

DENTALberri

REVISTA OFICIAL DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE GIPUZCOA
GIPUZKOAKO ODONTOLOGO ETA ESTOMATOLOGOEN ELKARTEAREN ALDIZKARIA

Nº 10

Marzo

2008

Martxo



BIDE BERRIAK ZABALTZEN

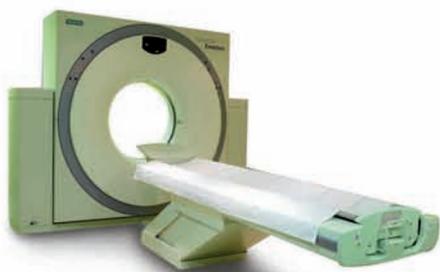


DENTAL BERRI

c/ Zabaleta, 40 bajo • Tel.: 943 29 76 90 • 20002 SAN SEBASTIAN / DONOSTIA • E-mail: coeg@coeg.info • www.coeg.info



*Conoce
lo que se esconde
detrás de una **sonrisa***



Descubre las ventajas que ofrece el **Scanner TAC Helicoidal** del Centro de Diagnóstico Urbieto.

Con un Software dental específico para uso en implantología y patología maxilofacial que aporta los datos más fiables y precisos.

Con toda confianza

Urbieto, 58 • 20006 San Sebastián
Tfno.: 943 47 01 44 • Fax: 943 47 01 75
cmu@centrourbieto.com • www.centrourbieto.com

DIAGNÓSTICO
CENTRO DE

URBIETA
Al servicio de la salud

EDITORIAL / EDITORIALA		
Lankidetzeta / Colaboración		4
CARTA DEL PRESIDENTE		5
ACTUALIDAD COLEGIAL		6-8
Santa Apolonia/08		
ODONTOLOGIA SOLIDARIA		10
DOA Odontología		
CARTAS AL DIRECTOR		11
Nueva etapa en nuestras vidas		
EL EXPERTO OPINA		12
Campaña de IRPF 2007		
La Aspiración Dental		13
ARTICULO CIENTIFICO		
I-UN PASO MÁS: EXODONCIA + IMPLANTE + PROVISIONAL INMEDIATO + INJERTO DE CONNECTIVO SIMULTÁNEO		16-22
ARTICULOS CIENTIFICOS		23
Resúmenes		
ANTROPOLOGIA		24
Germen dentario		
NOTAS DE PRENSA		25
Congreso Médico Internacional de Estética Integral		
Diversas razones para contratar el seguro de automóvil de A.M.A.		25
ESCAPADA FIN DE SEMANA		27
Pobra do Caramiñal		
RINCON DEL VINO		27
Mouchino		

Foto portada/Azalako argazkia: **Claudio Albisu**

COMITÉ EDITORIAL BATZORDE EDITORIALA

- Iñaki Landa Suescun
- M^a José Amantegui Ibarгойen
- Tomás Gastaminza Lasarte
- Carlos Alustiza Martínez
- Ruth Aranzazu de Dios Gonzalez

COMITÉ CIENTÍFICO BATZORDE ZIENTIFIKOA:

- Fernando Fombellida Cortazar
- Mikel Aldalur Arrigorriale
- Jose Antonio Arruti Gonzalez
- Ramón Amantegui Ibarгойen
- Javier Sanz Acha
- Carlos Hernandez de la Hera
- Jose Antonio Badas Vidaurrazaga

COLABORADORES/LAGUNTZAILEAK:

- Alberto Gorosabel Mendizabal
- Claudio Albisu Andrade
- ALT Asesores
- Arantxa Avila Seco
- Goretti Herrero Goya
- Nerea Serrano Arrese
- Ramón Gómez Meda



DENTAL BERRI Nº 10

REVISTA OFICIAL DEL COLEGIO
DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE GIPUZKOA

GIPUZKOAKO ODONTOLOGO ETA ESTOMATOLOGOEN
ELKARTEAREN ALDIZKARIA

MARZO/08

ELKARGOKO HAUTESKUNDEAK

Gure aldizkariaren beste ale bat bidaltzen dizuegu honekin batera. Azken gertaeren ondoren, itxuraz, guztia bere onera etorri da. Batzordeak azken batzarraren aho bateko babes a izan zuen (betiko hirurena izan ezik) eta proposatutako planekin aurrera jarraituko du kargua utzi zuen aurreko batzordea oztopo eta amarru legal ugari egiten saiatu den arren.

Gobernu batzordea osatzeko hauteskundearen deialdia laster egingo dugu. Aurreko editorialean aldizkaria aurrera ateratzeko lankidetzak eskatu genizuen; oraingoan, aldiz, esku-hartzeko eskatu nahi dizuegu. Hauteskunde prozesu berrian parte hartzeko eskatu nahi dizuegu. Esku-hartze hori, batez ere, modu aktiboan egitea eskatzen dizuegu hurrengo hauteskundeak eduki sakonekin beteko dituzten hautagaitza berriak bultzatuz eta osatuz. Era berean, hauteskunde prozesuan esku-hartzeko eskatu nahi dizuegu hautatuko dugun etorkizuneko gobernu batzordeari babes a eta kemena emateko zuen botoa ematera joanez.

Ondo dakizuen moduan, azken hauteskundeak, Elkargoko kide gehienek babes handia zuten arren, kargua utzi berri zuen batzordeak legez kanpoko gisa izendatu zituen eta kargua utzi zuten haiek Madrileko epaitegietan jarri zuten hauteskunde haren aurkako helegite judiziala abian dago egun. Hautagaitza bakarra agertu zenez, ez ziren beharrezkoak izan bozketak. Hori zela eta, aurkeztutako zerrenda bakarra izendatu genuen garaile. Baina, oraingoan, hori ezberdina izatea gustatuko litzaiguke. Hau da, hautagaitza bat baino gehiago izatea gustatuko litzaiguke.

Guztion esku dago, baina lerro hauen bidez, Elkargoko kiderik gazteenak animatu nahi ditugu elkargoaren kudeaketan konpromisoak beren gain hartu, eta parte har dezaten. Gazteek ideia berriak eta onarritako ikuspuntuak ekar ditzakete Elkargoaren antolaketa modu aktiboagoan eta anitzagoan egiteko eta ez soilik lehen egiten zen moduan, protokoloko edo erakunde mailako ekitaldiei zuzenduta. Izan ere, elkargoko gainerako kideekiko inplikazioa izatea nahiko genuke, elkargo bizia osatuko luketen mota guztietako jarduerak bultzatuz.

Aupa eta aurkeztu zuen hautagaitzak.

PROXIMAS ELECCIONES COLEGIALES

Un número más de nuestra revista llega hasta vosotros. Tras los últimos acontecimientos las aguas parecen volver a su cauce. La junta contó con el apoyo unánime de la última asamblea (menos los tres de siempre) y va a seguir con los planes propuestos a pesar de todas las zancadillas y triquiñuelas legales intentadas desde la junta saliente.

La convocatoria de elecciones a junta de gobierno están próximas. Si en la editorial anterior pedíamos colaboración para sacar adelante la revista, en esta os pedimos participación. Participación en el nuevo proceso electoral sobre todo de forma activa promoviendo y formando nuevas candidaturas que llenen de fondo a las próximas elecciones. Participación también en el proceso electoral yendo a votar para dar apoyo y ánimo a la futura junta de gobierno que salga elegida.

Como muy bien sabéis las últimas elecciones, aunque contaban con un amplio respaldo de la mayoría de colegiados, fueron tachadas por la junta saliente poco menos que de ilegales, y existe un recurso judicial contra las mismas, interpuesto por dicha junta saliente en los juzgados de Madrid. Las votaciones, al no haber más que una sola candidatura, no fueron necesarias. Se proclamó vencedora a la única lista que se presentaba. Eso es lo que nos gustaría que esta vez cambiase. Que hubiese más de una candidatura.

Es cosa de todos, pero desde estas líneas queremos animar a los colegiados más jóvenes a que participen y asuman compromisos en la gestión del colegio. Gente joven puede aportar nuevas ideas y puntos de vista fundamentales para crear una organización colegial más plural y activa, no solo dedicada, como anteriormente, a actos protocolarios o institucionales, sino realmente implicada con el resto de la colegiación en promover actividades de todo tipo que nos doten de un colegio vivo.

Animo y a presentar candidaturas.

CARTA DEL PRESIDENTE



Y bien, estimados compañeros:

Aquí estamos de nuevo en esta ventana colegial que me ofrece vuestra revista para dirigirme a vosotros y concretar diferentes aspectos de nuestra actualidad. Como todo en esta vida (y más en nuestro modelo de sociedad) el tiempo corre rápido y los acontecimientos se suceden con no menor rapidez. En la anterior ocasión os hablé de cuáles eran nuestros objetivos más importantes y urgentes (aprobación de Estatutos y convocatoria de elecciones) y ya podemos decir que ambos se han cumplido. Tenemos ya un Estatuto aprobado por el Gobierno Vasco y están ya convocadas las elecciones para la renovación de la Junta de Gobierno.

Aparte de estos dos objetivos, ha habido muchos otros temas de administración colegial que esta junta se ha esforzado en llevar a cabo (espero que con buen criterio a vuestro entender), pero hay uno que me gustaría destacar. Como podéis ver en páginas interiores hay una nueva sección: Odontología Solidaria. Está realizada por unos compañeros que desempeñan una labor extraordinaria en este sentido y a los que el Colegio quiere apoyar e incluso hacer propia la labor que desarrollan. Os animaría a que la colaboración que pedíamos en el anterior número se plasme muy especial e intensamente en el apoyo a esta labor, de muy diversas maneras. Hagamos de todos esta Odontología Solidaria. Va en beneficio de muchas personas pero también muy íntimamente en el nuestro propio. No quiero extenderme más. Mensajes breves y con contenido y mi reiteración en estar a vuestra disposición.

Un abrazo

PRESIDENTEAREN GUTUNA

Ederki, kide agurgarriok:

Hemen gara berriz ere zuengana zuzentzeko eta gaurkotasunaren arlo ugari zehazteko gure aldizkariak eskaintzen digun elkargoko leiho honetan. Bizitza honetan dena bezalaxe (eta are gehiago gure gizarte ereduari), denbora eta gertakariak ere azkar pasatzen dira. Aurrekoan gure helburu garrantzitsuenez eta presazkoenez hitz egin nizuen (Estatutuak onartzea eta hauteskundeak deitzea) eta dagoeneko esan dezakegu biak bete direla. Dagoeneko baditugu Eusko Jaurlaritzak onartutako Estatutuak eta deituta daude Gobernu Batzordea berritzeko hauteskundeak.

