

EL DENTISTA

del Siglo XXI

www.dentistasiglo21.com

Nº 107 | ABRIL 2021



J. ANTONIO GASCÓN

Médico Estomatólogo, profesor de anatomía y violinista

"A los 12 años yo era el masajista del equipo del balompié local. El entrenador era Félix Omeñaca Jiménez, un hombre excepcional, que me enseñó a dar masajes"



DR. Alejandro Encinas Bascones:
"La visión global otorga al cirujano maxilofacial con doble titulación una mayor capacidad diagnóstica y terapéutica"



La Comisión de Especialidades analiza el nuevo Proyecto de Real Decreto de especialidades en Ciencias de la Salud

En este número...

EN PORTADA



18| J. Antonio Gascón

"A los 12 años yo era el masajista del equipo del balompié local. El entrenador era Félix Omeñaca Jiménez, un hombre excepcional, que me enseñó a dar masajes. Yo quería, cuando fuera mayor, ser médico como él."



EDITORIAL

3| Los mentideros de Madrid

ACTUALIDAD

4| Dr. Alejandro Encinas Bascones: "La visión global otorga al cirujano maxilofacial con doble titulación una mayor capacidad diagnóstica y terapéutica"

5| El Dr. Miguel Roig acerca las innovaciones tecnológicas en el ámbito dental en el marco de la campaña #TecnologiaparaVivir

6| Dra. Elena Cabrera (3M): "Es impensable que el odontólogo no esté vinculado a la formación continuada"

8| Dr. Manuel Toledano: "La regeneración del complejo dentino-pulpar capitaliza la totalidad de las investigaciones con células madre en odontología restauradora"

10| Dr. David Herrera: "Poder detectar una diabetes no diagnosticada en la consulta dental sería muy relevante para la salud pública"

12| Helen Tomlinson (GSK Consumer Healthcare): "Es fundamental dedicar recursos a la labor formativa para aumentar la educación en salud"

SALUD

14| La periodontitis y una deficiente higiene bucal pueden favorecer el agravamiento del Covid-19, según estudios epidemiológicos

15| El 61% de los pacientes con depresión manifiesta tener dolor dental y el 50% considera que tiene mala salud oral

16| Investigadores observan que las bacterias que causan periodontitis se transmiten de padres a hijos

17| Más del 59% de la población de entre 35 y 44 años necesita algún tipo de prótesis dental

VIDA COLEGIAL

18| La Comisión de Especialidades analiza el nuevo Proyecto de Real Decreto de especialidades en Ciencias de la Salud

18| Los profesionales sanitarios reclaman impulsar un nuevo pacto de Estado por la sanidad

HISTORIA

24| Los españoles olvidados en la exploración del Septentrion Novohispano: La exploración de Alaska (2) por José Antonio Crespo-Francés

30| Personajes militares del callejero de Madrid Diego de León, la primera lanza de España por Juan M^a Silvela Millans del Bosch

CULTURA

34| Mitología para médicos (XI) por Roberto Pelta

36| Epónimos en Enfermedades raras. Breve semblanza de sus descubridores por Francisco Javier Barbado

La dirección de la revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por nuestros colaboradores

DESTINOS

42| Sicilia, crisol de culturas (IV) por Antonio Bascones

CINE

45| Película "Message from the King" por Cibela



Sicilia, crisol de culturas. Por Antonio Bascones

Erice, un pueblo medieval perdido en la historia y escondido entre las nubes



Editor

Antonio Bascones Martínez

Redactor Jefe

Juan Pablo Ramírez

Redacción y colaboradores

Luis de Haro, Pablo Malo, Victoria Guillén, Gema Maldonado, Cristina Cebrián, Valeria Soria, Ana González-Besada.

Consejo Editorial

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria general de Fenin

Rafael Martín Granizo

Cirujano maxilofacial. Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Honorio Bando

Académico Correspondiente de las Reales Academias Nacionales de Farmacia y Legislación y Jurisprudencia

Helga Mediavilla Ibáñez

Directora de Psicodent

Juan Blanco Carrión

Profesor titular de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago

Florencio Monje Gil

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del H. U. Infanta Cristina de Badajoz

Alejandro de Blas Carbonero

Presidente del Colegio de Dentistas de Segovia

Agustín Moreda Frutos

Presidente del Colegio de Dentistas de la VIII Región

José Luis Navarro Majó

Josep María Casanellas Basols

Presidente de la Societat Catalana d'Odontologia i Estomatologia

Oscar Pezonaga Gorostidi

Presidente del Colegio de Dentistas de Navarra

Juan Antonio Casero Nieto

Presidente de la Junta Provincial de Ciudad Real

Jaime del Río Highsmith

Catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid

Antonio Castaño Seiquer

Presidente de la Fundación Odontología Social

Juan Miguel Rodríguez Zafra

Odonólogo. Atención Primaria (SESCAM)

Alejandro Encinas Bascones

Cirujano Maxilofacial

Manuel María Romero Ruiz

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

Manuel Fernández Domínguez

Director del Departamento de Odontología de la Universidad San Pablo CEU de Madrid

Felipe Sáez Castillo

Director médico del Grupo Amneta

José Luis Gutiérrez Pérez

Profesor titular de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla

José María Suárez Quintanilla

Presidente del Colegio de Odonólogos y Estomatólogos de A Coruña

Beatriz Lahoz Fernández

Vicepresidenta del Colegio de Dentistas de Navarra

Mario Utrilla Trinidad

Presidente del Consejo Médico del Hospital de Madrid

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario



EDICIONES AVANCES

Maquetación

Pablo Malo

Fotomecánica e impresión:

Gráficas 82, S.L.

Publicidad

Directora de publicidad

María Vargas

Email: info@dentistasiglo21.com

Móvil: 680 398 296

© 2014 Ediciones Avances

Médico Dentales, SL

C/ Boix y Morer, 6 - 1.º

28003 Madrid

Tel.: 915 33 42 12

Fax: 915 34 58 60

@avancesarrakis.es

Tarifa ordinaria anual: 110€

Tarifa instituciones anual: 110€

Ejemplar suelto: 10€

Ejemplar atrasado: 10€

S.V.: 24/09-R-CM

ISSN: 1889-668X

D.L.: M-27.600-2009



DESDE MI VENTANA

Por Antonio Bascones

Los mentideros de Madrid

Los mentideros fueron en el siglo XVII y siguientes, lugar de conocimiento, comentarios y chismorro al que los madrileños eran muy aficionados. Una suerte de periodismo oral, por el que las gentes desocupadas, se informaban de lo más importante que se perfilaba en la sociedad. La rumorología era el deporte nacional, centrado en la capital de España.

Unos enclaves donde los pobladores de la capital se reunían para comentar, recibir información y trasladarla en la medida en que parte era verdad y parte inventada. Los asistentes, eran en su mayoría, gentes del pueblo que querían informarse y colaborar en la vida social de Madrid. A ellas, también acudían, intelectuales con el objeto de entablar conversación directa con el pueblo al que transmitían la información que tenían.

Había personas que hacían su recorrido por los más importantes que eran las Gradas de San Felipe, el Mentidero de Representantes y las Losas de Palacio. El primero era el más importante y estaba situado en el Convento de San Felipe el Real, al comienzo de la calle Mayor. A él acudían los soldados del Tercio de Flandes y ya en el siglo XVIII, el pueblo ávido de noticias frescas que transmitirían a su familia al llegar a su casa.

Este Convento se encontraba entre las calles de Esparteros, del Correo y calle Mayor y se localizaba a un nivel más alto al que se accedía por unas escaleras. De aquí el nombre de las Gradas de San Felipe. La calle Mayor era un lugar de paseo de los madrileños por lo que era fácil encontrarse con la persona adecuada que podía dar la información. Las gradas, un lugar inmejorable para ver el espectáculo de los viandantes, servían de lugar preciso para este objetivo.

Otro mentidero importante era el de los Representantes o Comedian-

tes, en la calle del León, en el barrio de las letras y de las Artes. Asistían en su mayor parte las gentes relacionadas con el teatro y los literatos.

Los nombres de Quevedo, Espronceda, Zorrilla, Tirso, Larra, Góngora y Lope de Vega eran un acicate para estas reuniones. Todos vivieron allí junto a actrices famosas. Al lado de la plazuela del Mentidero vivió Miguel de Cervantes

Las Losas de Palacio se situaban en la parte delantera del Real Alcázar y a él acudían las personas relacionadas con los favores de la corte con el objetivo de obtener favores y prebendas. Un lugar interesante, además, para ver salir las carrozas de los Reyes.

En la iglesia de San Ginés hubo otro mentidero. Allí se casó Lope de Vega con Isabel de Urbina y fue bautizado Quevedo. Un lugar, en la calle del Arenal, al que acudía el pueblo ansioso de noticias.

Uno de los deportes más frecuentes era el paseo de un mentidero a otro, con el fin de recabar la mayor parte de la información. Este periodismo oral era utilizado por muchas personas que recibían y daban datos e informaciones, muchas veces sin contrastar lo que hacía que, a veces, unas opiniones vertidas sin un criterio formado, se transformaran en situaciones especialmente conflictivas. Las noticias reales se mezclaban con los rumores, cotilleos y calumnias. La rumorología estaba de fiesta.

Antonio Bascones

Catedrático de la UCM

Presidente de la Real Academia

de Doctores de España

Académico Correspondiente

de la Academia Nacional de Medicina.

DR. ALEJANDRO ENCINAS BASCONES: "LA VISIÓN GLOBAL OTORGA AL CIRUJANO MAXILOFACIAL CON DOBLE TITULACIÓN UNA MAYOR CAPACIDAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA"

Cirujano maxilofacial y doctor en medicina

El Dr. Alejandro Encinas Bascones, cirujano maxilofacial y doctor en medicina, señala que su especialidad se ha visto especialmente afectada por la pandemia. Asimismo, recuerda que son los únicos especialistas médicos formados en un área corporal exclusivamente y destaca la ayuda de la tecnología y la industria farmacéutica en los avances en cirugía maxilofacial. "La medicina personalizada es ya una realidad en nuestra especialidad. En el campo de la cirugía ortognática, la planificación virtual permite crear material de osteosíntesis personalizado y adaptado a la anatomía de cada paciente", explica el cirujano maxilofacial en una entrevista con iSanidad.

PREGUNTA: ¿Qué efectos está teniendo la pandemia de Covid-19 para la cirugía maxilofacial?

RESPUESTA: Nuestra especialidad se ha visto especialmente afectada con la pandemia. Una parte importante de nuestras actuaciones quirúrgicas se desarrollan en la cavidad bucal, y como es conocido, el virus se acantona en la naso y orofaringe en su periodo más contagioso. Como dato, le puedo ofrecer que en nuestro servicio hospitalario se ha contagiado el 60% del personal que lo conforma.

La asistencia a pacientes Covid en el hospital ha desplazado el tratamiento de las patologías más demorables de nuestra especialidad, con el conse-

cuente aumento de la lista de espera quirúrgica. Es un problema al que tenemos que dar solución en los próximos meses. El objetivo a corto plazo es convivir con el virus manteniendo una atención hospitalaria de calidad por parte de todas las especialidades.

El tratamiento de los pacientes oncológicos es nuestra prioridad. No podemos permitir que la pandemia empeore el pronóstico por demorar su tratamiento quirúrgico. El verdadero desastre sería ver cómo fallecen pacientes jóvenes sólo porque no hay quirófanos disponibles.

P.- ¿Cuál es el papel del cirujano maxilofacial en la prevención o tratamiento del cáncer oral?

R.- Es fundamental a ambos niveles. Desde la Sociedad Madrileña y la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SMMAX y SECOM) se llevan desarrollando, desde hace años, programas formativos para los médicos de familia y los odontólogos de atención primaria. Su objetivo es diagnosticar el cáncer de cabeza y cuello en estadios iniciales. Concretamente, en el cáncer de la cavidad oral, la tasa de curación ronda el 80-90% si el tumor es diagnosticado precozmente.

En cuanto al tratamiento, creo que somos los únicos especialistas con capacidad real para atender íntegramente a estos pacientes. El objetivo primordial es curar, pero también recuperar la calidad de

vida que tenía el paciente. En el quirófano, la cirugía resectiva con márgenes de resección amplios del tumor se acompaña de la cirugía reconstructiva del defecto creado para que el paciente recupere su función y estética previas, lo antes posible. Las técnicas de microcirugía guiadas por la planificación virtual 3D han supuesto un gran avance en los últimos años, impactando positivamente en todos los marcadores de calidad de vida.

P.- ¿Hasta qué punto es importante disponer de conocimientos de odontología para la práctica de la cirugía maxilofacial?

R.- Obviamente es muy importante. Los cirujanos orales y maxilofaciales no renegamos de nuestros orígenes odontológicos, e incluso existen países que exigen la doble titulación médica y odontológica para ejercer. Muchos de mis compañeros, entre los que me incluyo, hemos tenido que buscar esa formación en universidades españolas, compatibilizando el trabajo MIR con el estudio. He de decir que el esfuerzo me-

rece la pena y la visión global con la que hemos salido formados, otorga al cirujano maxilofacial con doble titulación una mayor capacidad diagnóstica y terapéutica.

La especialidad juega un papel importante en pacientes que sufren accidentes de tráfico o tumores deformantes que afectan a la cara. Con la importancia que da la sociedad al aspecto físico, ¿se siente uno especialmente satisfecho al ayudar a estos pacientes?

Como cirujanos, pero sobre todo como médicos, ayudar y resolver una dolencia o una patología provoca satisfacción. Es evidente que en el caso de grandes traumatismos o tumores en el territorio facial se producen defectos estéticos que alteran nuestra señal de identidad. De la mano de la tecnología y de nuestra inquietud por mejorar día a día, estamos capacitados para mejorar el aspecto estético y funcional de un paciente mediante reconstrucciones microquirúrgicas customizadas y adaptadas a cada paciente. Ver como estos pacientes se reincor-



poran a su vida cotidiana cuando recuperan la función masticatoria o simplemente vuelven a sonreír, es una satisfacción.

P.- ¿Cuál es la relación que existe entre la cirugía maxilofacial y la cirugía plástica?

