. Cliente 902 44 44 71

www.casa-schmidt.com

Estambul, tres imperios y dos continentes

Estambul es una de las ciudades más visitadas del mundo y es que, haber sido capital de tres imperios, romano, bizantino y otomano, es un hecho que ningún viajero puede dejar pasar por alto. Ciudad situada entre dos mares, el mar de Mármara y el mar Negro, y entre dos continentes, Europa y Asia, es idónea para ser visitada en primavera. Mezcla de modernidad y de tradición, Estambul es un destino cada vez más frecuentado por vascos. Prueba de ello es que el euskera se ha convertido ya en una lengua de uso corriente en la Babilonia que es el Gran Bazar.

Qué ver

Santa Sofía tiene una gran importancia en la historia de la arquitectura por ser la primera construcción de base cuadrada de este tamaño que está cubierta por una cúpula central y dos semicúpulas. En su interior, son admirables sus mosaicos hechos a base de vidrios de colores o transparentes sobre hojas de oro, con las que se representaban antiguamente escenas bíblicas.

Mezquita azul construida por el sultán otomano Ahmet I entre 1603 y 1617. Es la más famosa y visitada por los turistas. Debe su nombre al color azul y verde de los mosaicos que decoran las cúpulas y la parte superior de la mezquita.

Cuenta con el privilegio de ser la única de toda Turquía que posee 6 minaretes, lo que le confiere un valor añadido frente al resto de mezquitas.

Palacio Topkapi es el mejor reflejo de la grandeza que alcanzó Constantinopla. Desde este palacio los sultanes gobernaron su imperio hasta mediados del siglo XIX.

Cisterna Basílica o **Palacio Sumergido** es una de las múltiples que hay en Estambul. Las cisternas son depósitos que se construyeron para que la ciudad tuviera reservas de agua en caso de ser atacada. Fue construida en tiempos de Justiniano I (527-565).

Torre Gálata es una de las torres más antiguas del mundo. Ocupada por el Sultán Mehmet II durante la conquista de Constantinopla. En sus inicios hizo las labores de faro.

Palacio Dolmabahçe fue la residencia oficial de los sultanes desde 1856 hasta 1924 sustituyendo al Palacio Topkapi.

Puente Gálata, con 490 metros de longitud, se encuentra en el estuario conocido como el Cuerno de Oro, uniendo el viejo Estambul con la zona más moderna.

Plaza Taksim considerada el corazón de la moderna Estambul, es un importante distrito comercial, turístico y de ocio conocido por sus restaurantes, tiendas y hoteles.

El Gran Bazar es uno de los mercados más grandes y antiguos del mundo. Es uno de los mejores lugares de la ciudad para hacer compras de artesanía, joyas y ropa.

Bósforo. El Bósforo es un estrecho que conecta el Mar

Negro con el Mar de Mármara separando Estambul en dos partes: la europea y la asiática. La longitud total del estrecho es de 30 kms y la anchura va desde los 700 metros hasta los casi 4 kms de la salida al Mar Negro. El paseo en barco por el Bósforo es una de las actividades que no se pueden perder en Estambul. Durante el recorrido se ven varios palacios y hermosas villitas diseminadas en sus orillas.

Baños Turcos son la versión otomana de las termas romanas. Los más conocidos son: *Hamam de Çemberlitas* es el más famoso de Estambul y una situación privilegiada en el centro histórico. *Hamam de Suleymaniye*, es el único baño turco tradicional que da servicio mixto. *Hamam de Galatasaray* se encuentra en la zona nueva, cerca de la Plaza Taskim.

Pierre Loti Café situado en el punto más alto de la colina del cementerio de Eyüp, es un buen lugar donde reponer fuerzas al calor de un delicioso té turco y contemplar unas bonitas vistas. Su nombre le viene del famoso escritor francés Pierre Loti, que se cuenta que venía a este lugar a inspirarse.

Capadocia. Capadocia es una región histórica de Anatolia central, actualmente es una denominación turística. Sus casas y templos excavados en las rocas prominentes son uno de los mayores atractivos de Turquía, al igual que la bien conservada ciudad griega de Efeso o la hermosa costa del Egeo turco, ideal para recorrerla en velero.



Santa Sofía es la obra religiosa más visitada de Estambul.



Frente a Santa Sofía la mezquita azul.



Un viaje en barco por el Bósforo, indispensable.

SABEMOS CÓMO CUIDARLE

Ahora elige usted...



Nadie conoce mejor que A.M.A. sus necesidades, por eso le **mantenemos su actual bonificación** al contratar cualquiera de nuestras 4 modalidades de seguros para su automóvil.

Ahora además, le ofrecemos nuevas coberturas con mayor servicio:

- Asistencia jurídica 24h
- Asistencia de grúa en viales no aptos
- Reparación in situ por avería
- Obtención y envío de duplicado de llaves por robo o pérdida



✓ **Más de 500.000 asegurados**

✓ **94 oficinas en España y Portugal**

✓ **Más de 45 años con el sector sanitario**



- **A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09**
- **Pº de la Concha, 17; Bajo C.P. 20007 sansebastian@amaseguros.com**
- **Colegio de Médicos 943 27 04 11**

Sujeto a condiciones generales y particulares de la póliza. Consulte condiciones en la web www.amaseguros.com o en el teléfono 902 30 30 10