Bi helburu horiez gain, elkargoko administrazioaren arloko beste gai ugari izan ditugu eta batzordea saiatu da betetzen (zuen ustez irizpide onez beteko genituela espero dut), baina bada bat nabarmendu nahiko nukeena. Barruko orrietan ikusi ahal izango duzuen bezala, atal berria dugu: Odontologia Solidarioa. Arlo horretan aparteko zeregina betetzen duten kideek egin dute, Elkargoak babesa eman nahi die eta egiten duten zeregina bere egin nahi du. Aurreko alean zeregina horren babeserako eskatu genuen lankidetzaren modu berezian eta bizian ager dadin bultzatu nahiko zintuzketet. Egin dezagun guztion Odontologia Solidarioa. Pertsona askoren onurarako da, baina baita zuzen-zuzenean gure onurarako ere. Ez dut gehiago luzatu nahi. Mezu laburrak eta edukia dutenak, eta berriz ere adierazten dizuet zuen esanetara nagoela.

Besarkada bat

ACTUALIDAD COLEGIAL

SANTA APOLONIA 2008

Como bien sabéis, el pasado nueve de febrero celebramos la festividad de nuestra patrona Santa Apolonia. Siguiendo la tradición de muchos años hemos celebrado dicho "día grande" de nuestra profesión con diversos actos, entre los que destacaron el torneo de golf, patrocinado por Consulnor y disputado en el campo de golf de Zarauz. También el torneo de padel A.M.A – Santa Apolonia con participación mixta y el torneo de mus del COEG.

Del mismo modo la mañana del sábado nueve se celebró Sagrada Misa en la sede colegial y se tuvo especial recuerdo para nuestros compañeros fallecidos: José Miguel Petirena, Manuel Irigoyen, Guillermo Gárate y Amancio Tomé.

Tras la Misa tuvo lugar la Asamblea General Ordinaria en la que se procedió a la presentación y aprobación de cuentas del año 2007 así como el presupuesto para el 2008 y la aprobación de una disposición para instar a la Junta a convocar nuevas elecciones, tras haber sido publicados ya en el BOPV los Estatutos Colegiales (aunque todo esto ya lo conocéis por las fechas en que estamos).

Así mismo, por la noche, en la cena celebrada en el restaurante Arbelaiz-Miramón se respiró un estupendo ambiente de confraternización y pudimos disfrutar de la compañía de nuestros compañeros de otros colegios sanitarios así como la del director de farmacia del Gobierno Vasco señor Gonzalo Trincado y su esposa

Tras la cena se procedió al reparto de premios de los distintos torneos:

- Trofeo de golf CONSULNOR (cena para dos personas en Zuberoa) para el vencedor Mikel Aldalur.
- Torneo de padel A.M.A Santa-Apolonia,; Vencedores masculinos, Patxi Telleria y Sebas Martin. Vencedor femenino, Nina Camborda. Vencedores torneo mixto, Carlos Alustiza y Maite Gastelurrutia.
- Torneo mus del COEG, vencedores Javier Olariaga y Antxon Ilzarbe.

Y para rematar la fiesta, sesión de música y baile.

En las fotos podréis apreciar el ambiente vivido por todos los compañeros. ■



Carlos Alustiza y Maite Gastelurrutia vencedores padel mixto



Don Enrique Telleria Presidente Colegio de Medicos y su esposa



Aner en representación de Patxi Telleria recoge el trofeo vencedor de padel A.M.A.



Nina Camborda vencedora femenina padel



Don Gonzalo Trincado Director de Farmacia del Gobierno Vasco y su esposa

ACTUALIDAD COLEGIAL

Ongi dakizuen moduan, otsailaren bederatzian ospatu genuen Santa Apolonia gure zaindariaren eguna. Urte askotako tradizioa jarraituz, gure lanbidearen "egun handia" ekitaldi ugariarekin ospatu dugu. Horien artean nabarmentzekoak dira golf txapelketa, Consulnorrek babestutakoa eta Zarauzko golf zelaian egin zena. AMA – Santa Apolonia padel txapelketa ere egin genuen, parte hartze mistoarekin, eta COEGen mus txapelketa.

Era berean, larunbat horretako goizean Elkargoko egoitzan Meza Santua izan genuen eta hildako gure lankideak izan genituen gogoan: José Miguel Petirena, Manuel Irigoyen, Guillermo Gárate eta Amancio Tomé.

Mezaren ondoren, Ohiko Batzar Orokorra egin genuen. Bertan, 2007ko kontuak eta 2008rako aurrekontuak aurkeztu eta onartu genituen eta hauteskunde berriak deitzeko Batzordea estutzeko xedapena onartu genuen, Elkargoko Estatuak EHAA n argitaratu ondoren (baina hori guztia badakizue, gauden datatan egonik).

Era berean, gauez, Arbelaiz-Miramón jatetxean egindako afarian adiskidetze giro ederra izan zen eta beste osasun elkargo batzuetako kideak izan genituen. Horrez gain, Eusko Jaurlaritzako farmaziako zuzendari Gonzalo Trincado eta haren emaztea ere bertan izan genituen.

Afariaren ostean, txapelketetako sariak banatu genituen:

- CONSULNOR golf txapelketa (bi lagunentzako afaria Zuberoan) Mikel Aldalur irabazlearentzat.
- AMA Santa-Apolonia padel txapelketa; gizonetzkoetan irabazle izan ziren Patxi Telleria eta Sebas Martin. Emakumezkoetan, Nina Camborda. Txapelketa mistoan, Carlos Alustiza eta Maite Gastelurrutia.
- COEG mus txapelketa; Javier Olariaga eta Antxon Ilzarbe izan ziren nagusi.

Eta jaia amaitzeko, musika eta dantza saioa izan genuen.

Argazkietan ikusi ahal izango duzue kide guztiek izan genuen giroa. ■



Doña María Jesús Zapirain Presidenta del Colegio de Enfermería Gipuzkoa y su esposo



Javi Sanz entrega trofeo vencedor golf a Mikel Aldalur



Javier Oyarzabal, Josefina López Collado y Nuria



Mikel Aldalur y Javi Olariaga vencedores torneo mus junto con Tomás Gaztaminza



Alicia - recibe el premio del sorteo de manos del presidente

ACTUALIDAD COLEGIAL



Francisco de Asis Etxebeste Presidente del Colegio de Farmaceuticos de Gipuzkoa con su esposa



El Presidente del Colegio de Odontostomatologos de Gipuzkoa y su esposa



Ramón Amantegui- Mikel Aldalur y Eli Gezala



Ruth de Dios, Nina Camborda, Aner y toda la nueva sabia del colegio

DESESTIMACIÓN DE LA SOLICITUD DE EJECUCIÓN FORZOSA DE LA SENTENCIA RECAIDA EN FECHA 17 DE JULIO DE 2004

Como todos recordaréis en el año 2004 recayó sentencia que declaraba la nulidad del proceso electoral seguido. Ante la convocatoria de elecciones al Colegio de Gipuzkoa por acuerdo del Consejo General de fecha 18 de Mayo de 2007, D. Leonardo Barrenetxea Suso, quien interpuso el recurso contencioso-administrativo contra la convocatoria de elecciones en 2004, ha interesado la ejecución de la sentencia que recayó en dicho procedimiento, por entender que esta nueva convocatoria de elecciones era contraria a esa Sentencia.

Pues bien, por auto de fecha 21 de Febrero de 2008 se ha desestimado la solicitud del Sr. Barrenetxea, indicando que "a la vista de la documentación presentada por una y otra parte y el tenor literal del fallo de la sentencia que se dice incumplida, no podemos por menos mostrar nuestra perplejidad ante un incidente de ejecución de sentencia carente de contenido".

Continúa la juzgadora señalando: La condición de miembro de la Junta de Gobierno saliente del Sr. Barrenetxea y en que esa Junta lleva en funciones desde la anulación de las elecciones de 2003 siendo ella, en el seno del Colegio Provincial de Guipúzcoa, la encargada de tener que aprobar los Estatutos para acomodarlos a la Ley del País Vasco 18/1997 - arts. 33 y 36 - así como convocar elecciones para nombrar a los miembros de la Junta de Gobierno; el retraso evidente incumpliendo lo dispuesto en la Disposición transitoria Primera de dicha Ley; ...y el impulso que han llevado a cabo parte de los miembros del Colegio de Guipúzcoa para que se puedan por fin convocar elecciones en 2007 y se

hayan aprobado los Estatutos del Colegio con sujeción a los criterios, sugerencias y recomendaciones del Departamento de Justicia, Economía y Trabajo y Seguridad Social del País Vasco, existiendo actualmente otra Junta de Gobierno acomodándose a la legalidad vigente y a un funcionamiento democrático, **son razones más que suficientes para inadmitir el incidente de ejecución planteado.**

¿Qué sentencia se ha incumplido y por quién se ha incumplido cuando la parte que plantea el incidente, que era miembro de la Junta de Gobierno a quien correspondía convocar nuevas elecciones no lo ha hecho de manera correcta, siendo las elecciones que se anularon las de 2003 y permitiéndose que esa Junta de Gobierno continuase en funciones hasta la aprobación de Estatutos conforme a la Ley 18/1997 y nuevas elecciones en 2007, gracias a las gestiones llevadas a cabo por integrantes del Colegio Provincial de Guipúzcoa no miembros de la Junta de Gobierno a quien sí correspondía?

Termina indicando la resolución judicial que "el incidente planteado incurre en temeridad manifiesta al no existir fundamentación fáctica o jurídica que lo justifique", por lo que le impone las costas causadas.

Aunque el citado Auto puede ser recurrido en el plazo de quince días desde su notificación el 27 de Febrero y, por lo tanto, no es firme todavía, no es menos cierto que su contenido resulta significativo.

Los próximos 4 y 5 de Abril se van a celebrar en la sede colegial las Jornadas pre-SEPA.

El 9 de Mayo disfrutaremos del curso "La Implantología Guiada Radiológicamente" por el DR. Joseph María Sarrets.