R.- Desde mi punto de vista existe una buena relación. Concretamente, en mi hospital, trabajamos conjuntamente para mejorar la calidad de vida de los pacientes día a día: sesiones clínicas, formación de residentes, cirugías conjuntas, etc. En medicina existen muchas patologías subsidiarias de ser abordadas por distintos especialistas. Por ejemplo, en la columna vertebral entran en juego los traumatólogos o los neurocirujanos. Los límites quirúrgicos deben estar en la capacitación del cirujano y honestamente creo que,

en el área facial, nosotros tenemos una visión muy completa de todas las estructuras óseas del macizo facial, acompañada de un manejo minucioso de las partes blandas. Somos los únicos especialistas médicos formados en un área corporal exclusivamente.

P.- ¿Cuáles son los retos que se deben afrontar a medio y largo plazo en la cirugía maxilofacial?

R.- Nuestro reto consiste en seguir evolucionando por ofrecer cada vez mejores resultados a nuestros pacientes tanto funcionales como estéticos. Dependemos para ello de la tecnología y la industria farmacéutica. La medicina personalizada es ya una realidad en nuestra especialidad. En el campo de la cirugía ortognática, la planificación virtual permite crear material de osteosín-

tesis personalizado y adaptado a la anatomía de cada paciente. En el caso de la cirugía oncológica, el TAC del paciente se introduce en el software de planificación y permite realizar la cirugía virtual. Se configuran unas guías de corte que nos aseguran una exactitud en la resección y una precisión en la reconstrucción. Así, garantizamos un resultado funcional y estético similar a tal y como era el paciente antes de la cirugía.

Las impresoras 3D, que se han incorporado en estos últimos años en los hospitales, son una herramienta de trabajo fiable y muy útil que han revolucionado a las nuevas generaciones de cirujanos, empleándolas casi diariamente para traumatología maxilofacial, oncológica, cirugía ortognática o cirugía estética facial.

Otro reto es, como en la mayoría de las especia-

lidades quirúrgicas, intentar evolucionar en las técnicas mínimamente invasivas para lograr recuperaciones más rápidas y estancias hospitalarias más cortas. Para ello, nos formamos continuamente en técnicas endoscópicas para abordaje de fracturas, patología de las glándulas salivares o patología de la articulación temporomandibular.

A finales de febrero tuvo lugar la reunión de la Comisión de Especialidades para avanzar en el reconocimiento de las especialidades en Odontología. ¿Cuál es su posición al respecto?

Me parece oportuno que una profesión sanitaria que tiene una clara compartimentalización tienda a regular las especialidades. En ese aspecto es fundamental que existan reuniones y planes de trabajo comunes entre las sociedades científicas médicas y

EL DR. MIGUEL ROIG ACERCA LAS INNOVACIONES TECNOLÓGICAS EN EL ÁMBITO DENTAL EN EL MARCO DE LA CAMPAÑA #TECNOLOGÍAPARAVIVIR

El Dr. Miguel Roig, presidente de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (Sepes), es el protagonista del primer video sectorial de la segunda fase de la campaña #TecnologíaParaVivir que ha elaborado la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) para mejorar el conocimiento de la sociedad sobre las innovaciones tecnológicas y mostrar su contribución a la salud de los ciudadanos.

El Dr. Roig nos habla en el video sobre “La revolución del flujo digital en la atención Dental”, en el que destaca cómo las herramientas tecnológicas disponibles han facilitado el trabajo de todos los profe-

sionales sobre los modelos virtuales, “es más sencillo y es más difícil incurrir en errores por tanto es más seguro para el paciente”.

Este es el primero de una serie de videos que, a lo largo de este año, Fenin difundirá secuencialmente y en los que presidentes de sociedades científicas, jefes de servicios de hospitales y profesionales destacados, explicarán con lenguaje sencillo y divulgativo el papel de la tecnología sanitaria en el abordaje de algunas de las patologías más prevalentes entre la población española.

La tecnología sanitaria es imprescindible en el manejo de las enfermedades más prevalentes y en la mejora de la calidad de

vida de las personas. Por ello, esta segunda fase de la campaña, que tiene lugar en las Redes Sociales y a través de los medios de comunicación, se centra en explicar el valor y la aportación de la tecnología sanitaria a través de las distintas especialidades médicas.

El pistoletazo de salida de la segunda fase de la campaña ha sido un spot que, mediante el claim: “YA NO PODEMOS VIVIR SIN LA TECNOLOGÍA... LITERALMENTE”, lleva a reflexionar sobre la importancia crucial de este tipo de tecnología.



Ver vídeo

DRA. ELENA CABRERA (3M): “ES IMPENSABLE QUE EL ODONTÓLOGO NO ESTÉ VINCULADO A LA FORMACIÓN CONTINUADA”

Responsable de formación y asuntos científicos de la compañía 3M en el área de odontología

La Dra. Elena Cabrera es responsable de formación y asuntos científicos de la compañía 3M en el área de odontología. Durante una entrevista con iSanidad señala que la pandemia les ha obligado a cambiar completamente el modelo de formación. Antes de la crisis sanitaria generada por el Covid-19 su modelo de formación prioritario era el evento presencial, ya que el odontólogo necesita tocar el producto. Cuando esta termine la cree que habrá un equilibrio entre la formación presencial y online. Además, la Dra. Cabrera destaca la importancia de la formación continuada para el odontólogo y como los nuevos materiales han

estricta respecto a la publicidad del producto sanitario. El profesional debe prescribir o utilizar un producto sanitario porque está convencido y tiene una base científica detrás o lo recomienda un líder de opinión, pero no porque hay un interés comercial detrás.

Es un tema delicado, por eso 3M crea la marca 3M Health Care Academy para dar un paraguas de formación un poco más aséptico de la parte comercial, donde se habla del producto desde un punto de vista más científico avalado por muchos estudios. Una de las cosas que tiene 3M es que reinvierte una parte importante, alrededor del 5% de su facturación, en I+D.

Dra. Elena Cabrera:
3M Health Care Academy es una academia de formación para todo el sector sanitario, no solamente el dental

cambiado radicalmente la práctica clínica.

PREGUNTA: ¿Cuáles son los objetivos de 3M en el ámbito formativo del odontólogo?

RESPUESTA: 3M Health Care Academy es una academia de formación para todo el sector sanitario, no solamente el dental. Tenemos soluciones para farmacias, hospitalarias, para médicos y para enfermeras. En toda la parte de formación que hacemos sobre productos sanitarios la legislación es bastante

Es una empresa que está continuamente haciendo estudios no solamente para desarrollar nuevos productos sino para testarlos y hacer comparativas con diferentes situaciones clínicas. Se invierte muchísimo en investigación y eso hace que tengamos una forma diferente de aproximarnos al mercado con muchos estudios científicos avalados por muchas sociedades científicas y líderes de opinión que realmente lo prueban.

Cada vez que trabajamos con un profesional sanitario se hacen análisis

de cuanto le pagamos por dar una formación, donde lógicamente cobran unos honorarios. Estamos en el precio medio de mercado, no queremos sobre pagar al profesional sanitario porque eso supondría que un dentista recomiende un produc-

Nuestro objetivo es que el profesional sanitario use el producto de 3M porque considera que es el mejor y está avalado científicamente y no porque le salga gratis

to porque 3M le paga para dar cursos. Al final estás trabajando con la salud de la gente, por eso 3M tiene un código ético muy estricto. Cobramos a los profesionales el precio justo y nunca les damos el producto gratuitamente, solo la primera vez que lo van a probar, con un acuerdo de que nos van a ceder un caso clínico o van a hacer algún tipo de curso de formación para nosotros. A partir de ahí, el producto sanitario ellos lo compran.

Otras marcas comerciales dan permanentemente el producto gratuito a los profesionales y nosotros queremos evitar eso.

Dra. Elena Cabrera: “Hace años fuimos la primera empresa del sector dental que empezamos a hacer webinars y eventos online”

Nuestro objetivo es que el profesional sanitario use el producto de 3M porque considera que es el mejor, porque funciona en sus manos o está avalado científica-

mente y no porque le salga gratis.

P.- ¿De qué manera ha afectado la pandemia a la formación que ofrece 3M?

R.- Fundamentalmente nos ha obligado a cambiar completamente el modelo de formación. Hace años fuimos la primera empresa del sector dental que empezamos a hacer webinars y eventos online. Para nuestros clientes era sorprendente hasta tal punto que muchas veces preguntaban cuál era el lugar donde se realizaba. No estaban acostumbrados a que era un evento online y estuvieras

donde estuvieras pinchabas el enlace y accedías a él. Nos costó acostumbrar a la gente y hacíamos dos o tres eventos al año virtuales.

Especialmente nuestro fuerte era el evento presencial donde además el odontólogo necesita tocar el producto. Casi siempre el evento de formación lo combinamos con una parte práctica sobre modelos de plástico. Así, se pueden hacer a la idea de cómo es la consistencia y pueden probar el producto antes de decidir comprarlo y probarlo en la consulta con sus propios pacientes.

Desde el punto de vista online hemos hecho todo lo

que hemos podido con demostraciones con cámaras para que vayan viendo el paso a paso, pero nunca va ser igual a que ellos lo prueben. Nuestro próximo paso

sería que virtualmente puedan tocar también el material. Estamos ideando unas cajas que les lleguen a la consulta y el día del evento ellos también puedan hacer el paso a paso junto al ponente del curso. La pandemia nos ha bloqueado lo que veníamos haciendo hasta ahora. Cuando pase no volveremos a hacer tanta formación presencial y tan poca virtual, probablemente llegaremos a un

y nuestros productos están relacionados con esos procedimientos: adhesivo, composite, material de impresión, cementos y tenemos una línea de prevención muy interesante.

Generalmente hay dos tipos de ponentes. Por un lado, gente interna en 3M, donde en el departamento de formación somos dos personas, ambas dentistas. Desde el punto de vista de la industria tenemos cono-

y no puedes quedarte con lo que aprendiste en la facultad, tienes que ir actualizándote siempre.

pensable que el odontólogo no esté vinculado a la formación continuada. La digitalización de la odontología

En la parte de odontología general hacemos cursos fundamentalmente de odontología restauradora: prevención, restauración y prótesis

equilibrio.

P.- ¿Qué contenidos se ofrecen en los distintos cursos? ¿Quiénes los imparten?

R.- En el sector dental, en 3M Oral Care tenemos una línea de ortodoncia y otra de dentales. En la parte de odontología general hacemos cursos fundamentalmente de odontología restauradora: prevención, restauración y prótesis. Estas son las temáticas

cimiento más profundo del producto y también damos ese aporte de experiencia clínica. También contamos con líderes de opinión, con dentistas que están en un perfil más de formación. Aquellos que compaginan su actividad clínica con la formación en universidades o que dan cursos para otros dentistas. Al final el profesional sanitario en general tiene que estar en continua formación. Salen técnicas nuevas, materiales nuevos,

P.- ¿Cómo de importante es la formación continuada para el odontólogo?

R.- Es fundamental, la odontología ha cambiado completamente y ya no hacemos los procedimientos que se hacían antes. No me puedo imaginar la vida profesional de un dentista sin la formación continuada, es imposible porque estarías haciendo una odontología de otro siglo. Sería injusto para tus pacientes y estarías desfasado completamente.

Por suerte, la tecnología y los fabricantes ponen a nuestra disposición materiales mucho más fáciles de utilizar. Estos requieren menos pasos, menos probabilidad de error y reducen el tiempo en el sillón, favoreciendo que el paciente esté más cómodo. Es im-

algo que está cambiando muchísimo. Los que hace más de diez años que terminamos la carrera es algo que apenas tocábamos en el currículum.

P.- ¿A qué perfil de profesional va dirigida vuestra formación odontológica?

R.- Vamos dirigidos mucho al odontólogo general, que es el que normalmente hace un plan de tratamiento al paciente, y también al especialista en estética, en prótesis y en restauradora en general. En la parte de ortodoncia, nos dirigimos al ortodoncista puro y duro. Los alineadores son un tipo de ortodoncia que un odontólogo general podría asumir. Sin embargo, el tipo de producto que tiene 3M es para el ortodoncista especialista, no para un odontólogo general.

P.- ¿Qué cursos tenéis programados para el futuro próximo?

R.- El día 21 de abril hacemos un curso en colaboración con la Sociedad Catalana de Odontología y Estomatología (SCOE) y también hacemos uno de restauradora con el Dr. Carlos Fernández Villares.

El día 20 de mayo haremos un curso de cementación con la Dra. Andrea Santamaría y con el Colegio de Odontólogos de Vizcaya. A veces los hacemos nosotros directamente con nuestra propia plataforma y en otros casos en colaboración con colegios de odontólogos o sociedades científicas.



DR. MANUEL TOLEDANO: "LA REGENERACIÓN DEL COMPLEJO DENTINO-PULPAR CAPITALIZA LA TOTALIDAD DE LAS INVESTIGACIONES CON CÉLULAS MADRE EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA"

El Dr. Manuel Toledano, catedrático de odontología de la Universidad de Granada, ha sido reconocido recientemente como uno de los siete investigadores españoles más influyentes del mundo en odontología, según el ranking de la Universidad de Stanford. Este reconocimiento "significa que la comunidad científica avala y refiere nuestros resultados en investigación", señala el Dr. Manuel Toledano en una entrevista con iSanidad.

Asimismo, destaca que prácticamente todos los grandes avances en odontología han venido de la mano de adelantos tecnológicos. En concreto, el Dr. Manuel Toledano subraya la importancia de la nanotecnología en la actualidad en los procesos de reparación y reconstrucción dental. Según recalca, la nanotecnología va a ejercer un cambio drástico tanto en el control sobre las propiedades de los materiales a escalas "nano", como en la sensibilidad de los equipos y dispositivos que se aplican en diversos campos científicos y tecnológicos.

PREGUNTA: ¿Cómo valora aparecer entre los siete odontólogos españoles más influyentes según el ranking de la Universidad de Stanford?

RESPUESTA: El Dr. Manuel Toledano, catedrático de odontología de la Universidad de Granada, ha sido reconocido recientemente como uno de los siete investigadores españoles más influyentes del mundo en odontología, según el

ranking de la Universidad de Stanford. Este reconocimiento "significa que la comunidad científica avala y refiere nuestros resultados en investigación", señala el Dr. Manuel Toledano en una entrevista con iSanidad.