El 14 de Junio se impartirá el curso: "Diente o Implante. Criterios de decisión en el S. XXI. Toma de decisiones en odontología" por el Dr. Ramón Gómez., también en nuestro Colegio.

Los días 12 y 13 de Septiembre tendrá lugar en el Euskalduna de Bilbao el Simposium Anual de Implantología Oral de BTI.

OFERTA EXPODENTAL

VÁLIDO HASTA 30 DE ABRIL

SERVICIO CONJUNTO

Protección de Datos + Prevención de Riesgos Laborales

346,50€*

SERVICIOS SUELTOS

Consultoría en Protección de Datos

198€*

Prevención de Riesgos Laborales

198€*

Oferta válida para instalaciones hasta 2 trabajadores y 1 ordenador.
Inscripción de Ficheros en la AGPD.....90€
No incluye vigilancia médica
IVA no incluido

* El precio es el resultado final de aplicar un descuento sobre la tarifa 2008.

ODONTOLOGIA SOLIDARIA

Aprovechando la ocasión que nos brinda el colegio y participando de la ilusión generada por esta nueva junta, nos dirigimos a vosotros para contaros nuestras actividades en Guatemala como miembros del grupo de odontólogos de la ONG DOA (Denok Osasunaren Alde).

DOA es una ONG de ámbito sanitario constituida en febrero de 2002, y desde entonces viene desarrollando diversos proyectos de salud y educación en Guatemala y Bolivia.

En DOA Odontología, hemos ido realizando nuestro trabajo desde hace unos años en el municipio de Quezada, población rural cercana al Salvador, muy deprimida económicamente y con una población de escasos recursos.

Allí hemos establecido en unos locales cedidos por la municipalidad y acondicionados por DOA una consulta de: **Atención Primaria Odontológica.**

A lo largo de estos años de asistencia en esta consulta, hemos realizado campañas de educación en centros escolares con reparto de cepillos, charlas sobre higiene y ámbitos alimenticios. En el año pasado (2007), se atendió en la consulta a un total de 700 pacientes, con un número de actuaciones totales de 853: 393 exodoncias, 275 obturaciones, 50 limpiezas y 135 procesos varios (curas analgésicas, prescripción medicamentosa, etc.).

Nuestra ilusión es poder seguir realizando la labor que comenzamos hace ya cinco años y conseguir cada vez mayores logros en nuestra actividad tanto en el ámbito preventivo como asistencial, dando una clara prioridad a la atención infantil

Estamos abiertos a cualquier tipo de colaboración con nosotros, tanto a nivel de ideas como económico y humano. Damos gracias de nuevo a esta junta que nos facilita el poder llegar a todos vosotros a través de esta revista. Os mantendremos informados en los próximos números. ■



Pacientes llegados de una de las aldeas próximas para ser atendidos. La líder que les trae es la de amarillo.



Día de trabajo en la consulta de Quesada.

DOA Odontología

- * Aportaciones en Kutxa DOA Odontología:
Nº de cc 21010001110011217916
- * DOA ha sido declarada de utilidad pública por el Gobierno Vasco, con lo cual vuestras aportaciones desgravan fiscalmente.

Niños jugando mientras esperan a la consulta de odontología.

CARTAS AL DIRECTOR

NUEVA ETAPA EN NUESTRAS VIDAS

Hace año y medio que terminé mis estudios y junto con mis compañeros guipuzcoanos entré a formar parte de un colegio profesional. En aquel momento, no tenía demasiado clara cual era la función que cumplía el colegio y, supongo, que a muchos de nosotros nos pasaría lo mismo.

Durante el tiempo transcurrido desde entonces, he podido participar en varios cursos de formación y he comprobado el enorme interés por parte de los profesionales “noveles”. Imagino que esta situación entra dentro de lo previsible dada nuestra mayor necesidad de adquirir conocimientos. En general, estos cursos son muy interesantes aunque considero fundamental dotarlos de una mayor actividad PRÁCTICA.

En ésta, mi primera colaboración para la revista de nuestro colegio, me gustaría manifestar el deseo de una permanente colaboración y ayuda entre todos los colegiados. Sin duda alguna, una de las maneras de conseguir este objetivo es, desde mi punto de vista, reunirnos e intercambiar impresiones de forma continuada mediante la organización de cursos o reuniones científicas, las cuales nos aportarán una mejora del conocimiento. Para ello considero muy importante que recibamos de manera periódica, por parte del colegio, información tanto científica como de interés general.

Como última consideración por mi parte, me gustaría que se valorara el esfuerzo económico que todos debemos realizar para iniciarnos en nuestra profesión. Por este motivo, considero imprescindible que se tuviera en cuenta la cuantía de la cuota colegial durante los primeros años, de la misma manera que nuestros directivos lo hacen con los cursos de formación. ■

Ana Busto Vega
Colegiada 20.000.808



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE CARTAS AL DIRECTOR

Las cartas dirigidas a esta sección no deberán exceder de 30 líneas mecanografiadas y han de llegar a la redacción debidamente identificadas con firma nombre y apellidos y número de colegiado.

La dirección de esta revista se reserva el derecho a resumirlas y no se mantendrá correspondencia escrita personal o telefónica sobre las mismas.

Los envíos se harán bajo el encabezamiento “Cartas al Director” y se harán llegar la sede colegial en soporte informático adecuado y en formato tipo Word.

CAMPAÑA DE IRPF 2007

Conforme se acerca la primavera, se acerca también el momento de rendir cuentas con la Hacienda Foral de Gipuzkoa. Nos estamos refiriendo a que ya falta menos para que se abra el plazo para presentar las declaraciones del IRPF y, en su caso, también las del Impuesto sobre el Patrimonio correspondientes al ejercicio 2007. De hecho ya se ha anunciado que la campaña comenzará el próximo 18 de abril y finalizará el 25 de junio. También se ha anunciado que muchos guipuzcoanos recibirán, antes del inicio de la campaña, la propuesta de su declaración del IRPF en su domicilio pero entre esos contribuyentes, no estarán los odontólogos y estomatólogos.

Además, en las declaraciones correspondientes a esta campaña se aplicarán por primera vez las novedades incorporadas en la reforma de 2007. Por ello, a través de este artículo se van a intentar explicar, aún que sea brevemente, las novedades del nuevo IRPF referentes a las consultas de los colegiados.

A efectos del IRPF, la renta que tienen los colegiados que ejercen como persona física o a través de una Comunidad de Bienes, se califica como rendimiento de actividad económica. Con la nueva normativa del IRPF, se mantienen los dos regímenes para el cálculo del rendimiento de los odontólogos y estomatólogos, la Estimación Directa Normal y Simplificada.

Respecto a la Estimación Directa Normal no existe prácticamente ninguna novedad. En este régimen se aplican las mismas reglas que en el Impuesto sobre Sociedades de manera que, si bien los profesionales (odontólogos y estomatólogos en este caso) no están obligados a llevar la Contabilidad que se exige a las sociedades mercantiles, utilizarán las mismas normas que éstos si se acogen a este régimen. Así, el beneficio o rendimiento a efectos del IRPF se calculará restando de los ingresos brutos, todos los gastos necesarios (gastos de personal, aprovisionamientos, primas de seguros, cotizaciones a la Seguridad Social, etc.) incluyendo las amortizaciones de las inversiones y las provisiones (insolvencias de clientes, por ejemplo).

En cambio a la Estimación Directa Simplificada, la nueva normativa sí incorpora novedades. Hasta el ejercicio 2006 dentro de la Estimación Directa Simplificada existían dos procedimientos, el procedimiento ordinario y el especial, permitiendo el primero de ellos la inclusión de las cuotas de amortización de las inversiones en concepto

de gasto deducible. Con el nuevo IRPF aplicable a partir del 2007, en la Estimación Directa Simplificada, existe un único procedimiento en virtud del cual se pueden restar de los ingresos brutos todos los gastos necesarios, al igual que en la Estimación Directa Normal (gastos de personal, aprovisionamientos, primas de seguros, cotizaciones a la Seguridad Social, etc.) con excepción de las amortizaciones y las provisiones. En sustitución de las provisiones y amortizaciones, en la Estimación Directa Simplificada, se permite restar un 10% de la diferencia entre los ingresos y los gastos.

Por todo ello, se puede decir que la diferencia entre la Estimación Directa Normal y la Estimación Directa Simplificada, se encuentra en la deducibilidad o no de las provisiones y, más importante, de las amortizaciones. Si bien se debe analizar cada caso individualmente, como regla general al profesional que haya realizado inversiones fuertes le interesará acogerse a la estimación Directa Normal durante los primeros años y a los que ya tengan las inversiones amortizadas les puede resultar más rentable aplicar la Estimación Directa Simplificada.

También debe señalarse que si se ha vendido algún elemento de la consulta (aparatos médicos, el local donde se ejercía la consulta, etc.) en principio habrá que incluir en el rendimiento de la actividad económica la plusvalía obtenida. No obstante, si el odontólogo o estomatólogo va a volver a invertir en otros elementos, aparatos u otro local, podrá evitar la tributación de esa plusvalía acogiéndose a la exención por reinversión. El plazo que tiene para realizar la reinversión es el comprendido desde el año anterior a la venta y hasta que transcurran tres años desde dicha venta.