Asimismo, destaca que prácticamente todos los grandes avances en odontología han venido de la mano de adelantos tecnológicos. En concreto, el Dr. Manuel Toledano subraya la importancia de la nanotecnología en la actualidad en los procesos de reparación y reconstrucción dental. Según recalca, la nanotecnología va a ejercer un cambio drástico tanto en el control sobre las propiedades de los materiales a escalas "nano", como en la sensibilidad de los equipos y dispositivos que se aplican en diversos campos científicos y tecnológicos.

P.- ¿Cómo valora aparecer entre los siete odontólogos españoles más influyentes según el ranking de la Universidad de Stanford?

R.- Sin duda, se trata de un reconocimiento a mi trabajo, y al de mi equipo, que valoro mucho. Significa que la comunidad científica avala y refiere nuestros resultados en investigación, que ayudan al progreso de la ciencia y contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de la población.

P.- ¿Qué importancia tiene la investigación odontológica en la pandemia de Covid-19?

R.- La misma que fuera de la pandemia. Hay identificadas unas necesidades

sociales. Hay un Proyecto del Plan Nacional de Investigación en marcha, que se está ejecutando, y hay un equipo de investigadores en sus puestos de trabajo. Existen unos resultados que hay que interpretar y transferir. Estamos cumpliendo nuestros objetivos y apostamos por ellos, aún en tiempos convulsos.

P.- ¿Qué relación existe entre el riesgo de padecer caries y la composición de la saliva?

R.- Partamos de la base de que la aparición y progresión de caries se debe a un proceso multifactorial. Es cierto que está estrechamente relacionado con la saliva, en términos cuanti-

su tensión superficial son también de consideración, ya que facilitan o dificultan el predominio de bacterias cariogénicas en la composición de la flora bacteriana de la cavidad oral.

P.- ¿Cuáles son los últimos avances en implantología dental?

R.- La implantología hoy en día es un campo en continuo avance; su desarrollo se está centrando principalmente en la utilización de herramientas digitales, nanotecnología e ingeniería tisular acercándonos cada vez más a una implantología customizada y biológicamente guiada que permite cumplir tres objetivos: poder tratar con implantes a

Dr. Manuel Toledano: "El reconocimiento significa que la comunidad científica avala y refiere nuestros resultados en investigación"

tativos y cualitativos. Está descrito que una reducción del flujo salival, condición conocida como hiposialia o xerostomía, hace a una persona más propensa a la caries. Por ello, las personas que sufren hiposialia ya sea por factores fisiológicos, como por edad avanzada, o bien por tratamientos farmacológicos (antidepresivos, antipsicóticos, diuréticos, antihipertensivos y broncodilatadores, entre otros), deben prestar especial atención a su salud bucodental.

Otros factores químicos intrínsecos a la saliva como su pH, presencia de algunas sustancias protectoras y aquellas que modifican

todo tipo de pacientes gracias a materiales y técnicas regenerativas, reducir tiempos de osteointegración por biofuncionalización de las superficies de implantes, y prevenir o tratar la peri-implantitis. Se está realizando un esfuerzo ingente en la modificación de la topografía superficial (formas y relieves que configuran una superficie) del nuevo implante.

Esto, unido al cambio de las propiedades fisicoquímicas de la superficie del implante, permitirá incidir en el comportamiento de las células que entren en contacto con el biomaterial, a fin de mejorar la respuesta biológica del organismo

frente al implante. Se está recurriendo también, actualmente, a la nanotecnología, en el sentido de incorporar topografías nanométricas a la superficie microrugosa del implante, para facilitar el reconocimiento y estímulo de algunos tipos celulares de interés. No obstante, los mayores cambios que se proponen por parte de los grupos de investigación más destacados están orientados al tratamiento de la peri-implantitis. Dicha intervención estaría enfocada a la recuperación del hueso perdido en torno al implante y a la disminución del recuento bacteriano peri-implantario.

P.- ¿En qué consiste la ingeniería de tejidos odontológicos y qué aplicación tiene en los tratamientos dentales?

R.- Fundamentalmente, en la regeneración de los tejidos orales perdidos o dañados, imitando al sustrato que los alberga. En odontología restauradora, la biomimética ha encontrado un amplio rango de aplicaciones, como la restauración de defectos dentales usando péptidos bioinspirados para conseguir remineralización, biomateriales bioactivos para regeneración de tejidos blandos y duros del sistema estomatognático. Esta nueva disciplina está, actualmente, más orientada a la regeneración de hueso y tejidos blandos adyacentes. A la hora de rehabilitar un maxilar o un tramo del mismo para colocar implantes, y posteriormente una prótesis, es necesario regenerar hueso suficiente para acoger esos implantes.

Estas terapias regeneradoras precisan, entre otros biomateriales, de la presencia de scaffolds, membranas y otros elementos bioactivos, que se encargarán de "guiar" el crecimiento de esos tejidos

nuevos hasta completar la regeneración. La ingeniería de tejidos también es muy útil en el tratamiento de una de las enfermedades más prevalentes en la moderna odontología, la peri-implantitis. Cuando el hueso que integra al implante se pierde parcialmente, los biomateriales osteo-inmuno-moduladores pueden ayudar a regenerar la zona peri-implantaria, si se dan las condiciones adecuadas.

P.- La durabilidad de los adhesivos puede originar problemas clínicos a corto y largo plazo. ¿Cómo van las investigaciones en este sentido?

R.- Hay dos problemas clínicos claramente identificados que comprometen la unión, especialmente en dentina, a los biomateriales: i) la unión de materiales de naturaleza hidrofóbica a un sustrato hidrofílico y, ii) infiltración insuficiente del adhesivo en la dentina acondicionada. En ambos casos se produce una degradación hidrolítica y/o enzimática de la dentina que hay que combatir, porque origina la aparición de caries secundarias o recidivantes. La investigación en el uso de nanotransportadores poliméricos de cationes bioactivos con capacidad remineralizante y regeneradora, y con capacidad de inhibir las proteasas enzimáticas así como de mejorar mecánicamente la estructura dental, es actualmente nuestra trinchera, y está siendo una solución inmediata y bastante eficaz.

P.- ¿Qué papel juegan las células madre en la odontología restauradora?

R.- Las células del mesénquima de la cavidad oral se pueden aplicar en terapias regeneradoras debido a su alta plasticidad, buena interacción tanto con los scaffolds como con

los factores de crecimiento, adecuada proliferación y diferenciación, así como por su facilidad de obtención. Estas células madre se encuentran fundamentalmente en la pulpa dental, ligamento periodontal y tejidos del folículo dental. En este sentido, la regeneración del complejo dentino-pulpar capitaliza la totalidad de las investigaciones con células madre en odontología restauradora. Parece ser que la mayor regeneración se orienta a neoformación vascular y tejido nervioso.

Los últimos avances persiguen obtener dentina plenamente remineralizada, a partir de este tejido regenerado. Incluso, algunas técnicas de odonto-inmuno-modulación se están intentando emplear junto al uso de células madre, para obtener tejido destinatario. A día de hoy, la única aplicación posible, teniendo en cuenta el riesgo/coste y beneficio de las técnicas que conllevan trabajar con células madre es para regeneración de tejido pulpar en endodoncia. Ya existen, de hecho, adelantos importantes en este campo.

P.- ¿Cómo está influyendo la tecnología en la evolución de los biomateriales?

R.- De una forma decisiva y revolucionaria. En odontología, prácticamente todos los grandes avances

han venido de la mano de adelantos tecnológicos. Especial reconocimiento debemos hacer en la actualidad a la nanotecnología. Se prevé que la nanotecnología va a ejercer un cambio drástico tanto en el control sobre las propiedades de los materiales a escalas "nano", como en la sensibilidad de los equipos y dispositivos que se aplican en diversos campos científicos y tecnológicos.

La odontología no será una excepción a esta tendencia. La odontología mínimamente invasiva de los procesos de reparación y reconstrucción dental encuentra un apoyo capital en la nanotecnología, abordando los tejidos dentales a nivel nanoestructural o mediante la producción de materiales dentales con límites críticos a nanoescala.

El progreso de las ciencias odontológicas también se ha de proyectar hacia una concepción nanotecnológica tanto de la investigación como de la aplicación clínica. La odontología debe seguir la tendencia de sondear la materia a nivel de nanoescala, perspectiva dominante tanto en las ciencias de materiales como en las biológicas, para mejorar las estrategias de investigación y las técnicas clínicas que tradicionalmente se han basado en supuestos mecanicistas.



DR. DAVID HERRERA: "PODER DETECTAR UNA DIABETES NO DIAGNOSTICADA EN LA CONSULTA DENTAL SERÍA MUY RELEVANTE PARA LA SALUD PÚBLICA"

Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontal y Periimplantarias) de la Universidad Complutense de Madrid. Recientemente, ha sido incluido en el ranking de la Universidad de Stanford entre los siete odontólogos españoles más influyentes del mundo. "Las

PREGUNTA: ¿Cómo valora aparecer entre los siete odontólogos españoles más influyentes según el ránking de la Universidad de Stanford?

RESPUESTA: En primer lugar, y desde una perspectiva científica, los rankings deben siempre interpretarse con cautela,

Estar entre el 2% de investigadores más influyentes del mundo, y entre los 1.237 investigadores en Odontología a nivel mundial, me hace sentir muy orgulloso

estrategias preventivas y de detección precoz de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, son de difícil aplicación. Los pacientes aparentemente sistémicamente sanos no acuden a la consulta del médico. Sin embargo, estos pacientes sí que acuden a la clínica dental", explica el Dr. David Herrera en una entrevista con iSanidad.

dado que la metodología seguida tendrá una influencia muy relevante en los resultados. Si los criterios de este estudio, realizado por investigadores de la Universidad de Stanford, son los más relevantes, lo sabremos con el tiempo. Hasta ahora, los rankings de investigadores seguían especialmente el índice h, que es uno de los elemen-

tos que se incorpora en el nuevo sistema.

En todo caso, para mí, estar en esa lista, entre el 2% de investigadores más influyentes del mundo, y entre los 1.237 investigadores en Odontología a nivel mundial, me hace sentir muy orgulloso de mi Grupo de Investigación ETEP (Etiología y Terapéutica de las Enfermedades Periodontal y Periimplantarias), de la Universidad Complutense

a promover, por parte de la Organización Mundial de la Salud, para controlar las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias y cáncer), que son las responsables de la mayor parte de la mortalidad en el mundo. Hoy sabemos que la periodontitis, dentro de las enfermedades periodontales, es también una enfermedad

Dr. David Herrera: "La periodontitis es una enfermedad crónica no transmisible, que se asocia a otras enfermedades crónicas no transmisibles"

de Madrid, de mi Facultad y de mi Universidad, y de la Periodoncia española.

P.- ¿Debe promover el dentista hábitos de vida saludables en los pacientes?

R.- Los hábitos de vida saludables se empezaron

crónica no transmisible. Se asocia (aumentando el riesgo de que se sufran o agraven) a otras enfermedades crónicas no transmisibles, lo que está claramente demostrado para enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

Las enfermedades periodontales se pueden prevenir, y el elemento más importante en la prevención es el control de los biofilms orales mediante la higiene bucodental. Las medidas de higiene bucodental deberían ser consideradas como un hábito de vida saludable, y así se lo han pedido diversas asociaciones a la Organización Mundial de la Salud. Pero el dentista, además de promover la higiene bucodental, que forma parte directa de sus competencias, y teniendo en cuenta lo dicho antes, debe promover otros hábitos de vida saludable, en relación con la dieta, el ejercicio físico y el consumo del alcohol y tabaco.



P.- ¿Hasta qué punto tienen una función preventiva los colutorios CPC respecto al Covid-19?

R.- El punto de partida de esta valoración es que las autoridades sanitarias y odontológicas recomendaron a los dentistas, en la reanudación de sus actividades tras el confinamiento,

con pacientes infectados, permiten mantener vigente la hipótesis de que el uso de colutorios con CPC pueda reducir la carga viral de SARS-CoV-2, lo que reduciría el riesgo de transmisión cuando el paciente es atendido en la clínica dental, pero potencialmente también, con un uso continua-

Nuestro Grupo de Investigación propuso que esa acción virucida podría ser útil también para la prevención de la transmisión desde sujetos infectados

to, usar colutorios con actividad virucida con enjuague pre-procedimiento en todos los pacientes, con la idea que si el paciente tenía SARS-CoV-2 se redujera su cantidad en boca/saliva y eso redujera un eventual riesgo de transmisión al equipo de salud bucodental o a otros pacientes. Entre los colutorios recomendados se incluían los de cloruro de cetilpiridinio (CPC).

Nuestro Grupo de Investigación propuso, y así lo publicó en junio de 2020 en la revista *Clinical Oral Investigations* que, si esa acción virucida existía en la clínica dental, podría ser útil también para la prevención de la transmisión desde sujetos infectados y para que las personas que desarrollaran la enfermedad tuvieran manifestaciones más leves (todo ello, si se reducía la carga viral en saliva). Los estudios disponibles entonces apoyaban la actividad virucida in vitro, pero era difícil establecer conclusiones robustas.

El papel de la boca en la transmisión de SARS-CoV-2 se consideró relevante como vía de transmisión, por la expulsión de gotículas y aerosoles

A día de hoy, estudios in vitro con SARS-CoV-2 y/o con virus muy similares, y algunos pequeños estudios

do, el riesgo de transmisión en la vida diaria, aunque esto debe ser refrendado en estudios clínicos.

P.- ¿Qué papel juegan las células epiteliales de la cavidad oral en la transmisión del Covid-19?

R.- El papel de la boca en la transmisión de SARS-CoV-2 se consideró relevante desde un primer momento, tanto como vía de entrada (aunque siempre dando mayor importancia a las mucosas nasales), como sobre todo como vía de transmisión, por la expulsión de gotículas y aerosoles desde la boca. Se confirmó, además, que las células de diferentes epitelios en la boca, y especialmente, lo de las glándulas salivales, tenían receptores adecuados para el virus, especialmente receptores ACEs. Pero todo esto se ha visto recientemente refrendado y avalado por grupo de estudios publicados en un artículo coral ("SARS-CoV-2 infection of the oral

cavity and saliva"), publicado en *Nature Medicine* el 25 de marzo de 2021. Tras realizar numerosas, intere-

santes y complejas evaluaciones, de alto valor, concluyen que la "cavidad oral es un lugar importante para la infección por SARS-CoV-2 y se implica a la saliva como ruta potencial en la transmisión del SARS-CoV-2".