Para acabar con este repaso hay que comentar otra novedad que va a ser muy bien recibida por los profesionales. Desde el ejercicio 2007 no habrá que incluir en la declaración del IRPF la relación de bienes, derechos y deudas de los que sean titulares los contribuyentes. Esta obligación que existía hasta el ejercicio 2006 para los contribuyentes que ejercían actividades económicas y que generaba bastantes molestias, desaparece con el IRPF de 2007. Todo ello sin perjuicio de la obligación de presentar la declaración del Impuesto sobre el Patrimonio que si bien se está anunciando constantemente que va a desaparecer, hay que recordar que todavía se mantiene. ■

1988
2008

MEDISER
DEPOSITO DENTAL

20 años
Aniversario

progeny

RX PREVA

VISION DX

puma EVO A

Diestros

Ambidiestro Reversible

Zurdos

ORTHOPANTOMOGRAPH OP-200-D
Venta, instalación y asistencia técnica (Autorización del Consejo de Seguridad Nuclear nº RX ERK / VI-0002)

INSTRUMENTARIUM

COMINOX

AUTOCLAVES COMINOX

Venta, instalación y asistencia técnica (Autorización del Consejo de Seguridad Nuclear nº RX ERK / VI-0002)

MORITA

MORITA

CASTELLINI

AUTOSTERIL

SURGISON

GRÁFICO DE TORQUE

LAFC

LAFC

MICROMOTOR POLIVALENTE

OUTBO

Kodak Dental Systems

Kodak 8000

Kodak 8000-C

Venta, instalación y asistencia técnica (Autorización del Consejo de Seguridad Nuclear nº RX ERK / VI-0002)

Venta, instalación y asistencia técnica (Autorización del Consejo de Seguridad Nuclear nº RX ERK / VI-0002)

MORITA

1.5 segundos
Exposición
Ultra Rápido
Digital

mectron

PIEZOSURGERY

- OSTEOTOMÍA
- OSTEOPLASTIA
- EXTRACCIÓN
- CIRUGÍA DEL SENO MAXILAR

Kodak Dental Systems

- VELOCIDAD DIGITAL

- MÁXIMA RESOLUCIÓN

Kodak RVG 6100

Sistema de radiología digital

EL EXPERTO OPINA

LA ASPIRACION DENTAL

En este artículo, tratamos de explicar la historia, características y evolución de una herramienta de trabajo básica en las clínicas odontológicas...

La Aspiración Dental.

Orígenes: El primer sistema de aspiración dental conocido es el aspira saliva con depresión de agua (Venturi de agua). Este sistema se basa en el paso de un flujo de agua tomado de la red hídrica a una presión de 4 bar. y que va directamente al desagüe, absorbiendo aire y creando una depresión en un tubo que se conecta al tubo principal de Aspiración.

El tubo de Venturi, apareció en los primeros equipos dentales fabricados en Italia, pero no se hablaba de Aspiración dental, sino de Aspira saliva.

El consumo de agua de este sistema era de 6 a 8 litros/minuto, lo que le hacía extremadamente caro. Posteriormente aparecía el sistema Venturi por aire, idéntico al de agua, pero utilizando el aire del compresor.

Ambos sistemas tenían una capacidad de aspiración relativamente escasa y sólo eran capaces de aspirar una pequeña cantidad de los líquidos.

AVA (Aspiración Alta Velocidad)

En los años posteriores a la finalización de la 2ª Guerra Mundial (antes de 1950), con la introducción de los nuevos instrumentos rotatorios, era necesario interceptar el spray que estos producían y por esta razón se precisaba de un sistema de aspiración más potente que los hasta ese momento conocidos.

AVA se compone de un motor eléctrico de aspiración, un decantador de Líquidos (vaso separador) y un conjunto de cánulas. A este sistema se le encuadra en el de las Aspiraciones denominadas de "anillo seco" ya que las canalizaciones están recorridas por aire en su mayor parte, siendo sólo líquidos en el vaso separador.

Su aceptación e implantación fueron realmente rápidas ya que este sistema ofrecía diversas ventajas sobre los sistemas tipo Venturi, de las cuales destacan:

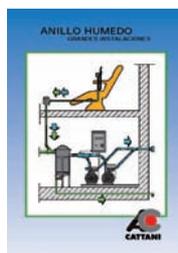
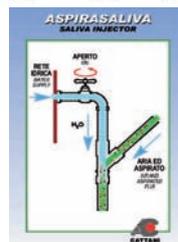
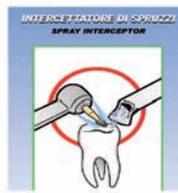
- 1º- La aspiración facilita el campo visual operatorio al despejar el mismo de sangre, limaduras, saliva y spray.
- 2º- Se limita la contaminación en el ambiente circundante al punto de la intervención.
- 3º- La aspiración permite colocar al paciente en una posición cómoda y al mismo tiempo facilita al profesional trabajar sentado.

Los primeros aspiradores de aire seco, se presentaron en forma de unidades rodantes y se les denominaba "aspirador quirúrgico Dental", ya que estaban ideados para utilizarse exclusivamente en Odontología.

Posteriormente a las unidades rodantes han seguido los muebles con sistema de aspiración que se sitúan al lado del equipo dental sin modificar la estructura de éste.

Al mismo tiempo se desarrollaron las aspiraciones centralizadas con el vaso Separador integrado en el grupo hídrico del equipo dental.

En grandes instalaciones el vaso separador se situaba en el cuarto de máquinas.

**BOMBAS DE ANILLO LIQUIDO**

Los primeros sistemas de anillo líquido, llegaron a Europa procedentes de América, despertando nuestra atención por las diferencias y ventajas que aportaban a lo ya conocido.

Las ventajas fundamentales que aportaban eran la gran potencia de Aspiración y la posibilidad de funcionamiento ininterrumpido aún en presencia de espuma, hecho este muy importante para la cirugía máxilo facial como en la parodontología.

El modelo se adoptó con unas modificaciones conforme a la normativa europea, sobre todo en lo referente a los consumos de energía eléctrica y agua y protección para evitar contaminación en la red hídrica.

ANILLO HUMEDO:

El sistema de anillo húmedo recoge las ventajas experimentadas en los sistemas de anillo de aire seco y anillo líquido y consiste básicamente en: Aspiración constante sin interrupciones, sin decantador de líquidos y sin necesidad de abastecerse de la red hídrica.

Al poderse instalar el motor en una sala independiente del gabinete, evita molestos ruidos y posibles contaminaciones provocadas por la expulsión de aire aspirado. Otra característica de este sistema, estriba en que todo lo aspirado va directamente al desagüe.

La operatividad del sistema permite planificar, allí donde se precise, grandes instalaciones centralizadas.

ULTIMA TECNOLOGIA:

Los distintos sistemas de aspiración y las máquinas e instrumentos que los componen, en el transcurrir de los años, han sufrido una notable evolución en la escena del sector dental mundial.

Las máquinas que con el tiempo han mostrado sus aspectos positivos y negativos han dado origen a nuevas máquinas muy evolucionadas.

La firma italiana **CATTANI S.p.a.** empresa pionera en la investigación y desarrollo de sistemas de aspiración y compresión de aire para el sector dental y la industria, ha implantado un sistema exclusivo e innovador que resuelve prácticamente las necesidades de aspiración en un Gabinete Dental.

Se trata de un sistema de aspiración inteligente denominado **TURBO SMART** que detecta las necesidades reales de aspiración en cada momento, adaptándose a las mismas variando su rendimiento.

EL TURBO SMART garantiza un caudal y potencia constantes e invariables de aspiración en todos los equipos dentales independientemente del número de ellos que estén trabajando en ese momento.

La tremenda versatilidad del sistema nos permite de que el mismo motor sea válido para 1 Equipo o (hasta) 6 Equipos.

Al mismo tiempo resuelve las incidencias que puede derivarse de una excesiva temperatura y problemas en el desagüe.



ISIDRO CHAVARRI URREA
Director Técnico de MEDISER CONTROL, S.L.



A la vanguardia
de la radiología digital



Incotrading

Nuevo Veraviewpocs 3D

Todo en uno: orthopantomógrafo,
cefalometría y cortes en 3D



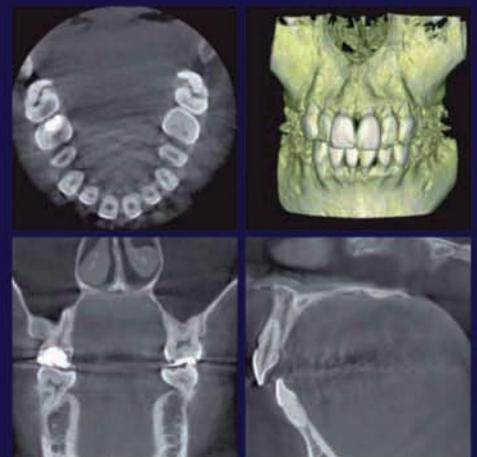
Accuitomo
Tomógrafo digital 3D



Incotrading

5.5 segundos
Panorámico
Ultra Rápido
Digital

Veraviewpocs IC5
Panorámico, ultra rápido, digital



Servicio técnico
IncoSAT
Tel. 902 195 404



Incotrading

Tecnología para el sector dental
www.incotrading.net
Tel. 91 380 74 90

ARTICULO CIENTIFICO

Dr. RAMON GOMEZ MEDA
Ldo. en Odontología. U. Santiago Compostela. 1996
Premio Fin de Carreira da Xunta de Galicia á
Excelencia Académica.
Práctica privada en Ponferrada (León).



LABURPENA

"Artikulu honen helburua da estalkiarekin egindako injertoaren teknikak tratamenduak auresateko aukera handiagotzen laguntzen duela adieraztea, ez ehun biguna gutxi denean bakarrik, baita akats horiek ez daudenean ere"

I-UN PASO MÁS: EXODONCIA + IMPLANTE + PROVISIONAL INMEDIATO + INJERTO DE CONNECTIVO SIMULTÁNEO.

Problemas endodónticos, periodónticos, traumatismos o fractura de las raíces llevan a la reabsorción ósea y extracción del diente. Por tanto, los procedimientos de aumento son necesarios en muchos de estos casos: regeneración tisular guiada (1,2) y/o injerto de tejido conectivo (3,4)

Han quedado en entredicho aquellos tiempos de espera de 6 meses entre la extracción y la colocación del implante (5). Para reducir al mínimo la reabsorción de hueso tras la extracción (6,7) y minimizar el número de cirugías se ha propuesto la colocación inmediata de los implantes tras la extracción (8,9).

En los seis primeros meses tras una extracción se puede perder alrededor de un 23% de masa ósea y otro 11% en los siguientes dos años (10).

Actualmente el concepto de "implante libre de carga durante la cicatrización" se ha sustituido por el de "implante sin micromovimientos durante la cicatrización".

Es decir, la carga temprana e inmediata se reconoce como fiable y predecible (11,12).

Esto último nos ha llevado a la provisionalización inmediata que, en el caso de dientes anteriores, suele evitar la carga en máxima intercuspidad y/o protrusiva, lo cual no implica que exista un estado libre de cargas, como en el presente artículo queda patente tras la involuntaria fractura del provisional por parte del paciente.

La combinación de estos dos protocolos es ya rutina en la práctica clínica:

- Proporcionando función estética y fonética inmediatas.
- Preservando los tejidos óseos y blandos, y obteniendo en estos últimos una mejor arquitectura.
- Minimizando el número de cirugías y citas, evitando incluso la sutura en muchas cirugías, y por lo tanto, disminuyendo la morbilidad.