P.- ¿Se puede detectar una diabetes no diagnosticada en la consulta dental?

R.- Esta es una hipótesis muy relevante, que ya había sido evaluada en algunos estudios clínicos, partiendo de la base de que los pacientes aparentemente sistémicamente sanos, no acuden a la consulta del médico. Por tanto, las estrategias preventivas y de detección precoz de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, son de difícil aplicación. Sin embargo, estos pacientes sí que acuden a la clínica dental.

Desde el Grupo de Trabajo conjunto de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) se sugirió evaluar una herramienta de evaluación del riesgo de sufrir diabetes ya validada

todas las clínicas dentales, y el impacto de esta acción en términos de salud pública sería muy relevante.

P.- ¿Cuál es la relación entre una mala salud bucodental, la demencia y el Alzheimer?

R.- Desde hace tiempo, se ha observado asociación entre periodontitis y riesgo de sufrir demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer, aunque ni el número de estudios ni la evidencia disponible eran especialmente relevantes.

Sin embargo, en 2019 se publicó un estudio muy relevante. En él se demostraba el posible papel del patógeno periodontal más importante, *Porphyromonas gingivalis*, en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. A la vez se definían posibles targets terapéuticos, como bloquear las gingipainas que produce esa especie bacteriana.

Desde entonces, el interés por este tema ha aumentado mucho. Nuestro grupo es especialmente activo en el mismo, gracias a las colaboraciones con el Grupo

Ese protocolo debería poder realizarse en todas las clínicas dentales, y el impacto de esta acción en términos de salud pública

(FindRisc), junto con otras evaluaciones clínicas y periodontales.

El entorno ideal era un grupo grande de clínicas, dentro de la Red de Clínicas de Investigación de SEPA. En el estudio participaron 41 clínicas en 26 ciudades españolas y se reclutaron 1143 pacientes. De ellos, 97 (8,5%) fueron finalmente diagnosticados de diabetes (n = 28; 2,5%) o de prediabetes (n = 69; 6,0%). Así se demostró que las herramientas de detección de riesgo utilizadas eran eficaces y aplicables. Ese protocolo debería ahora poder realizarse en

de Investigación del Prof. Juan Carlos Leza (Neuropsicofarmacología Molecular, Universidad Complutense de Madrid), con el Dr. David Pérez Martínez (jefe del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre de Madrid), o con el Prof. Alberto Rábano (Director del Banco de Tejidos de la Fundación CIEN). Con todos ellos, y con el apoyo de SEPA, nuestro Grupo organizó un Curso de Verano de la UCM en 2019, "Enfermedades bucales y neurodegenerativas, ¿tan lejos o tan cerca!", indicando la relevancia que ya entonces dábamos a esta asociación.

HELEN TOMLINSON (GSK CONSUMER HEALTHCARE): "ES FUNDAMENTAL DEDICAR RECURSOS A LA LABOR FORMATIVA PARA AUMENTAR LA EDUCACIÓN EN SALUD"

Directora general de GSK Consumer Healthcare Iberia

España se sitúa a la cabeza de la concienciación con la salud bucodental en el ránking europeo durante la pandemia, según indica un estudio de GSK Consumer Healthcare, en colaboración con Ipsos, publicado el pasado marzo. El 16% de los españoles se han cepillado los dientes de manera más frecuente con respecto a antes de la llegada de la pandemia del Covid-19.

"La pandemia ha motivado que la población haya aumentado la frecuencia en el cepillado de los dientes", asegura Helen Tomlinson, directora general de GSK Consumer Healthcare para España y Portugal. Asimismo, explica a iSanidad que es fundamental dedicar recursos a la labor formativa para aumentar la educación en salud. Así, cada vez más ciudadanos entenderán la importancia de una buena rutina de salud bucodental y los beneficios de llevarla a cabo.

PREGUNTA: ¿Cuál es la causa de que los españoles sean los más concienciados respecto a que una buena salud bucodental repercute en la salud general?

RESPUESTA: En términos generales no podemos aventurarnos a achacar este buen dato español a una sola causa o asumir que por lo general en España hay una mejor educación relacionada con la salud que en otros países. Hemos de felicitar a los profesionales de la salud bucal y a las entidades científicas y educativas españolas por su ingente labor formativa, que sin duda es clave en este aspecto.

P.- La población está concienciada de la importancia del lavado de manos para la contención de la pandemia. ¿Cree que esta situación también ha afectado a la frecuencia en el cepillado de dientes?

R.- La pandemia ha motivado que la población haya aumentado la frecuencia en el cepillado de los dientes. Los datos de la encuesta reflejan que el 16% de los españoles se han cepillado los dientes de manera más frecuente con respecto a antes de la llegada de la pandemia del Covid-19 y la mayoría de los europeos encuestados afirman hacerlo más a menudo ahora para mantener la boca libre de bacterias y lo más limpia posible. Esto tiene unos efectos claros sobre el consumo de productos de higiene bucal, ya que el 20% de los españoles encuestados indica haber utilizado más enjuagues bucales y el 18% haber incrementado el uso de pasta de dientes. En nuestro ámbito de actuación, hemos sido testigos de cómo la población presta más atención a su higiene diaria. Y eso puede verse tanto en la higiene bucal como, por ejemplo, a la nasal; donde los lavados con Rhinomer no solo aportan ventajas a nivel clínico descongestionando e hidratando la nariz, sino que asegura una limpieza adecuada en un momento en el que nos preocupamos más que nunca por ello.

P.- ¿Cómo influye una buena alimentación en la salud bucodental?

R.- Todo lo que ingerimos tiene una influencia, no

solo en nuestra salud general, sino también en la salud bucodental. Los dientes son los que tienen un primer contacto con lo que comemos y se exponen a problemas como la erosión dental o la caries.

Así, podemos prevenir enfermedades evitando el abuso de dulces, bebidas azucaradas o alcohol estamos; o poniendo límites a la proliferación de bacterias llevando una alimentación adecuada evitando picar entre horas.

P.- Según vuestro estudio, las generaciones más jóvenes son las que más han modificado sus hábitos en cuanto a frecuencia de lavado de dientes y consumo de frutas y verduras. ¿Cómo valora este dato?

R.- Es un dato muy positivo que indica que la educación nutricional y aquella relacionada con la salud bucodental están llegando a nuestros jóvenes, los adultos del mañana y quienes educarán a las generaciones futuras. Ahora debemos de dar el salto y seguir reforzando este tipo de mensajes para que calen también en otros grupos de edad.

P.- Las consecuencias económicas de la pandemia de Covid-19 y el miedo al contagio han hecho a la población más reticente a visitar la consulta dental. Los datos muestran que hasta el 26% de los europeos afirma haber acudido a la consulta con menos frecuencia a la habitual. ¿Qué solución ve a corto y medio plazo?

R.- Personalmente, creo que es fundamental dedicar recursos a la labor formativa

para aumentar la educación en salud y que cada vez más ciudadanos entiendan la importancia de una buena rutina de salud bucodental y los beneficios de llevarla a cabo para evitar el impacto negativo que para nuestra salud puede tener el no hacerlo.

Hemos de poner en valor el papel crucial de los dentistas e incidir en que cumplen con todas las medidas de sanidad e higiene en sus consultas, por lo que es seguro visitarles como lo hacíamos habitualmente.

P.- ¿Qué puede hacer GSK Consumer Healthcare para mejorar la educación en salud bucodental de la población?

R.- Lo primero que podemos hacer es acompañar, formar y escuchar a los profesionales relacionados con la salud bucodental. Solo así sabremos cuáles son los problemas a los que nos enfrentamos para poner todo nuestro potencial de I+D en marcha y poder desarrollar productos que se adapten a las necesidades de cada consumidor.

Por otro lado hemos de acercarnos a la sociedad, ponernos a su disposición, resolver sus dudas y brindarles el conocimiento que necesitan para llevar a cabo una buena rutina en salud bucodental. El último ejemplo de nuestro compromiso es el lanzamiento de nuestra cuenta de Twitter (@GSKConsumer_ES), nuestra nueva línea directa de comunicación a través de la cual informar a la sociedad y a los profesionales y resolver todas las dudas que puedan plantearnos.

EL DENTISTA

DENTISTA

DENTISTA

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ ARRANZ
FUNDADOR DE LA ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA DE OVIEDO

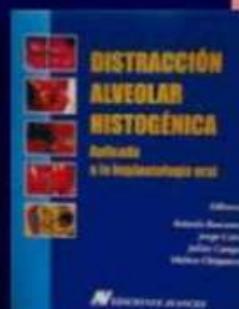
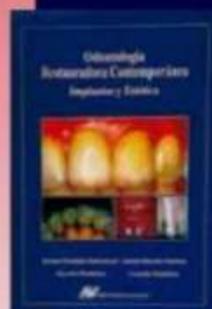
PRENO
PROFESOR UCM

¡OFERTA ESPECIAL!

SOLO 100 EUROS AL AÑO

Suscríbese ahora por un año y reciba de regalo una de estas obras de referencia de la odontología española

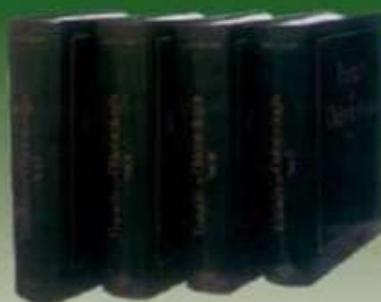
Reciba cómodamente 'El dentista del Siglo XXI' en su consulta, empresa o domicilio particular



Contacte con nosotros en:
avances@arrakis.es
ó 915334212

Tratado de Odontología

Antonio Bascones



EDICIONES AVANCES
AVANCES
AV

ÍNDICE GENERAL

SECCIÓN I ANATOMÍA HUMANA	SECCIÓN XXIII DERMATOLOGÍA Y VENEREOLÓGIA	SECCIÓN XXV MEDICINA BUCAL
SECCIÓN II BIOLOGÍA CELULAR Y DEL DESARROLLO	SECCIÓN XXIV OTORRINOLARINGOLOGÍA	SECCIÓN XXVI ODONTOLOGÍA EN PACIENTES ESPECIALES
SECCIÓN III FISIOLOGÍA	SECCIÓN XV PEDIATRÍA	SECCIÓN XXVII PSIQUIATRÍA
SECCIÓN IV BIOQUÍMICA	SECCIÓN XVI ANESTESIA Y REANIMACIÓN	SECCIÓN XXVIII ODONTOGERIATRÍA
SECCIÓN V MICROBIOLOGÍA ORAL	SECCIÓN XVII MATERIALES ODONTOLÓGICOS	SECCIÓN XXIX CIRUGÍA BUCAL E IMPLANTOLOGÍA
SECCIÓN VI EPIDEMIOLOGÍA	SECCIÓN XVIII ODONTOPEDIATRÍA	SECCIÓN XXX CIRUGÍA MAXILOFACIAL
SECCIÓN VII BASES FÍSICAS DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN ODONTOLOGÍA	SECCIÓN XIX ORTODONCIA	SECCIÓN XXXI PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA
SECCIÓN VIII HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA	SECCIÓN XX ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA	SECCIÓN XXXII FARMACOLOGÍA APLICADA
SECCIÓN IX FARMACOLOGÍA	SECCIÓN XXI FISIOPATOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN	SECCIÓN XXXIII GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y MARKETING
SECCIÓN X ANATOMÍA PATOLÓGICA	SECCIÓN XXII PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA DENTAL	SECCIÓN XXXIV ODONTOLOGÍA LEGAL Y FORENSE
SECCIÓN XI PATOLOGÍA MÉRICA	SECCIÓN XXIII ENDODONCIA	SECCIÓN XXXV EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y LOS DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA
SECCIÓN XII	SECCIÓN XXIV RADIOLOGÍA	SECCIÓN XXXVI ASPECTOS JURÍDICOS

NOMBRE: APELLIDOS:
N.I.F.: DOMICILIO:
C.P.: POBLACIÓN: PROVINCIA:
TELÉFONO: FAX:

Antes 700€, ahora 500€ portes incluidos.

LA PERIODONTITIS Y UNA DEFICIENTE HIGIENE BUCAL PUEDEN FAVORECER EL AGRAVAMIENTO DEL COVID-19, SEGÚN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS



Tras un año de pandemia, esta semana se celebra el II Congreso Nacional Multidisciplinar Covid-19 de las Sociedades Científicas de España, espacio que reúne durante varios días a múltiples expertos del ámbito científico-sanitario. El congreso, organizado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) en formato virtual, ha puesto especial atención al impacto que puede tener la salud bucal en el Covid-19.

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) junto la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), en colaboración con otras sociedades afines y contando con el apoyo del Consejo de Dentistas de España y el patrocinio de Dentaid, han organizado dentro de este congreso una mesa redonda con doble enfoque, donde se ha reflexionado sobre dos aspectos de actualidad: el papel de la salud bucal y el uso de colutorios con actividad viricida en la reducción del riesgo de transmisión y la severidad del Covid-19, y el efecto que tiene la periodontitis y/o una peor salud bucodental en el agravamiento de la enfer-

medad por SARS-CoV-2.

Para la Dra. Paula Matesanz, secretaria de la Junta Directiva de SEPA y co-moderadora de esta sesión, “la crisis provocada por el Covid-19 ha hecho que muchas personas tomen conciencia de su salud por primera vez”. Por ello, cree que es importante que la odontología esté presente y sea tenida muy en cuenta en este nuevo escenario. De esta forma, “se destaca de la importancia de lo que significan las enfermedades bucodentales y su prevención dentro del conjunto de la salud global”.

Según han demostrado diversos estudios, la boca no es un sistema aislado dentro del conjunto del cuerpo humano. Hay una relación entre las patologías periodontales y diversas enfermedades como las cardiovasculares, las infecciones respiratorias como la neumonía o exacerbaciones infecciosas de la EPOC, la diabetes o hasta los efectos adversos durante el embarazo.