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

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

Presentación

Texto

- 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.
- Deberá acompañarse el texto escrito con un soporte informático conveniente (disquete, cd, dvd) con el texto en formato Word.

- Las páginas deben ir numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.
- La primera página contendrá el título del trabajo así como el nombre del autor o autores.
- La segunda contendrá un resumen estructurado (objetivos, material, método, resultados y conclusiones) no superior a las 200 palabras en castellano y euskera.
- El resto de páginas contendrán el artículo y la bibliografía según notaciones al uso.

Fotografías

- Las fotografías deberán presentarse en formato informático conveniente en archivos Tipo JPG y en la máxima resolución posible.
- 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.

ARTICULO CIENTIFICO

- d) Reduciendo el tiempo y los costes para nuestro paciente y para nosotros mismos.

Todo ello incrementa la satisfacción final de nuestro paciente.

Sin embargo, hay un aspecto sobre el que todavía se sigue debatiendo mucho, sobre todo si los requerimientos estéticos de nuestro paciente son máximos, o la línea de sonrisa media-alta: la PREDICTIBILIDAD a largo plazo del resultado obtenido.

El lograr un resultado estético óptimo cuando se reemplaza un único diente por un implante en la zona estética es un procedimiento muy demandado, ya que no se pueden aceptar defectos de hueso o tejido blando (16).

Si nuestro objetivo es lograr un resultado estético óptimo deberíamos considerar varios detalles:

a) realizar un diagnóstico preciso: la distancia desde el futuro punto de contacto de la prótesis al pico óseo papilar ha de ser de aproximadamente 5 mm(17,23,24,25). Si la distancia es mucho mayor es improbable que consigamos un resultado estético óptimo, aunque preservemos el hueso y los tejidos blandos. Ha quedado demostrado en numerosos estudios que es la distancia del punto de contacto a ese hueso interproximal lo que determina el resultado final, y no la distancia al hueso periimplantario, que debido a la reabsorción que se produce, siempre resultará mayor.

- b) en cuanto a la posición del implante:

1. Profundidad de la cabeza del implante: ha de estar 2-4 mm por debajo del margen gingival libre (24).
2. Posición buco-lingual: deberemos respetar al menos 2mm por vestibular del implante, para compensar la futura remodelación ósea que acaece tras la conexión del pilar (24), y que se cuantifica en 1.3-1.4 mm aproximadamente.
3. Dimensión mesio-distal: la distancia entre el implante y el diente debería ser al menos de 1,5 mm para evitar la reabsorción ósea y recesión de la papila, con el consiguiente desastre estético(24,25)

- c) en cuanto a la encía se refiere:

1. La longitud visible de la corona del implante tiende a aumentar durante el primer año en torno a 0,6 mm de media (17) o 0,7 mm a los dos años (18), debido a una merma del tejido blando.
2. La distancia de la punta de la papila al borde incisal tiende a decrecer en torno a 0,3 mm de media (17). Según Jemt, en un tiempo promedio de 1,7 años, la encía tiende a mejorar en un 80% de los casos y el 60% llegan a estar perfectas(19).
3. Si la distancia desde el punto de contacto es menor o igual a 5mm una papila rellena los puntos de contacto en todos los casos(20).
4. Para la presencia de la papila, el nivel del hueso en

el lado del diente, no en el lado del implante, es el factor determinante, como hemos citado anteriormente.

El hecho de que se deba esperar cierta merma de altura media gingival en el lado bucal del implante significa que las coronas implanto-soportadas deberían aparecer algo cortas en el momento de la inserción (0,5-0,7 mm). Por tanto, debe obtenerse quirúrgicamente un exceso de tejido blando(17).

Según algunos autores(17), cuando la estética es importante es aconsejable emplazar una prótesis temporal durante 6 meses antes de la corona definitiva. Es muy útil un pilar reajutable, por ejemplo, uno cerámico.

El presente artículo pretende ilustrar como la técnica de injerto en sobre (21) nos puede ayudar a incrementar la predictibilidad de nuestros tratamientos, no sólo cuando el tejido blando es escaso, sino incluso cuando no existen tales defectos .

Aunque representen un bajo nivel de evidencia, la presentación de casos y series representan con frecuencia la primera línea de evidencia. (14)

CASO CLÍNICO



Paciente de 48 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta referido por su odontólogo para sustituir el incisivo lateral fracturado, por un implante y su posterior rehabilitación protésica.

Le comentamos la necesidad de regenerar los tejidos blandos por vestibular del 12, pues de otro modo la rehabilitación protésica sería totalmente antiestética con una desproporción entre el ancho y el alto de la corona. El paciente nos refiere que en el anterior tratamiento se había eliminado parte de la encía con un bisturí eléctrico.

Tras el estudio radiográfico y el sondaje de los tejidos blandos observamos que efectivamente el defecto es de tejidos blandos y no de tejidos óseos.

ARTICULO CIENTIFICO

Radiografía panorámica inicial y vista en detalle.



Aspecto de la sonrisa: la línea de sonrisa es media, mostrando parte de la encía, con lo cual aumentan los requerimientos estéticos.



Vista frontal previa al tratamiento. Compárese el reborde gingival a nivel del 12 y 22.



Vista oclusal superior y vista en detalle durante la primera visita.



Vistas oclusal y vestibular el día de la cirugía: ya se ha fracturado totalmente la antigua restauración.



Una vez extraída la pieza, con sumo cuidado realizamos una incisión a espesor parcial introduciendo el bisturí entre la tabla ósea externa y el colgajo vestibular.



Observamos como a través del fino colgajo se adivina el instrumento.



Posición tridimensional del implante en el lugar correcto (implante Xive 3.8mm x 15 mm- Dentsply Friadent®)



MUY IMPORTANTE: no hemos sumergido el implante más de lo debido, por eso se ve el metal del cuello del implante. Lo que vamos a hacer es cubrirlo con un injerto de tejido conectivo para conseguir unas dimensiones proporcionadas de la corona. Si sumergimos demasiado

ARTICULO CIENTIFICO

el implante con el objetivo de evitar la regeneración de los tejidos blandos, incrementaremos a largo plazo la reabsorción del tejido óseo periimplantario, seguido por una inflamación y/o retracción de los tejidos blandos, esto con las consecuencias antiestéticas que conlleva.

El implante Xive (Dentsply Friadent®) nos permite usar su transportador como base para construir un provisional. Usamos para ello una corona de policarbonato que rellenamos con resina autopolimerizable y acabamos con un composite fluido que nos permite un mejor pulido en el laboratorio. Le damos a la corona provisional un perfil de emergencia suave y progresivo asegurándonos que no provoca isquemia en ningún punto, permitiendo así la cicatrización adecuada de los tejidos. La parte vestibular de la corona estará ligeramente subcontorneada pues es ahí donde descansará el injerto de conectivo. No debemos darle en este momento a la corona provisional una emergencia y torque similares a los del diente, pues esto dificultaría la integración del injerto, sobre todo en sentido vertical. Cuando el injerto esté totalmente maduro, tras dos meses de cicatrización, sí que podemos modificar el perfil de emergencia y torque de forma semejante al diente contralateral.

El resultado estético final de la prótesis dependerá en menor medida de la forma del provisional que de los tejidos de soporte. Es decir, siempre que tengamos tejido óseo y blando suficiente la forma del provisional será poco relevante en el resultado final, a no ser que cometamos algún error grave de subcontorneado o sobrecontorneado.



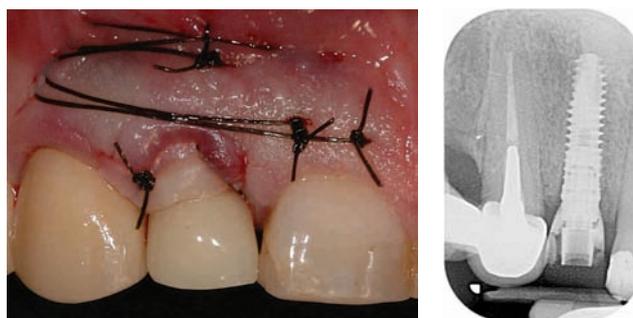
A los diez días el paciente aparece con el provisional fracturado debido a que masticó con ese diente. Es relativamente frecuente que, al encontrarse cómodo tras la cirugía, el paciente descuide el provisional y lo fracture. **La fractura del provisional nos va a permitir demostrar con este caso que la gestión del provisional y su forma no es determinante para obtener un resultado estético final óptimo.** Son los tejidos óseos y blandos los que determinan el resultado final.



Tras hablar con el paciente, y debido a que sus requerimientos estéticos no eran altos, decidimos deliberadamente mantener el transportador del implante con el provisional roto durante unas semanas para no interferir la cicatrización de los tejidos blandos. Se puede ver que el tejido conectivo esta ya vascularizado y sobrecorrigge de manera significativa el defecto de tejido blando previo. Usaremos como provisional una plancha Essix con un diente de acrílico en el lugar del 12, que retocamos para evitar la interferencia con tejidos blandos y transportador.



Inserción con ayuda de la sutura y unas pinzas del injerto del tejido de conectivo entre el colgajo vestibular y la tabla ósea externa al implante.



En este caso suturamos el injerto en su sitio con un punto suspensorio. Obsérvese el perfil de emergencia de la corona provisional: las pequeñas isletas radiopacas corresponden al composite fluido emplazado en las burbujas e imperfecciones que quedan tras aplicar el composite autopolimerizable.



Aspecto tras realizar la primera cirugía. Es muy importante el concepto de sobrecorrección de los tejidos blandos vestibulares al implante.

ARTICULO CIENTIFICO



Vente días después de la retirada de los puntos sustituimos el provisional fracturado por un transepitelial con su respectivo tornillo de cicatrización (diámetro 3.8mm).



Dos semanas después de la toma de impresión (fotografía de la izquierda) colocamos la corona definitiva: obsérvese la ligera isquemia en la encía vestibular. La fotografía de la derecha muestra el aspecto mejorado de las papilas y el descenso ligero de la encía, tan solo diez días después de la colocación de la corona definitiva. Observen cómo la encía, que tras el injerto es gruesa y vascularizada, se defiende de la agresión que supone la presión excesiva de la nueva prótesis y es capaz, tan sólo diez días después, de descender y adaptarse a la nueva situación. No hemos repuesto deliberadamente el provisional, ni hemos tenido especiales consideraciones a la hora de tomar la impresión, porque creíamos a los tejidos blandos preparados y sanos.