De hecho, la boca se considera una de las principales vías de entrada y salida de distintos microorganismos en nuestro cuerpo que pueden multiplicarse y

producir infecciones in situ y a nivel sistémico. “La periodontitis no diagnosticada o no tratada supone un riesgo conocido para agravar la condición sistémica de los pacientes con Covid-19, sobre todo en los que presentan mayor gravedad, y más aún en los pacientes ingresados en UCIs con ventilación asistida”. Así lo indica el Dr. Miguel Carasol, co-moderador de esta sesión y coordinador científico de los Grupos de Trabajo de SEPA.

La periodontitis y una deficiente higiene bucal pueden favorecer el agravamiento del Covid-19

Los estudios disponibles en la actualidad son meramente observacionales y no permiten extraer conclusiones definitivas del origen de esta relación causa-efecto entre mala salud bucal y Covid-19. Sin embargo, se están diseñando y poniendo en marcha diferentes estudios controlados prospectivos para tratar de validar las principales hipótesis. “La

señala el Dr. Mariano Sanz, catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid y Patrón de la Fundación SEPA. Un reciente estudio, coordinado por el Prof. Sanz, demuestra que los pacientes con Covid-19 afectados de periodontitis sufren más complicaciones, e incluso tienen una tasa de fallecimiento más elevada. En concreto, se ha observado que los pacientes con periodontitis tienen casi 9 veces más posibilidades de morir y 4 veces más posibilidades de necesitar ventilación asistida. También aproximadamente 3,5 veces más posibilidades de ingresar en una UCI si tienen Covid-19.

El Dr. Carasol destaca que se ha demostrado que la aspiración de patógenos periodontales al árbol respiratorio y la respuesta inflamatoria propia de la periodontitis pueden justificar este agravamiento. “Se asocia aún con un mayor riesgo en pacientes con diabetes

La boca es una vía de entrada y de transmisión de microorganismos que pueden multiplicarse y desencadenar infecciones a nivel sistémico

plausibilidad biológica de esta vinculación se apoya en la presencia de factores de riesgo comunes y comorbilidades, la inflamación sistémica asociada con la periodontitis y la existencia de una respuesta inmune crónica alterada en pacientes con periodontitis”, explica el Dr. Miguel Carasol.

“Una periodontitis no tratada podría tener impacto en el agravamiento de la enfermedad Covid-19”,

mellitus, obesidad o patología respiratoria previa, ya que la periodontitis puede afectar a la evolución de estos cuadros”. Asimismo, el Dr. David de la Rosa, presidente del Comité Científico del Congreso, destaca la importancia de mantener siempre una buena salud bucal para cuidar la salud general.

“Se ha revelado que mejorar las medidas preventivas de higiene bucal y tratar

la enfermedad periodontal puede asociarse a una disminución del riesgo de desarrollar neumonías, exacerbaciones de la EPOC u otras enfermedades víricas, así como la gravedad de las mismas”.

Por tanto, considera que es muy importante formular campañas de prevención en salud bucal. Especialmente, dirigidas a pacientes con enfermedades respiratorias o con tendencia a desarrollarlas. Así como establecer protocolos de tratamiento integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que “incluyan una adecuada prevención y/o tratamiento de

la enfermedad periodontal”, concluye.

Los expertos también han hecho hincapié en los resultados de los últimos estudios de laboratorio que demuestran que algunos colutorios inactivan el virus SARS-CoV-2. Esto sugiere que podrían disminuir la carga viral y el riesgo de transmisión del virus, reforzando el importante papel de la boca en la pandemia.

Los colutorios con CPC, “inhiben la entrada del virus SARS-CoV-2 a células susceptibles, y son eficaces frente a distintas variantes del coronavirus. Actúan rompiendo la mem-

brana del SARS-CoV-2, y se ha demostrado en estudios in vitro que reducen 1000 veces la infectividad del SARS-CoV-2 en estudios de laboratorio”. Así lo pone de manifiesto Nuria Izquierdo-Useros, investigadora principal del grupo PISTA (Pathogen Immunity, Signaling & Therapeutic Applications) de IrsiCaixa, de Badalona. Su grupo de investigación está “evaluando si los colutorios con CPC disminuyen la carga viral en la saliva de personas infectadas por SARS-CoV-2”. Se pretende determinar si es posible reducir la transmisión del virus y evitar nue-

vos contagios disminuyendo la carga viral en la saliva de las personas infectadas. En definitiva, los participantes en la mesa redonda del congreso han insistido en la necesidad de tener una buena salud bucal. Concretamente, porque puede ayudar a evitar el desarrollo de patologías infecciosas, como el Covid-19.

En este sentido, destacan la importancia de una buena higiene bucal como medida preventiva. Así, apuntan a la necesidad de incluirla en el paquete de medidas básicas de prevención recomendadas actualmente.

EL 61% DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN MANIFIESTA TENER DOLOR DENTAL Y EL 50% CONSIDERA QUE TIENE MALA SALUD ORAL

El 61% de los pacientes con depresión sufre dolor dental y el 50% considera que no tiene una buena salud oral; además la depresión aumenta los niveles sanguíneos de cortisol, incrementa el riesgo de enfermedad periodontal, y puede originar desórdenes en la articulación temporomandibular, con dolor y limitación de movimientos, advierten desde el Consejo General de Dentistas.

Igualmente, continúa, la depresión tiene un componente inflamatorio que puede agravarse en presencia de otros como la enfermedad periodontal; además, los efectos secundarios de los antidepresivos incrementan el riesgo de caries y de patología periodontal. Sin contar que los pacientes depresivos tienen un alto riesgo de hábitos nocivos (tabaco, alcohol, drogas, etc.) todos ellos perjudiciales para la salud oral. “En algunos casos, el pa-

ciente recurre a una dieta inadecuada, abandona sus revisiones odontológicas y entra en un ciclo de descuido oral. Además, la mayoría de los medicamentos antidepresivos originan una disminución en la producción de la saliva, situación que empeora el control de una adecuada salud bucal”, afirma el Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas.

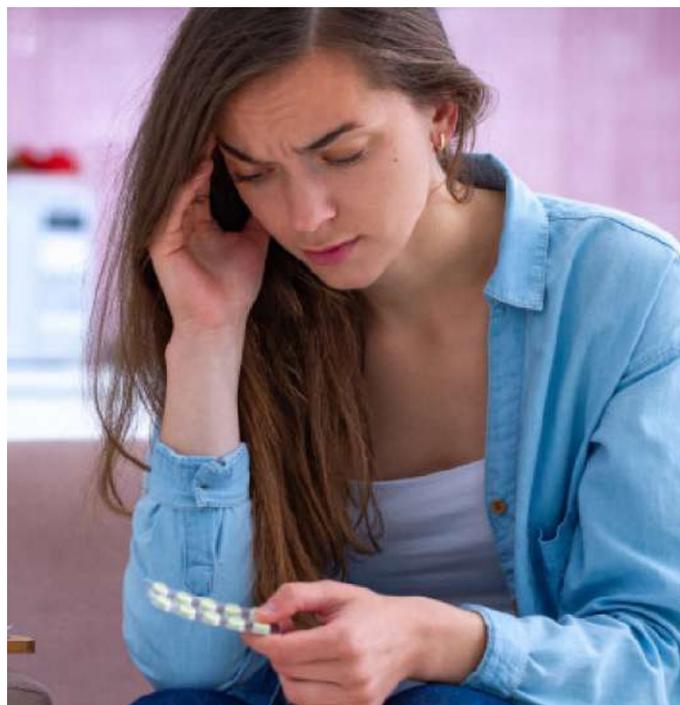
Por todo ello, el presidente de la Organización Colegial insiste en la importancia de acudir al dentista. “Este tipo de enfermedad puede incrementar los problemas bucodentales y la necesidad de realizar distintos tratamientos”, asegura.

Igualmente, es importante realizar un correcto cepillado, al menos dos veces al día con pasta fluorada, para evitar el acúmulo de la placa bacteriana y la aparición de caries y patología periodontal. Además,

se recomienda evitar los productos precocinados o envasados, así como la ingesta abundante de bebi-

das carbonatadas, ya que provocan caries y sobrepeso en este tipo de pacientes que suelen ser sedentarios.

En ocasiones el paciente depresivo descuida su alimentación y su higiene oral



INVESTIGADORES OBSERVAN QUE LAS BACTERIAS QUE CAUSAN PERIODONTITIS SE TRANSMITEN DE PADRES A HIJOS

Los adultos con periodontitis transmiten bacterias que pueden causar la enfermedad en el futuro a sus hijos. Estas bacterias permanecen en la cavidad bucal incluso cuando los niños se someten a tratamientos de diversa índole. Esta es la principal conclusión de un estudio realizado en la Universidad de Campinas (Unicamp) en el estado de São Paulo, Brasil, y publicado en 'Scientific Reports'.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria de las encías que en los casos graves conduce a la pérdida de huesos y dientes. Un estudio liderado por investigadores de la Universidad de Campinas en Brasil refuerza la necesidad de un tratamiento de

prevención y seguimiento a partir de la primera infancia para evitar su desarrollo ya que han observado que las bacterias que causan periodontitis pueden transmitirse de padres a hijos.

La periodontitis es una inflamación del periodonto, el tejido que sostiene los dientes y los mantiene en los huesos maxilares y mandibulares. La enfermedad es provocada por una infección bacteriana. Los síntomas incluyen sangrado de encías y halitosis. Si las bacterias u otros microorganismos que causan la periodontitis ingresan al torrente sanguíneo, pueden desencadenar otros tipos de inflamación en el cuerpo. El tratamiento incluye la limpieza de las bolsas alrededor de

los dientes por un dentista o higienista y la administración de medicamentos antiinflamatorios o antibióticos.

“El microbioma oral de los padres es un determinante de la colonización microbiana subgingival de sus hijos”. Así lo afirman

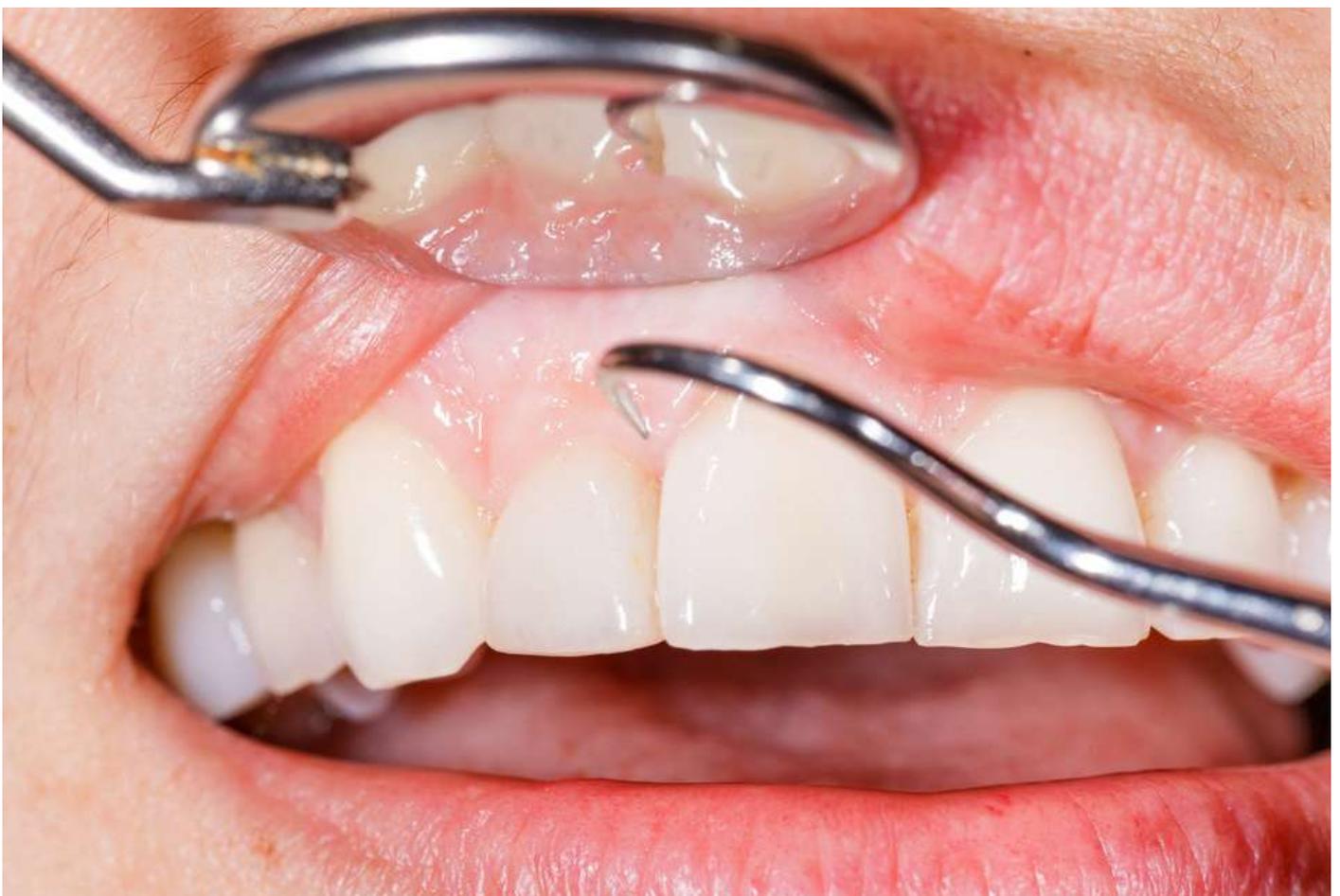
El estudio refuerza la necesidad de un tratamiento de prevención y seguimiento a partir de la primera infancia para evitar su desarrollo

los autores del artículo en sus conclusiones. Además, agregan que “la microbiota disbiótica adquirida por los hijos de pacientes con periodontitis a una edad temprana es resistente a los cambios y la estructura de la comunidad se mantiene

incluso después de controlar el estado de higiene”.

Según la cirujana dental Mabelle de Freitas Monteiro, primera autora del artículo, ella y su grupo han estado investigando la periodontitis durante diez años, observando a los padres con la enfermedad y su impacto en la salud de sus hijos. “Si los hallazgos se aplican a la práctica dental diaria, se puede decir que el estudio ayudará a diseñar enfoques más directos”, señala.