Tres meses después de la primera cirugía tomamos la impresión definitiva.



Distintas visiones de la prótesis definitiva en el modelo de trabajo.



No hemos realizado cirugía de alargamiento en el 11, pues el paciente no lo deseaba. Obsérvese el perfil rosa que marcan las encías de los seis dientes anteriores. Hemos mejorado considerablemente el aspecto estético de la prótesis definitiva debido a que hemos regenerado los tejidos blandos.



Un mes después la encía ha descendido, a pesar de que la prótesis no estaba subcontorneada y el perfil de emergencia es convexo.



Aspecto mejorado de las papilas tan solo un mes después del emplazamiento de la prótesis definitiva. Podemos observar todavía la cicatrización residual de la zona que corresponde al nuevo tejido regenerado.

ARTICULO CIENTIFICO

Obsérvese que el provisional inmediato se había fracturado y por lo tanto no pudo cumplir sus funciones de mantenimiento del soporte gingival. **Deliberadamente no hemos querido usar ni un solo provisional de transición hacia el resultado final.** Sin embargo, debido a que los tejidos óseos y blandos son adecuados en volumen y salud, la recuperación de las papilas tras el emplazamiento de la prótesis definitiva es muy rápida, consiguiendo al final el resultado deseado.

Obsérvese también que el ángulo de toma de la fotografía es perpendicular a la corona y por lo tanto no existe enmascaramiento de la papila. **No se ha realizado ni alargamiento de la corona adyacente ni se ha tomado la fotografía desde mesial o desde coronal con el objeto de no afectar para nada al resultado final.**

Veamos la evolución del caso:



En el momento de colocar la prótesis. Se aprecia la isquemia en la encía.



A los diez días



Al mes



A los dos años. La papila se ha perfilado y la encía ha descendido.



Dos años después.



Casi dos años después el aspecto de las papilas está mucho más perfilado y la encía ha descendido aún más. El tejido blando periimplantario se ha adaptado más a nuestra prótesis. El no haber usado ningún provisional, ni pilares de cerámica o zirconio en la prótesis definitiva, parece no haber afectado el resultado final.



Comparativa del antes y después.

CONCLUSIONES

El injerto de tejido conectivo en sobre es una técnica útil para incrementar el volumen de encía, aumentando así la predictibilidad de nuestros tratamientos, pues un exceso de tejidos blandos nos permitirá crear un perfil ideal de emergencia en nuestra prótesis definitiva, que va a "empujar" la encía hacia arriba y recesionarla en parte, con las siguientes ventajas:



ARTICULO CIENTIFICO

1 - PREDICTIBILIDAD

Aumento de la predictibilidad, es decir ,lograr el resultado estético óptimo con un mayor índice de posibilidades pues disponemos de cantidad suficiente de tejidos blandos.

2 - SALUD

Previene futuras recesiones de la encía vestibular. La encía, tras el injerto, es más gruesa, más vascularizada y está mejor preparada para soportar microtraumatismos por higiene. Asimismo, la situación es más favorable con vista a preservar los tejidos óseos adyacentes.

3 - ESTÉTICA

La encía es más gruesa y, por tanto, menos translúcida, lo que evita el efecto grisáceo en caso de no utilizar pilares cerámicos o de zirconio.

4 -ECONOMÍA

Esto último redunda también en menor coste de la prótesis definitiva. Pero no sólo eso, sino que no tendremos que usar múltiples provisionales, ni malgastar horas en clínica modificando esos provisionales para preservar o evitar la recesión de los tejidos blandos.

Los tejidos blandos, siempre que estén soportados por el tejido óseo papilar y sean de calidad se adaptarán rápidamente a la nueva situación de emergencia de la prótesis. Por supuesto, esto implica un perfil de emergencia proporcionado y no exagerado. ■

Correspondencia:

Dr. Ramón Gómez Meda
Avda. Pérez Colino 13 2ºB
24400 Ponferrada (León)
e-mail: formacion@cogomezmeda.com

BIBLIOGRAFÍA

1-Dahlin C, Andersson L, Linde A. Membrane induced bone augmentation at titanium implants. A report of ten fixtures followed from 1 to 3 years after loading. Int J Periodontics Restorative Dent 1991;11:273-281.

2-Becker W, Dahlin C, Becker B, Lekholm U, van Steenberghe D, Higuchi K, Kultje C. The use of e-PTFE barrier membranes for bone promotion around titanium implants placed into extraction sockets: A retrospective multicenter study. Int J Oral Maxillofac Implants 1994;9:31-40.

3-Langer B, Calagna L. The subepithelial connective tissue graft. J Prosthet Dent 1980;44:363-367.

4- Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. Compend Contin Educ Gen Dent 1981;2:212-222

5- Adell R, Lekholm U, Rockler B, Branemark P. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg 1981;10:387-416.

6-Covani U, Crespi R, Cornellini R, Barone A. Immediate implants supporting single crown restoration: A 4-year prospective study. J Periodontol 2004;75:982-988.

7-Covani U, Cornellini R, Barone A. A Bucco-lingual bone remodeling around implants placed into immediate extraction sockets: A case series. J Periodontol 2003;74:268-273.

8- Lazzara R. Immediate implant placement into extraction sites: Surgical and restorative advantages. Int J Periodontics Restorative Dent 1989;9:332-343.

9-Werbit M, Goldberg P. The immediate implant: Bone preservation and bone regeneration. Int J Periodontics Restorative Dent 1992;12:206-217.

10-Carlsson G, Persson G. Morphologic changes of the mandible after extraction and wearing of dentures. Odontolo Rev 1967;18:27-54.

11-Ferrara A, Galli C, Mauro G, Macaluso GM. Restauración provisional inmediata de implantes unitarios postextracción en la arcada superior. Rev Int Odon Res Perio 2006;10:378-385.

12- Smidt A. Esthetic provisional replacement of a single anterior tooth during the implant healing phase. J Prosthet Dent 2002;87:598-602.

13- Chaushu G, Chaushu S, Tzohar A, Dayan D. Immediate loading of single-tooth implants: Immediate versus non-immediate implantation. A clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 2001;16:267-272.

14-Lazzara R, Testori T, Meltzer A, et al. Immediate occlusal loading (IOL) of dental implants: Predictable results through DIEM guidelines. Pract Proced Aesthet Dent 2004;16(4):3-15.

15-Cornellini R, Scarano A, Covani U, Petrone G, Piattelli A. Immediate one-stage postextraction implant: A human clinical and histologic case report. Int J Oral Maxillofac Implants 2000;15:432-437.

16-Grunder U, Spielmann HP, Gaberthüel T. Implant-supported single tooth replacement in the aesthetic region: A complex challenge. Pract Periodontics Aesthet Dent 1996;8:830-842.

17-Grunder U. Stability of the mucosal topography around single-tooth implants and adjacent teeth: 1-year results. Int J Periodontics Restorative Dent 2000;20:11-17.

18-Bengazi F, Wennström JL, Lekholm U. Recession of the soft tissue margin at oral implants. Clin Oral Implants Res 1996 ;7 :303-310.

19-Jemt T. Regeneration of the gingival papillae after single-implant treatment. Int J Periodontics Restorative Dent 1997 ;17 :327-333.

20-Tarnow DP, Wagner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence of the interproximal dental papilla. J Periodontol 1992 ;63 :955-996.

21-Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the envelope technique. J Periodontol 1985;56:397-402.

22-Jenicek M. Clinical Case Reporting in Evidence-Based Medicine. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1999.

23-Salama H, Salama MA, Garber D, Adar P. The interproximal height of bone: A guide-post to predictable aesthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. Pract Periodontics Aesthet Dent 1998;10:1131-1141.

24-Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. Int J Periodontics Restorative Dent 2005;25:113-119.

25- Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. J Periodontol 2007;71:546-549. ■

ARTICULOS CIENTIFICOS

RESUMENES

Journal of Oral and Maxillofacial Surgery

Volume 66, Issue 2, February 2008, Pages 223-230

*Outcomes of Placing Dental Implants in Patients Taking Oral Bisphosphonates: A Review of 115 Cases***Bao-Thy Grant DDS¹ aff1, Christopher Amenedo DDS², Katherine Freeman DrPH³ and Richard A. Kraut DDS⁴, cor1 cor1,**

mailto:rkraut@montefiore.orgmailto:rkraut@montefiore.org

¹Attending, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, Bronx, NY.²Professor, Department of Epidemiology and Population Health, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, Bronx, NY.

Chief Resident, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, Bronx, NY.

³Chairman of Department of Dentistry, Director of Oral and Maxillofacial Surgery, and Professor, Albert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, Bronx, NY. Available online 14 January 2008.**RESULTADOS DE LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES DENTALES EN PACIENTES TRATADOS CON BIFOSFONATOS ORALES. REVISIÓN DE 115 CASOS****PROPÓSITO**

En los años recientes han aparecido numerosos casos de osteonecrosis de mandíbula asociado a la toma de bifosfonatos tanto en los casos de terapia oral como intravenosa.

Como consecuencia, los fabricantes de fármacos y la administración estadounidense de fármacos y alimentación han alertado sobre la posible osteonecrosis de la mandíbula asociada a los bifosfonatos. La asociación dental americana y la asociación americana de cirugía oral y maxilofacial han elaborado listas para formular líneas de tratamiento. Ambas listas diferencian entre pacientes que han recibido bifosfonatos intravenosos y los que los han recibido por vía oral. Sin embargo, las recomendaciones se han basado en datos limitados, especialmente en lo que se refiere a los pacientes que toman bifosfonatos orales. Nosotros queremos averiguar cuantas de las necrosis asociadas a los bifosfonatos han ocurrido en nuestros pacientes con implantes orales. Nosotros queremos también determinar si hay alguna indicación para que la terapia con bifosfonatos afecte al éxito completo de los implantes como definió Albrektsson y Zarb.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se identificaron 1319 pacientes (mujeres) sobre la edad de 40 años a los cuales se les colocó implantes dentales en el centro médico montefiore entre enero de 1998 y diciembre de 2006. Se realizó una inspección de los 1319 pacientes par ver quien había sido sometido a terapia con bifosfonatos. Se encontraron 458 pacientes, de los cuales 115 habían tomado bifosfonatos por vía oral. Ninguno había recibido bifosfonatos intravenosos. Los 115 pacientes fueron informados sobre el riesgo de radionecrosis la la mandíbula asociada a los bifosfonatos. 72 pacientes volvieron a la clínica para un seguimiento clínico y una evaluación radiológica.

RESULTADOS

Se colocaron un total de 468 implantes en esos 115 pacientes que habían recibido bifosfonatos orales. No hubo evidencia de osteonecrosis de la mandíbula en ninguno de los pacientes evaluados en clínica y además éstos contactaron por teléfono o vía e-mail para confirmar que no presentaban síntomas. La proporción de éxito de los implantes fue comparable tanto para los pacientes que tomaron bifosfonatos orales como para los que no recibieron terapia oral.

CONCLUSIONES

La línea de tratamiento para los pacientes que han sido tratados con bifosfonatos intravenosos podría ser diferente que para los que toman bifosfonatos orales. En este estudio la terapia oral no parece afectar significativamente al éxito de los implantes. La cirugía implantológica en pacientes tratados con bifosfonatos orales no derivó en una osteonecrosis de la mandíbula. Sin embargo, existen suficientes evidencias que sugieren que todos los pacientes tratados con implantes podrían ser interrogados sobre la terapia con bifosfonatos incluyendo la toma del fármaco, la dosificación y la longitud del tratamiento previo a la cirugía. En aquellos pacientes con una historia de tratamiento con bifosfonatos orales superior a 3 años y con un tratamiento concomitante con prednisona, deberían considerarse opciones de tratamiento alternativas y test adicionales

CLIN ORAL IMPLANT RES. 2008 FEBRERO.*In patient comparison of immediate and conventional loaded implants in mandibular molar sites within 12 months.*

Baris Guncu M. Aslan Y, Tumer C, Guncu GN, Uysal s.

Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Hacettepe university, Ankara, Turkey.

COMPARACION ENTRE LA CARGA INMEDIATA Y LA CONVENCIONAL EN IMPLANTES MOLARES MANDIBLARES**OBJETIVOS:**

El objeto de este estudio clínico prospectivo era evaluar los resultados clínicos obtenidos con implantes dentales colocados a nivel de molares inferiores con función inmediata comparándolos con otro grupo en el que se siguió el protocolo tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

24 implantes se colocaron en 12 pacientes que tenían pérdida bilateral de los primeros molares mandibulares. Un lado se restauró mediante carga inmediata (CI) y el otro con carga convencional (CC). Durante el periodo de estudio de 12 meses se tomaron medidas de Análisis de la Frecuencia de Resonancia, se realizaron radiografías para ver el nivel del hueso marginal y se evaluó el estado de la encía alrededor de los implantes.

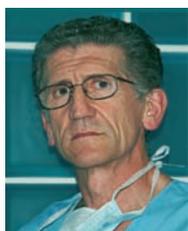
RESULTADOS:

Durante el periodo de seguimiento solo se perdió un implante en el grupo de CI. La media del ISQ fue de 74,18+/-5,72 y 75,18+/-3,51 para los grupos de CC y CI respectivamente, en el momento de la cirugía y de 75,36+/-5,88 y 75,64+/-4,84 respectivamente a los 12 meses. La diferencia no resulta estadísticamente significativa entre los dos grupos en el periodo de 12 meses de estudio. Cuando los parámetros periimplantarios se evaluaron se observó una excelente salud periimplantar y una pérdida ósea periimplantar de menos de 1 mm en todos los casos durante el primer año.

CONCLUSIONES:

En este estudio la CI no afectó negativamente a la estabilidad de los implantes ni a la salud periimplantaria ni a los niveles de hueso marginal comparándolos con los implantes con CC.

ANTROPOLOGIA



Hoy vamos a comenzar con un tema sencillo y a la vez muy práctico : **Germen dentario**.

Dejaremos muchas cosas en el tintero, pues es de suponer que como profesionales del diente, tenemos conocimientos suficientes del tema, y solo nos interesan los detalles específicos para su aplicación en temas de antropología física.

En el recorrido que va desde la **concepción—nacimiento—vida—muerte**, de un individuo; la aparición de los **gérmenes dentarios**, va desde los **4 meses** de la concepción, hasta los **21 años** de la vida extrauterina . Es decir, el diente es el **“órgano embrionario”** humano que mas tarda en acabar su formación.

Todos sabemos lo que es un germen, pero sin ánimo de ofender a nadie, este es el momento en que debemos dejar claro qué entendemos por **germen dentario**.

El desarrollo de un diente pasa por una serie de etapas. Una de ellas va desde que empiezan a **mineralizarse** las **cúspides** hasta que se **cierra** el **ápice**. En antropología física solo consideramos como germen cualquier diente que esté comprendido en esta etapa de **mineralización**. **Sí**, antes de esta etapa también es **germen**, tienes toda la razón, pero por desgracia, a nosotros solo nos llega el germen en esta etapa, sin partes blandas, por lo que a efectos prácticos de trabajo solo consideramos en antropología física como germen esta etapa de desarrollo del diente.

Durante esta etapa que comprende desde el inicio de la calcificación del borde incisal del incisivo central superior deciduo, hasta el cierre del ápice del tercer molar inferior, los gérmenes dentarios van a **“sufrir”** y van a **“registrar”** cualquier **“estrés”** que sufra el individuo, o su **“detención”** por muerte del mismo. Una auténtica **“caja negra”**.

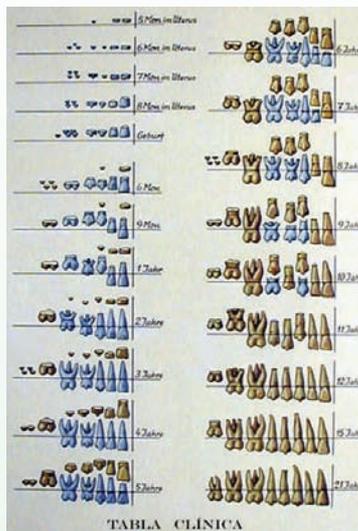
La **“cicatriz”** que **“registre”** el germen, lo dejamos para cuando estudiemos el diente, aquí solo vamos a considerar su **“detención”**, que nos dará la **edad de muerte** del individuo.

Así dicho, parece un dato casi **banal** para un profano, pero para nosotros es **muy importante**, tanto para la identificación de un individuo, como para un estudio poblacional (un ejemplo práctico: en estos momentos se está trabajando en la actualización de las **“tablas”** de gérmenes dentarios a nivel nacional, pues en estos momentos han sido desplazadas por las **“tablas”** de calcificación de los huesos de la **muñeca**, para determinar **judicialmente** la edad de los menores **sin papeles** y así en nombre de unos valores o no se sabe qué, puedan ser expulsados del paraíso democrático).

Bueno, ahora un poco serios, las **“tablas”** de desarrollo de los dientes según la edad mas aceptadas a nivel internacional, e incluso en la península ibérica a nivel **judicial**, son las del americano **Douglas Ubelaker**. También están las tablas de **Nolla**, y las de **Berkovitz**, pero estas tienen menos aceptación. FOTO-1.

Dr. Claudio Albisu

Germen dentario.



Esta vez el apartado : **CUAL ES TU OPINIÓN**. Es facilita. Cual de los dos es un germen dentario. Solo tienes que decir derecha o izquierda. **FOTO-2**.

Para los que quieran nota, está la FOTO-3, no pido diagnóstico, aunque los listos lo puedan hacer, vale para nota solo hacer una hipótesis de trabajo.

FOTO-2.



FOTO-3.

Diagnóstico del caso del número anterior:
Lesiones con defecto de esmalte en la cara vestibular de las piezas 11, 21 y 22. Fondo con tinción amarillenta. El 21 tiene la tinción que se prolonga por la superficie vestibular sin lesión de la superficie del esmalte.
Claves: El 12 no tiene lesión.
Los defectos de esmalte, no guardan un patrón común. Las tinciones de las piezas son similares.
Diagnóstico : Lesión traumática de la superficie del esmalte y posterior tinción producida antes de la erupción de las piezas dentarias 11, 21 y 22.

NOTAS DE PRENSA

DIVERSAS RAZONES PARA CONTRATAR EL SEGURO DE AUTOMÓVIL DE A.M.A.

- Por la gran experiencia de la entidad en la gestión de dicho seguro que comercializa desde la creación de la Mutua, hace ya más de cuarenta años.
- Por el trato personalizado que a través de sus setenta oficinas distribuidas por todo el territorio nacional ofrece a sus mutualistas.
- Por la filosofía de servicio al mutualista que rige la actuación de todo el personal de la Mutua.
- Por la seguridad que ofrece un colectivo homogéneo.
- Porque la póliza cuenta con cuatro modalidades de contratación diferentes para automóviles, además de las modalidades para motocicletas, ciclomotores, quads, remolques y caravanas.
- Porque con cualquier modalidad se puede contratar la cobertura específica para el caso de pérdida de vigencia del permiso de conducir por pérdida de puntos.
- Porque con las modalidades básica y media puede contratar la garantía de vehículo de sustitución en caso de inmovilización del vehículo asegurado por accidente de circulación, garantía que ya incorpora como básica la modalidad de excelencia.
- Porque existe libertad de elección de taller.
- Porque todas las modalidades incorporan protección jurídica, proporcionada por profesionales altamente cualificados y a los que se ha transmitido la misma filosofía de servicio al mutualista que dirige la actuación de la Mutua.
- Porque todas las modalidades incorporan asistencia en viaje de primera calidad, con o sin vehículo, que en el caso de la modalidad de excelencia está ampliamente mejorada.
- Porque se puede dar un único parte para reparar daños de aparcamiento causados en diferentes momentos, con el beneficio que ello supone para la aplicación del sistema bonus-malus.
- Por la seriedad de la entidad en sus relaciones con los proveedores que hace que nuestros mutualistas sean tratados por ellos con el esmero que se merecen.
- Por estas y por muchas razones más queremos contar con todos los profesionales sanitarios entre nuestros mutualistas. La fidelidad de los que integran la Mutua avalan su buen hacer.