El investigador principal, Renato Corrêa Viana Casarin, es profesor de la Facultad de Odontología Piracicaba (FOP) de la Unicamp. Casarin afirma que los padres deben empezar a cuidar la salud de las encías de sus hijos cuando



son bebés. “Este estudio pionero compara a padres con y sin periodontitis. En los niños del primero, encontramos colonización bacteriana subgingival a una edad muy temprana.

Sin embargo, “heredar” el problema no significa que un niño esté destinado a desarrollar la enfermedad en la edad adulta. De ahí la importancia de estar atento a las señales más pequeñas y buscar ayuda especializada”, explica.

¿Qué bacterias se han encontrado?

En el estudio FOP-Unicamp dirigido por Casarin y Monteiro, se recolectaron muestras de placa y biopelícula subgingival de 18 adultos con antecedentes de periodontitis agresiva generalizada (grado C), sus hijos de 6 a 12 años y 18 adultos

con salud oral. Además de a un análisis clínico, las muestras también fueron sometidas a un análisis microbiológico y secuenciación genética por investigadores de la Universidad Estatal de Ohio en los Estados Unidos bajo la supervisión de la profesora Purnima Kumar.

“Los hijos de padres con periodontitis fueron colonizados preferentemente por ‘Filifactor alocis’, ‘Porphyromonas gingivalis’, ‘Aggregatibacter actinomycetemcomitans’, ‘Streptococcus parasanguinis’, ‘Fusobacterium nucleatum’ y varias especies pertenecientes al género ‘Selenomonas’ incluso en ausencia de periodontitis”, señala el artículo.

Estos patógenos también surgieron como discriminadores sólidos de las firmas microbianas de los hijos de padres con periodontitis.

Casarin dijo a Agência Fapesp que a pesar del control de la placa bacteriana y el cepillado vigoroso, los hijos de personas con la enfermedad todavía tenían las bacterias en la boca.

Además, los efectos de la higiene y profilaxis dental eran más significativos en los hijos de sujetos sanos. “Debido a que los padres tenían periodontitis,

que el análisis de colonización bacteriana apuntaba a una mayor probabilidad de transmisión por parte de la madre.

El grupo de investigación ahora trabajará con mujeres embarazadas en un esfuerzo por “romper el ciclo” previniendo la colonización bacteriana de la boca de sus hijos. “Trataremos a las ma-

El investigador principal, Renato Corrêa Viana Casarin, destaca la importancia de estar atento a las señales más pequeñas y buscar ayuda especializada

sus hijos asumieron esta comunidad con características de enfermedad.

Llevaron la información bacteriana a sus vidas adultas”. También agregó

dres durante el embarazo, antes de que nazcan los bebés, y trataremos de averiguar si es posible evitar que ocurra la colonización bacteriana”, concluye.

MÁS DEL 59% DE LA POBLACIÓN DE ENTRE 35 Y 44 AÑOS NECESITA ALGÚN TIPO DE PRÓTESIS DENTAL

Según la Encuesta de Salud Oral en España 2020, publicada por el Consejo General de Dentistas, el porcentaje de población que necesita algún tipo de prótesis dental es alto en las diferentes cohortes de edad analizadas, pero se mantiene estable desde la última encuesta realizada en 2015.

En concreto, los datos del estudio muestran que en el grupo de 35-44 años un 23,6% y un 33,3% precisa algún tipo de prótesis, en el maxilar superior e inferior, respectivamente. A

yendo en este grupo con pequeñas, pero constantes diferencias de encuesta en encuesta: 20,4% en 2005 frente a 15,9% en 2020.

En cuanto al tipo de prótesis, la más utilizada es la prótesis sobre implantes, especialmente la fija que pasa de un 0,2% en 2005 a un 11,9%-14,8% en 2020, según sea inferior o superior. Asimismo, el porcentaje de población que necesita de algún tipo de tratamiento con prótesis dental es alto, un 59,4%, se mantiene estable desde la última encuesta

años, entre el 38,8% y el 47,1% precisa algún tipo de tratamiento de prótesis, siendo el porcentaje de portadores de prótesis superior en las mujeres (73,3%) que en los hombres (64,9%). Respecto a la tipología de

table desde la última encuesta, pero disminuye significativamente desde 2005 cuando era del 65.2%.

En términos generales, la prótesis removible pierde presencia en favor de otro tipo de prótesis fija o

La prótesis removible pierde presencia a favor de otro tipo de prótesis fija o sobre implantes oseointegrados

prótesis, disminuyen los portadores de prótesis completas, del 15,6% en 2005, al 8,7% en 2015 y 6,6% en 2020. Por el contrario, se disparan los portadores de prótesis sobre implantes, fija y removible, del 1,1% en 2005 al 13,4% en 2020.

El porcentaje de población que necesita colocarse algún tipo de prótesis dental es también alto, un 42,7%, y se mantiene es-

sobre implantes oseointegrados. Esto es debido a una menor pérdida de dientes, unos tramos edéntulos menores, el efecto generacional de una población con más educación sanitaria y con mayor acceso a recursos asistenciales, así como por los avances de la Odontología que ofrecen soluciones más parecidas a los dientes naturales que la prótesis removible.

El porcentaje de población que necesita de algún tipo de tratamiento con prótesis dental es alto, un 59,4%, aunque menor que el 72,2% de 2005

pesar de estos datos, los portadores de prótesis (fija o removible) va disminu-

ta, pero disminuye desde 2005 cuando era del 72,2%.

En la cohorte de 65-74

LA COMISIÓN DE ESPECIALIDADES ANALIZA EL NUEVO PROYECTO DE REAL DECRETO DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD

El pasado viernes 16 de abril, el Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas, se reunió con los miembros de la Comisión de Especialidades con el objetivo de realizar un informe, a petición del Ministerio de Sanidad, del Proyecto de Real Decreto -en trámite de audiencia- por el que se regula la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la creación y revisión de los títulos de especialista en Ciencias de la Salud y de los diplomas de área de capacitación específica, el acceso

y la formación de las áreas de capacitación específica, y se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación.

A la reunión, presidida el Dr. Castro, asistieron el Dr. Juan Carlos Pérez Varela, presidente de la Sociedad Española de Ortodoncia (SEDO) y de dicha Comisión; el Dr. Miguel Peñarrocha Diago, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (Secib); el Dr. Eugenio Cordero Acosta, miembro de SEDO; el Dr. Francisco García Lorente, vicepresidente del Consejo General de Dentistas; el Dr.

Luis Giner Tarrida, decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC); el Dr. Miguel Ángel López-Andrade Jurado, vocal del Comité Ejecutivo del Consejo General de Dentistas; y el letrado del Consejo General de Dentistas, Pablo Malvárez. En el encuentro se trabajó con el informe propuesto, previamente, por el Comité Ejecutivo de la Organización Colegial sobre el Proyecto de RD, que fue valorado muy positivamente.

Asimismo, se realizaron diferentes aportaciones al mismo, con el fin de contar con un documento lo más

completo y participativo posible, y con el objetivo fundamental de que recoja un procedimiento claro para la creación de las especialidades odontológicas.

“Este futuro Real Decreto supondrá un gran avance para la creación de las especialidades en odontología. Una reivindicación sectorial en la que llevamos años trabajando para procurar una mayor y mejor formación y capacitación de los odontólogos, que se verá reflejada en la calidad y seguridad asistencial a nuestros pacientes y nos equipará con el resto de los países de la Unión Europea”, asevera el Dr. Castro.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS RECLAMAN IMPULSAR UN NUEVO PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD

Con motivo del Día Mundial de la Salud que se celebra hoy 7 de abril, los 858.468 profesionales sanitarios de nuestro país, representados por sus Consejos Generales de Dentistas, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Logopedia, Medicina, Ópticos-Optometristas, Podología, Psicología y Veterinaria manifiestan su vocación de servicio y compromiso con la salud de los ciudadanos y reclaman varios aspectos a las administraciones. Por todos ellos, concluyen que es necesario impulsar un nuevo pacto de Estado por la sanidad.

En primer lugar, piden participar en la toma de decisiones. A su juicio, el actual escenario de reconstrucción social y sanitaria, tras más de un año de

pandemia en España, hace “necesaria y urgente” una mayor participación de los consejos generales y los colegios en la toma de decisiones que afectan a las profesiones en particular y al sistema sanitario en general. En este sentido, se han comprometido a “construir un mundo más justo y saludable” en el desarrollo de su ejercicio profesional. Para ello, han instado a las autoridades sanitarias a que garanticen la equidad y la cohesión dentro del Sistema Nacional de Salud. El objetivo es evitar las desigualdades entre la población en el acceso a los servicios sanitarios, asegurando el principio de igualdad de todos los ciudadanos en las estrategias preventivas y asistenciales.

Además, como repre-

sentantes legales de las profesiones sanitarias, han pedido a las administraciones estatales y autonómicas, en el marco de cogobernanza, un mayor compromiso y la apertura de nuevas vías de diálogo permanente para revertir la situación del último año, en la que han permanecido al margen de la gestión de la pandemia sin mecanismos de consulta articulados en esta emergencia para favorecer el intercambio de conocimiento y experiencia. Por otro lado, solicitan el “urgente desarrollo e implementación del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria” como vía para comenzar a reforzar los recursos de la Atención Primaria como pilar esencial del SNS. Este marco fue aprobado por el

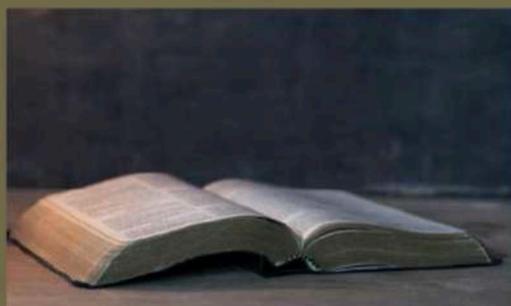
Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, subrayan la importancia de la puesta en marcha de “una verdadera continuidad asistencial socio-sanitaria”, mediante el refuerzo de mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, servicios sociales y centros residenciales para garantizar la continuidad efectiva de cuidados integrales e integrados.

Por último, destacan la necesidad del desarrollo de la Ley General de Salud Pública (2011) y el aumento de recursos en torno a la prevención. Así como el empleo de todos los recursos profesionales y asistenciales disponibles, como son entre otros, los establecimientos sanitarios.

NUEVO LIBRO DE ANTONIO BASCONES

Un diario escondido en la
mítica habitación 126, de la
Posada del Peine, desvelará
oscuros misterios...

¿Cuántas personas escribieron
en él? ¿Durante cuántos siglos?
¿Por qué?



Pedidos a:

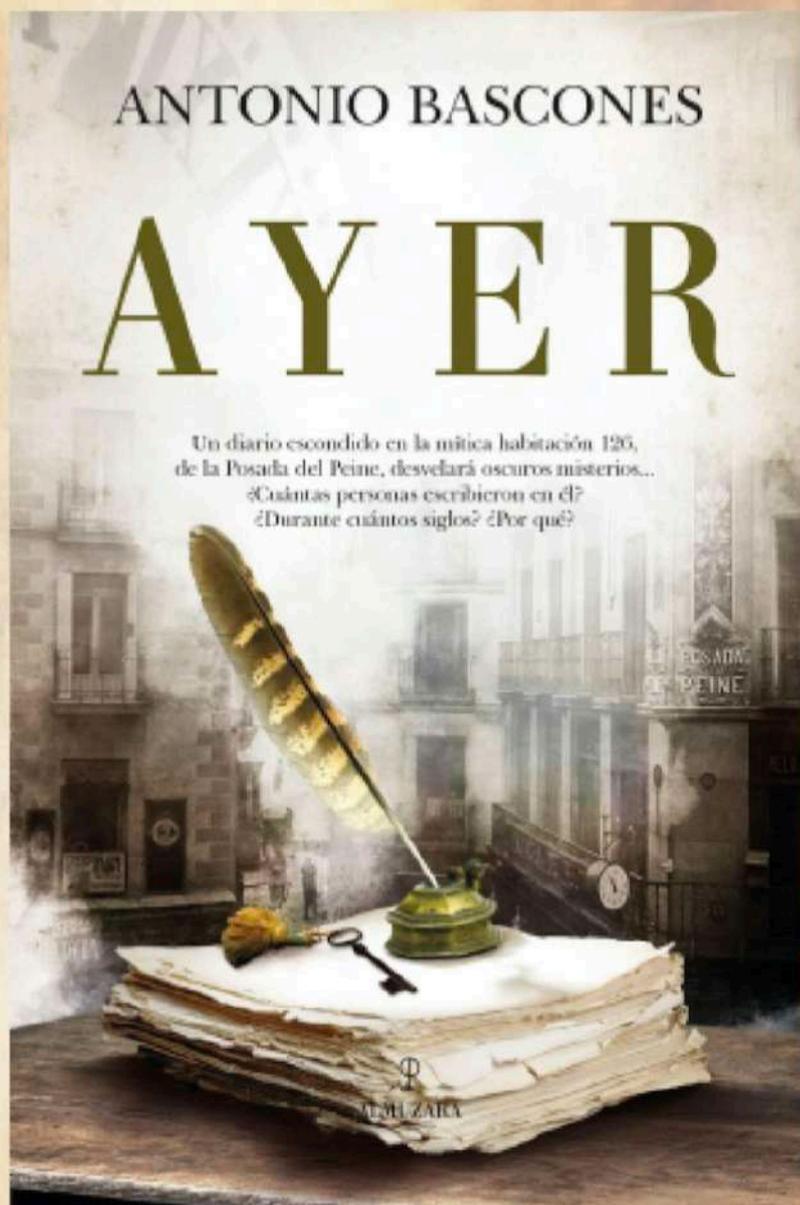
avancesmedicodentales@gmail.com

Precio: 19€

(Gastos de envío no incluidos)



EDICIONES AVANCES



Un novelista con falta de inspiración se encuentra con la mejor trama de su vida: un diario del siglo XVIII, escondido en la mítica posada del Peine de Madrid, en el que diferentes personalidades plasmaron su desesperación a lo largo de los siglos.

En 1705, el conquistador Alonso de Alvarado, desembarca en el pequeño pueblo costero de Tazones. Ha perdido a toda su familia en Perú y desea establecerse en Madrid, la corte dieciochesca, para relacionarse con la Ilustración y el movimiento de los novatores, no sin antes esconder su inmensa riqueza en un lugar que solo pueda localizar el anónimo mercedor de su legado. Sobrevivir en alguien, a través del tiempo...