Congreso Médico Internacional de Estética Integral

DISCIPLINAS: •Cirugía Plástica, Reparadora y Estética •Estética Dental y Maxilofacial •Dermatología •Medicina Estética •Cirugía Vascular y Angiología •Endocrinología y Nutrición •Farmacia

Estética Dental y Maxilofacial

Director: Dr. Manuel Gómez

Programa Preliminar Simposio

Contenido I
Restauraciones de composite. Inestaciones y coronas de cerámica. Tecnología CAD-CAM. Carillas de porcelana. Procedimientos clínicos, paso a paso. Requerimientos protésicos de laboratorio. Cirugía maxilofacial y estética. Procedimientos con láser.

Contenido II
Tendencias actuales en la cobertura de recesiones gingivales. Manejos de tejidos blandos y elaboración de prótesis provisionales sobre dientes e implantes. Prótesis fijas frente a implantes en el sector anterior. Carga inmediata sobre implantes guiada por ordenador. Últimas tecnologías para conseguir un excelente resultado estético.

Contenido III
Curso de Estética Dental.

Contenido IV
Curso de Higienistas y Auxiliares Dentales.

Ponentes (lista preliminar)
Dr. Adolf, Dario (Brasil)
Dra. Aichinger, Claudia (Austria)
Dr. Anitua, Eduardo (España)
Dr. Benet, Francisco (España)
D. Braumwarth, Jürgen (Alemania)
Dr. Cabeza, Luis (España)
Dra. Calvo, Adriana (España)
Dra. Campos, Laura (España)
Dr. Chiche, Gerard J. (EE. UU.)
Dr. Cueto, Manuel (España)
Dra. Curto, Charo (España)
Dr. España, Antonio (España)
Dr. Fahl, Newton (Brasil)
Dr. Gámborena, Iñaki (España)
Dr. Hernández Alfaro, Federico (España)
Dr. Martín, Domingo (España)
Dra. Martín Velázquez, Ana (España)
Dr. Osorio, Julián (EE. UU.)
Dr. Rojas Vízcaya, Fernando (EE. UU.)
Dr. Ruiz, Jose Luis (EE. UU.)
Dr. Saadoun, André (Francia)
Dr. Salama, Maurice (EE. UU.)
Dr. Stanford, Clark (EE. UU.)

BILBAO . 20 - 23 junio de 2008
PALACIO EUSKALDUNA

FIBELL
Feria Integral de la Belleza
Integrated Beauty Exhibition

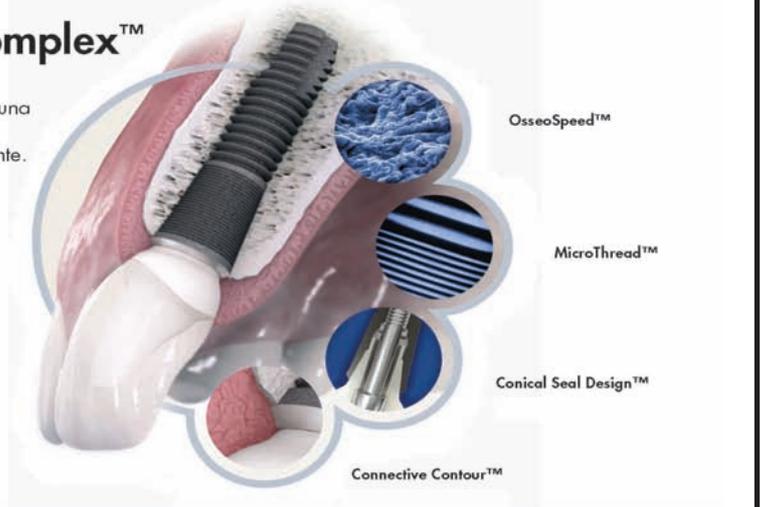
Tel: +34 94 435 66 44 - Fax: +34 94 435 66 95 - email: info@fibell.com

www.fibell.com

Astra Tech BioManagement Complex™

El éxito de un sistema de implantes no depende únicamente de una sola característica. Igual que en la naturaleza, tiene que haber diferentes cualidades interdependientes trabajando conjuntamente. La combinación de las siguientes características sólo la encontrará en Astra Tech:

- **OsseoSpeed™**: más hueso, más rápido
- **MicroThread™**: estimulación biomecánica del hueso
- **Conical Seal Design™**: ajuste fuerte y estable
- **Connective Contour™**: aumento del área y del volumen de tejido blando



SEGURO MULTIRRIESGO DE ACCIDENTES



*El seguro que garantiza
tu tranquilidad
y la de los que más quieres*

*A.M.A. pone a tu disposición un seguro de
accidentes con múltiples garantías a unos precios
excepcionales.*

todo son ventajas...

Compatible con capitales asegurados en
otros seguros

Sin necesidad de reconocimiento médico

Válido en el mundo entero



*Deja en nuestras manos tu seguro,
y tú preocúpate solo de disfrutar*

40 años asegurando a los profesionales sanitarios



Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

• A.M.A. San Sebastián **943 424 309**
Pº de la Concha, 17 ; Bajo 20007 SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa)

sansebastian@amaseguros.com

• A través de internet: **www.amaseguros.com**

ESCAPADA FIN DE SEMANA

POBRA DO CARAMIÑAL

Situación y comunicaciones

El término municipal de Pobra do Caramiñal ocupa parte de la orilla occidental de la ría de Arousa, entre Boiro al norte y Ribeira al sur. La sierra de Barbanza le sirve de límite con el municipio de Porto do Son. La carretera C-550, que recorre todo el litoral de las Rías Baixas desde Cee a Tui, atraviesa la capital en su tramo de Padrón a Ribeira. Por esta ruta la distancia a Padrón es de 34 kilómetros, y a Santiago, de 55 kilómetros. Entre la red municipal de carreteras y caminos rurales podemos señalar la LC-302, por la que se inicia la pintoresca subida hasta los miradores de A Curotiña y A Curota, y la que contornea la península de Xobre, con innumerables ramificaciones y accesos a las principales playas. En el relieve del término municipal de Pobra do Caramiñal se distinguen claramente dos zonas. La interior pertenece a las precipitadas laderas surorientales de la sierra de Barbanza; su aspereza de formas contrasta con la suavidad de las zonas de ribeira que baña el mar de Arousa. La península de Xobre tiene un litoral muy accidentado con continua alternancia de costa rocosa y pequeñas calas arenosas. Entre ellas se pueden destacar las de Cabío, Barca, Lombiña, Laxe y Corna (o Esteiro, que comparte con el término de Ribeira).

Lugares naturales

Aunque todo el paisaje del municipio es de carácter pintoresco, podríamos distinguir algunos lugares de especial interés. Citaremos en primer lugar el mirador del monte A Curota (514 metros), desde donde se obtiene la mejor vista



panorámica de la costa gallega: ha merecido la máxima calificación de tres estrellas en la exigente guía turística Michelin. Antes de llegar al mirador en sí, en el alto de A Curotiña (368 metros) un monumento a Valle Inclán invita a detenerse. A Curota es punto de partida para excursiones por la sierra. Desde el antiguo poblado de Aldeavella, en la parroquia de Lesón, se puede hacer un interesante paseo hasta el puente de la Misarela, llamado así por el nombre de un monasterio cuyos últimos vestigios desaparecieron el siglo pasado.

La zona montañosa se distingue por su gran desnivel, ya que en apenas cinco kilómetros lineales desciende desde alturas como el Barbanza (656 metros) y Os Forcados (618 metros) hasta ras de mar. La vegetación autóctona ha desaparecido y ha sido sustituida por la repoblación de pino y eucalipto, en gran parte degenerada por los incendios forestales. Desde la sierra bajan los principales cursos de agua, de escaso recorrido y regular caudal. Entre ellos destacan los ríos de San Antonio (que baja desde A Curotiña), el Pedras (con su afluente el Barbanza, que origina el principal tajo en esta parte de la sierra) y el Lérez (que nace en el vecino término municipal de Boiro).

Donde alojarse

Casa Rural "Entre os Ríos". En la subida a la Curota se encuentra este idílico lugar sumergido en plena naturaleza. La vegetación mezclada con el color y sonidos del río hacen de él un lugar ideal tanto para relajarse como para constituir el punto de partida a las obligadas excursiones que su ubicación ofrece. Tfnos. reservas: 981878459 607817876



Donde comer

"Restaurante O Lagar" En el mismo centro de Pobra se debe disfrutar de la calidad extraordinaria de los productos de la zona. En esta cuna de la gastronomía podemos optar por los más tradicionales platos con la base de mariscos de la Ría, pescados y carnes o una exquisita cocina de elaboración vanguardista. También nos encontraremos con una amplísima carta de vinos siendo recomendable dejarse orientar por el responsable del comedor Don Pablo Pouso en cuanto a la elección de los mismos. La atención y el servicio son inmejorables haciendo que el cliente se sienta como en su propia casa. Un templo para los que rinden culto al buen comer y al buen beber. Tfno. 981830037 - www.restaurantelagar.com

RINCON DEL VINO

MOUCHIÑO

Bodega: Adegas Rivera, S.L.
 Año de fundación: 1886
 web: ww.adegasrivera.com
 Región: D.O. Ribeiro
 Cosecha: 2007
 Tipo: Blanco joven
 Variedades: Treixadura, Torrontés y Albariño
 Grado alcohólico: 12°
 Consumo óptimo: 2008 a 2010
 Precio: 4,50 eur

Fermentación de temperatura controlada en frío en depósitos de acero inoxidable. Color amarillo pajizo con borde verdoso. En nariz es fresco, afrutado y con agradables notas de hierba fresca. En boca es sabroso, fácil de beber, muy equilibrado, rico en matices y genuino. Despierta el paladar con su impactante sabor afrutado y frescura sorprendente.





IMQ Odontólogos

¿qué es
lo que
buscas
para tu
salud?

En IMQ tenemos lo que buscas: **IMQ Odontólogos, cobertura sanitaria a medida y a precios exclusivos.**

Disfruta de las ventajas de la medicina privada para ti y tu familia: libre elección entre un amplio y prestigioso cuadro médico, sin listas de espera, amplios horarios de consulta, tecnología médica de vanguardia, cobertura nacional e internacional...

Desde **37,44 €/persona/mes. Exclusivo Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Gipuzkoa.**

Sin periodos de carencia generales si te das de alta antes del 30-06-08*.



Información y contratación:
943 32 21 00
donostia@imq.es
Ramón M^a Lili, 3-4 Donostia


Tu seguro médico