Un hilo invisible, en forma de legajo, estrechará los lazos entre estos dos hombres separados por tres siglos de distancia. Unas páginas que han ido redactando, de su puño y letra, grandes personalidades que atraviesan distintas centurias y enclaves: El París de la resistencia, Oradour, Boston, Nueva York... Guerras, asesinatos, persecuciones, exterminios, amor y desamor, todo ello hilvanado en un secreto diario que no es sino la llave maestra para el mayor de los arcanos.



J. ANTONIO GASCÓN

Médico Estomatólogo
 Profesor de Anatomía
 Violinista

"A los 12 años yo era el masajista del equipo del balompié local.

El entrenador era Félix Omeñaca Jiménez, un hombre excepcional, que me enseñó a dar masajes.

Yo quería, cuando fuera mayor, ser médico como él."



En la Real Academia de Medicina de Zaragoza

PREGUNTA: ¿Cómo surgió su vocación por la Medicina?

RESPUESTA: En Sariñena (Huesca), mi pueblo. A los 12 años yo era el masajista del equipo del balompié local. El entrenador era Félix Omeñaca Jiménez, un hombre excepcional, que me enseñó a dar masajes. Yo quería, cuando fuera mayor, ser médico como él.

P.- ¿Estudió en Zaragoza?

R.- Sí, conseguí una beca en la Escuela Rural de Cogullada. Empecé el Bachillerato, algo viejo y un tanto contra natura. Tenía 16 años cuando hice el Ingreso. El P. Blanco, catedrático de lengua, me animaba mucho. Trabajaba de barnizador y me examinaba por libre en el Instituto Goya. Después fui fámulo en el Colegio santo Tomás de la familia Laborreta. Miguel, el poeta, era una buena persona. También trabajé, sin papeles, en el Colegio mayor Pignatelli, sirviendo al jesuita Javier Arzallus, un cura algo rudo.

P.- ¿La Universidad?

R.- Bien. Empecé en 1959 y me examiné de la Licenciatura en 1965. Tuve buenos profesores: Gó-

mez-Lus, Solsona, García Julián, Marín Górriz, Guillén, Azúa, Romero, Lorén, Mateo Tinao, Pérez Argilés, Rey Ardid, Pie Jordá, Civeira, Recasens, Peg, Escolar, Fairén... Tuve muchas becas aunque de poca cuantía. Gracias al violín no morí de hambre. Sufrí un eritema nudoso síntoma de mi debilidad física. Me curaron, a partes iguales, el doctor Omeñaca y mi madre con sus impagables cuidados y desmedida sobrealimentación. Omeñaca me decía que el esfuerzo que yo hacía como barnizador a goma laca era similar al de un minero.

P.- ¿Y las prácticas en el sanatorio antituberculoso de Agramonte?

R.- Muy importantes en mi formación médica. Había unos 115 enfermos casi todos mujeres. José Luis Andrés operaba los jueves. Aprendí mucho de patología respiratoria. Las hemoptisis eran copiosas con complicaciones de trigémino, facial o herpes. Por otro lado la monja guisandera daba comidas sabrosísimas.

P.- ¿Por qué Estomatología?

R.- Porque había un gran campo de posibilidades.



J. Antonio Gascón. Universidad de Zaragoza



En la clase de anatomía

Dudé entre neumología, tras mi estancia en Agramonte, otorrino y estomatología. Elegí ésta y nunca me arrepentí. En Madrid hice guardias nocturnas en el barrio de Orcasitas, en la carretera a Toledo, tres o cuatro por semana. Había que comer.

P.- ¿Dónde ejerció?

R.- En Barcelona. Fui jefe de Sección de Ortodoncia en el Hospital de la Cruz Roja. Antes fui visitante en España de las consultas de Juan Antonio Rubio, en Gijón y de Alejandro Pascual, de Murcia, así como en la de José María Beca, en Madrid. También estuve en McGill (Quebec) y en Nueva York con Labruna, americano de origen italiano que chapurreaba el español. Y en el Leicester Hospital de Londres.

Años más tarde abrimos una consulta, CR de Ortodoncia, de ocho compañeros, en la calle Dos de mayo: Jacinto Freixanet, Camilo Viles, Pepe Vall-Llosera, Emilio Banchilleriá, Carlos Pla, Casas Romeu y Casas Botellé. Teníamos hasta ortopantomógrafo. Allí impartieron cursos, unos 33 en total: Elena Benito, Paco

Ferre, Enrique Bejarano, Alejandro Pascual, Antonio Font, Barri, Rodolfo de Carlos, Alonso del Hoyo, Juan Antonio Rubio, Antonio Facal, Eliseo Plasencia, Juan Font, Domingo Martín, Joaquín Travesí, Enrique Solano, entre otros.

P.- ¿El Doctorado?

R.- Defendí la Tesis en 1978. El director fue el Profesor Ruano Gil, el título: "Electromiografía de los músculos masticadores" (Temporales, Maseteros y vientres anteriores del Dígástrico). Resultó muy bien calificada, me costó más de cinco años, fue muy interesante estudiar los movimientos de apertura, cierre y diducción de la musculatura masticatoria, desplazamientos de la mandíbula en función de estímulos receptores nerviosos ubicados en la gingiva, periodonto, mucosa de los carrillos y borde de la lengua, territorio del V par (trigémino), bien conocidos por Cajal.

P.- ¿El violín?

R.- Una idea de mi padre, comencé con el solfeo a los 8 años con un virtuoso sariñenense, José Guioni Levetti. Mi padre me compró

"Tuve muchas becas aunque de poca cuantía. Gracias al violín no morí de hambre"

un violín tres cuartos que estaba roto y que él, buen ebanista, arregló y barnizó. Formamos una orquesta llamada "Juventud" con la que tocábamos por los lugares de Aragón que nos contrataban. Todos éramos discípulos del gran maestro Guioni. Las jornadas musicales en las fiestas de los pueblos eran muy largas: rondas de jotas, pasacalles, Misa de Perossi o de Pío X, sesión de tarde, y por la noche, hasta la madrugada. Pero yo era feliz. Comíamos mucho y bien en las casas de los mozos. Y nos pagaban relativamente buenos sueldos. Luego, en Zaragoza, recibí clases de Manuel Pallás que había sido Premio Sarasate en Madrid.

Este galardón se daba al mejor violinista joven de España. Al empezar Medicina dejé de asistir al Conservatorio. Me dolió pero no podía con todo. Además como barnizador me pagaban las horas a bajo precio. Y como fámulo aún ganaba menos. En 1961 estuve todo el verano fregando platos en un hotel en Ginebra (Suiza).

P.- ¿Y la Anatomía?

R.- Conseguí una plaza de profesor Asociado en la cátedra de Anatomía Humana de la Universidad Central de Barcelona; Catedrático Ruano Gil. Allí estuve más de 30 años. En la sala de Disección se hacían cursos de Implantes sobre cadáveres dirigidos por los doctores Pina Ramón, Vellilla López y la doctora Carmen Ros, los tres estomatólogos de prestigio.

P.- ¿Y la Tuna Universitaria?

R.- Fui violinista de la Estudiantina durante toda la carrera. Para mí fue una escuela de ciudadanía: viajes por España y resto de Europa, amigos con los que todavía me veo, opción de conocer gente, ver mundo...y ganar algunas pesetas.

Llegamos a actuar en televisión en Viena y en el Consulado español de Stuttgart (Estuardia). Otras veces en teatros, parques, salones, restaurantes, domicilios familiares o lugares públicos; en todo tipo de escenarios.



J. Antonio Gascón con violín



J. Antonio Gascón con violín

P.- ¿Y muchas celebridades?

R.- Sí, más de una: Juan March y señora, Emilio Romero, Françoise Hardy, Girón de Velasco, Reina Victoria, Juan de Borbón, Serenella, Carmen Sevilla, Federico M. Bahamontes, José Borrell, Jacob Klaesi, Marisol Flores, familia Goyanes, Jacqueline Roque Picasso, Paloma Picasso, Pablo R. Picasso...multitud.

P.- ¿También Picasso?

R.- Fue muy emotivo. El 14 de julio de 1964, fiesta nacional en Francia, al atardecer estábamos cinco tunos tocando nuestro repertorio en una terraza de Niza, cerca del Hotel Negresco, cuando nos abordó el gran pintor; -¿Sois españoles?- De Zaragoza, estudiantes de Medicina, don Pablo.-¿Como corréis, os venimos siguiendo con mi esposa y mi hija y no os dábamos alcance!- Un gran gentío se acercó a Picasso

para pedirle autógrafos. El dueño de la terraza nos invitó a pasar dentro del hotel. Estuvimos con el genio más de hora y media. Éste nos gratificó muy generosamente.

Pablo Picasso mostraba aquel día auténtica pasión hablando de su íntimo amigo Luis Miguel Dominguín. Meses antes le había quitado él mismo la sutura tras una grave cornada del diestro. Toda la familia fue a pasar el postoperatorio del maestro en Vallauris, domicilio entonces del malagueño. Mencionando al diestro se le iluminaban los ojos y la facies adquiría arcangélica dimensión, arrobado arrollador. No paró de hablar. - Habladles en español pues tanto mi esposa como mi hija lo entienden perfectamente. No sé cuando volveré a la Patria, en cualquier momento. Mi pasaporte sigue siendo español pese a múltiples peticiones que me hacen aquí. El corazón nun-

ca cambia. Soy socio fundador del club Taurino de París-. Súbitamente, sin dejar de fumar, nos dibujó con un rotulador, en el reverso de la pandereta, un tema de Toros después de hacerlo en las cintas de la capa. Yo estaba sentado a su derecha y en tres minutos escasos surgió su duende: con trazo firme, sin titubeos, cinceló un castoreño y la cabeza de un hombre fornido, la chaquetilla, los zahones y el cuerpo de un picador con la puya, el caballo y el toro embistiendo. Volvió a realizar el mismo motivo que hiciera en su Málaga natal en 1889, a sus 8 años: el picador de la Malagueta. El único óleo del que jamás quiso desprenderse. Muchos años más tarde editó "Toros y toreros" buscadísimo libro para bibliófilos con textos de Dominguín y donde rinde una permanente identificación con el Minotauro.

Cuando nos despedimos, cantando todos de pie

"Adiós con el corazón", Picasso lloraba como un niño. Aquellos ojos negros como el azabache y grandes como platos quedaron inundados. Paloma, de 16 años, con muy pintados labios, mostraba blanquísimos dientes en perfecta oclusión. Jacqueline, frisando los 40, hablando muy poco, decía ser amiga de Lucía Bosé. Era ésta admiradora del pintor zaragozano Manuel Viola, miembro en Madrid, del grupo "El Paso" juntamente con Pablo Serrano escultor turo-lense y con Antonio Saura, goyesco y muy taurino y que presumía de oscense. Suya es la frase: - El lienzo es un campo de batalla interminable-. Añadía Jacqueline que de los tres hijos del torero Dominguín, la preferida del pintor era Paola, su ahijada, que de haber sido varón se hubiera llamado Pablo. Jacqueline cubría su largo cuello con un pañuelo tornasolado que le llegaba hasta la cintura.



José Guioní en Sariñena. Escultor Jorge Egea

P.- ¿Y la Ortodoncia?

R.- Muy solicitada para los niños y algo menos para los adultos. Y entonces, en muchos casos, subvencionada en gran parte si se trataba de familias no pudientes.

P.- Odontólogos o Estomatólogos?

R.- Se trata del ejercicio de la Medicina en una parte interna de la cabeza humana. No es solamente el diente es el paciente. La salud bucodental. Es esencial dominar bien la estomatología (el cáncer de boca ha aumentado de forma exponencial), microbiología, anatomía de la orofaringe, ética y deontología, sofrología, farmacología, articulación temporomandibular, chasquido, bruxismo, onicofagia, succión digital, electroterapia (onda corta

y ultrasonidos), implantología, idioma inglés. No ser menos que un otólogo.

Pierre Fauchard, H. Peter Bimler y Claude Duchateaux conocían perfectamente el aparato estomatognático. Y antes que ellos el palentino Francisco Martínez del Castrillo, médico de Felipe II, autor del famoso libro "Enfermedades de la boca", en donde hace descripciones de la Odontopediatría por primera vez en Europa. T. Graber, grande de la ortodoncia, era partidario del odontólogo médico, lo que defendía con vehemencia. Jiménez Díaz

hablaba del "Enfermo de los dientes". Juan Silvestre, ex profesor en Sevilla, considera que el odontólogo tiene que saber más Medicina y de la misma opinión es la doctora Carmen Ros, de Barcelona, como se dijo.

Hay que valorar lo que es un épuilis, una leucoplasia o un liquen ruber plano así como un virus papiloma humano. También los sorprendentes efectos de la terapia neural, basada en los cordales (Huneke). Diagnosticar el sida bucal, o un sarcoma de Kaposi, el muguet o candidiasis.

Observar una litiasis en el suelo de la boca, (ránula), las aftosis, pensar en una hiperglucemia, fluorosis, fibroma lingual, neuralgia del trigémino, biopsia, glositis, paladar duro, paladar blando, glosodinia, parafunciones, frenillos y verrugas linguales, macroglosia hipotiroidea generando "mordex apertus", respiración bucal por hiperplasia amigdalina, paladar ojival con disfunción fonética, labio superior hipotónico generador de la antiestética sonrisa gingival,

erupción en labios y mucosa de las mejillas (Fordyce), vinculación del colmillo superior con los pares craneales óptico y oculomotor ("El diente del ojo" de los daneses). Asialia por ansiolíticos con predisposición a caries, alergia con boca seca y posible halitosis, pequeñas vesículas en labios por la glosopeda de rumiantes domésticos. Queilitis, manchas de Koplik... En los individuos uricémicos, (gotosos), la patología alveolo-dentaria es un síntoma casi obligatorio.

Ocurre lo mismo entre los diabéticos. Y hay que pensar en la periodontitis previa en las afecciones crónicas del hígado. Saber que por la saliva se pueden transmitir la hepatitis B, el herpes, parotiditis y varicela. Tener presente la sequedad de la boca por tensión emocional, nerviosismo, angustia, ansiedad y una posible anómala relación entre la glucosa y la saliva (Bascones Martínez).

En el síndrome de Sjogren hay dos síntomas principales: ojos y boca secos. Los recientes hallazgos de la relación directa entre la boca urente y la lengua despapilada con la covid 19 demuestran, una vez más, que el sanitario de la boca humana no puede alejarse de la Medicina.

"Conseguí una plaza de profesor asociado en la cátedra de Anatomía Humana de la Universidad Central de Barcelona"



Trovador



Escenas de la tuna

Los españoles olvidados en la exploración del Septentrión Novohispano: La exploración de Alaska (2)



Por José Antonio Crespo-Francés

En 1536 cuando Hernán Cortés desembarcó con su tripulación en lo que hoy se conoce como Baja California, creyeron que habían llegado a la tierra de Calafia.

Una parte del original de "Las sergas de Esplandián" fue traducida por Edward Everett Hale para la Sociedad de Anticuarios y la historia se imprimió en la revista Atlantic Monthly en 1864. En 1770, toda la costa del Pacífico norte era española, como parte del Virreinato de Nueva España, y a aquella insular imaginaria, luego con-

firmada como península, a las puertas del Estrecho de Anián, se le dio el nombre de California y las personas de habla española que vivían allí, fueron llamados Californios.

Así es como California, antes de ser descubierta ya era una isla situada en el mapa subconsciente de los españoles, y es una de las pocas tierras del mundo que fueron bautizadas antes de ser descubiertas.

Al respecto nos informa Michael Mathes : ..."En particular en España, la isla de Calafia fue

descrita veintitrés años antes de su descubrimiento".

Actualmente es difícil encontrar ejemplares de las Sergas de Esplandián pero en su tiempo llegó a ser un texto muy popular.

El regidor de Medina del Campo, Garci Ordóñez de Montalvo, siendo impresor, en esa población uno de los centros culturales más importantes a principios del S.XVI, aprovechando la gran demanda de libros de caballería, de gran popularidad durante el S.XV y XVI; aprovechó el buen mercado y decidió publicar una obra que alcanzó una difusión increíble para su época. Resultó ser el libro quinto de la obra Amadís de Gaula, que llevaba

más de ochenta años de popularidad y que se distribuía también en Francia y Alemania; precisamente eran aventuras en lugares legendarios donde siempre solían encontrarse dragones grifos y Amazonas...

El libro de las Sergas de Esplandián tras ver la luz en 1510 fue, casi inmediatamente, prohibido por una corona temerosa que desconfiaba de la gran influencia que tenían esos libros en la conciencia colectiva y los tachaba de corruptores, condenándolos al fuego, del mismo modo que vemos ocurrir las cosas en el Quijote. El texto trata de los viajes que Esplandián, hijo de Amadís de Gaula, hace a Grecia, Persia, Britania y



ITINERARIO DE CABEZA DE VACA (1535-36) DE LOS CUATRO SUPERVIVIENTES DE LA EXPEDICIÓN DE NARVÁEZ A LA FLORIDA (ABRIL 1528)



ITINERARIO DE CABEZA DE VACA (1535-36) DE LOS CUATRO SUPERVIVIENTES DE LA EXPEDICIÓN DE NARVÁEZ A LA FLORIDA (ABRIL 1528)

MATHES W., Michael: Sebastián Vizcaíno y la expansión española en el Océano Pacífico, 1580-1630. Instituto de Investigaciones

las Indias orientales, conocidas por la noticia de los viajes de Marco Polo su estancia en el reino del Khan, Catay y Cipango.

Por supuesto, en esa época, principios del S. XVI, se consideraba caballero de éxito y fama a todo aquel que hubiera visitado las Indias de Colón. En el capítulo 157 de las Sergas de Esplandián nos dice Garci Ordóñez de Montalvo: "a la diestra mano de las Indias hubo una isla llamada California, muy llegada a la par-

te del paraíso terrenal". Y así nos sigue describiendo estas islas, a su reina, la reina Calafia; a sus "soldaderas", las amazonas, "que montaban en grifos, que se adornaban con perlas y oro...".

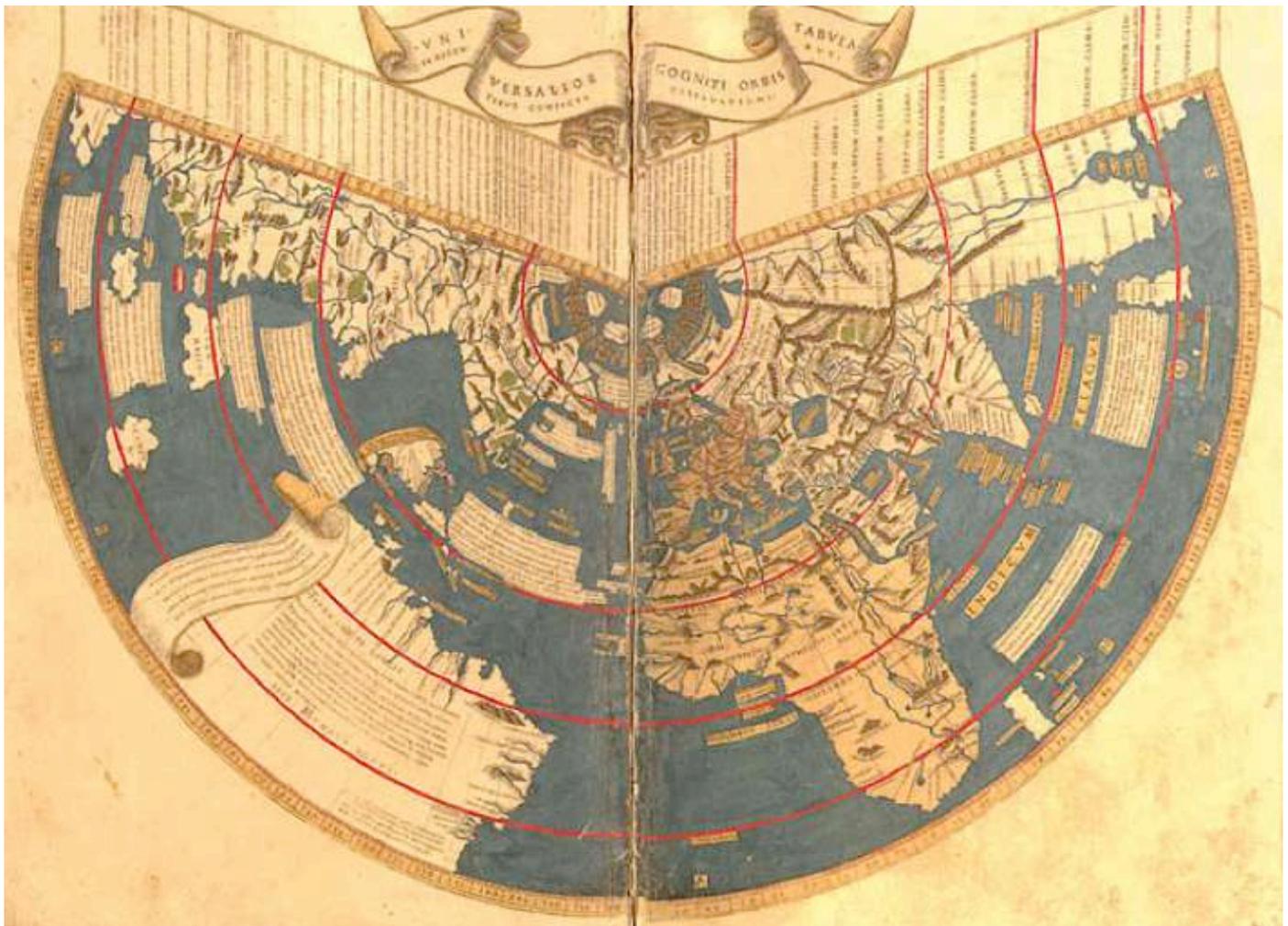
Conviene recordar aquí que el almirante Cristóbal Colón pensó que en las tierras recién descubiertas por él, debía encontrarse el Paraíso Terrenal y que dedicó tres de sus viajes a la búsqueda del ansiado jardín del edén, así como del paso

al "ancho Ganges que decía Marco Polo", el que después será conocido como estrecho de Anián, otro mito que se llegó a convertir en la gran esperanza del reino español.

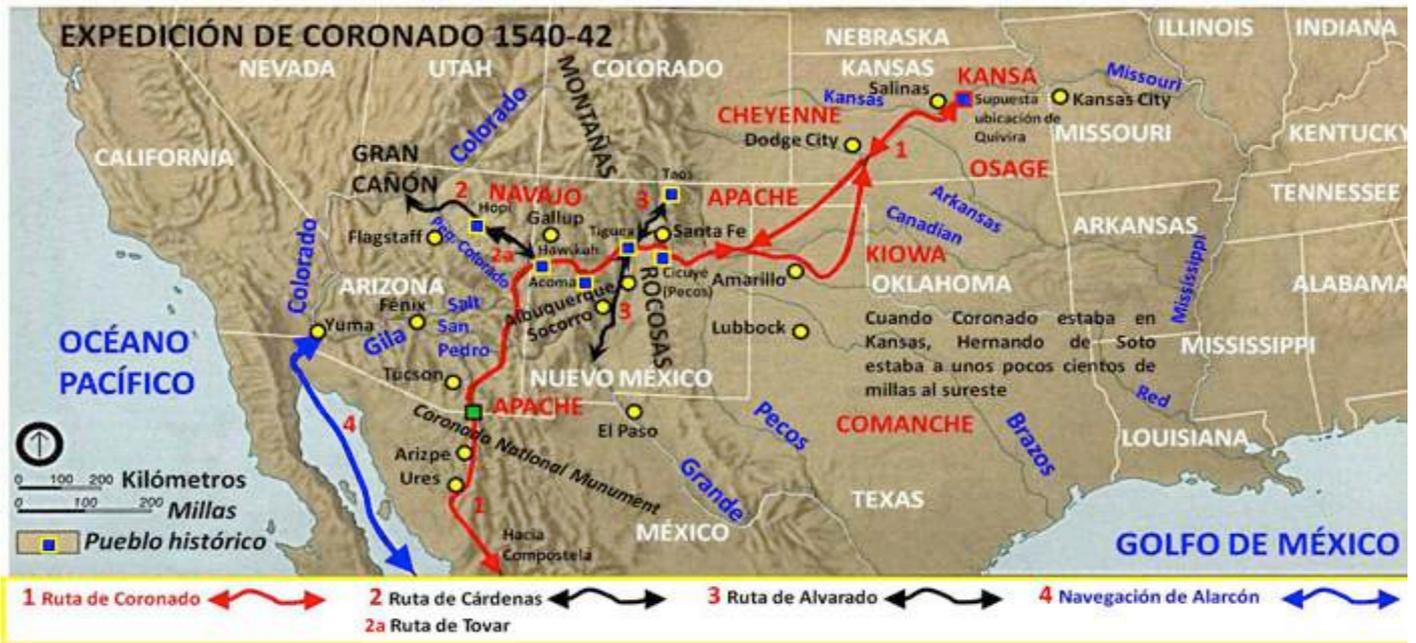
Todos los exploradores que entraron a América a partir de 1519 eran seguidores de este tipo de literatura, todos sentían en sus exploraciones y guerras, que estaban emulando a sus héroes y al representar en la realidad sus fantasías éstas tomaban visos de certezas.

La idea de una "isla a mano diestra de las indias", como aseguraba Montalvo, riquísima y poblada por mujeres adornadas de perlas y oro, se convirtió en la guía de nuevas exploraciones.

A pesar de ser una obra casi contemporánea a sus últimos viajes, ya en Colón mismo encontramos referencias a esta idea. Constantemente habla de estas huidizas féminas y de su reina que creyó ver esconderse en las islas del Caribe.



Planisferio de Ruysch dibujado hacia 1507. Como el planisferio de Contarini, del que podría derivar, utiliza una proyección cónica, donde los paralelos son círculos concéntricos y los meridianos líneas originadas en el polo Norte. El meridiano cero divide las dos hojas y atraviesa las islas Canarias. Los topónimos portugueses sugieren que Ruysch habría utilizado fuentes de ese origen, lo que se ve reforzado por otros detalles, como la presencia de Taprobana (Sumatra) y Madagascar o los numerosos detalles que figuran en la India con otras tierras exploradas por marinos portugueses. Al oeste de Groenlandia se encuentra el país de Gog y Magog. Al sureste de Groenlandia se encuentra la isla de Antilia con una leyenda que dice: «Esta isla de Antilia ha sido descubierta por los portugueses. Sin embargo, cuando se la busca es imposible de encontrar. En esta isla viven hombres que hablan español, y que en tiempos del reinado del rey Rodrigo tuvieron que huir de los bárbaros que asolaban España. Aquí tienen su sede un arzobispo y seis obispos, cada uno de ellos al frente de su propia ciudad. En consecuencia suele ser llamada "las Siete Ciudades". Los habitantes viven piadosamente y disfrutaban de todas las riquezas de este siglo». Muchas expediciones trataron de hallar en las Antillas las Siete Ciudades, y su leyenda se trasladó enseguida a la América continental, más allá de la frontera de lo conocido.



También es curioso anotar que fue justamente a raíz de los comentarios del almirante, después de su azaroso primer regreso a Europa, que Garci Rodríguez de Montalvo decidió incluir en las Sergas el mito de las amazonas. Así se confirma una vez más el diálogo constante que tienen la realidad y la literatura, retroalimentación que las nutre e inflama de pasión creadora, y según avanza la exploración el mito es situado al otro lado de la última frontera de lo conocido.

Colón con sus comentarios, afirmaciones e ideas era el hombre del momento y supo así aprovecharlo el novelista, sin pensar que a partir de ese momento California y Calafia se van a convertir en motivo de continua búsqueda junto con el estrecho de Anián; las fantásticas islas (Rica) de Oro y (Rica) de Plata; y las legendarias ciudades de Cíbola y Quivira de los posteriores descubridores.

Durante el siglo XVI existían, pues, un nombre y un concepto geográfico para una realidad que aún no había sido descubierta, y esta idea, más fuerte muchas veces que la evi-

dencia de las exploraciones, dirigirá y dará forma a la historia de muchos viajes de exploración y descubrimiento.

El mito de Cíbola y Quivira

Cíbola se suponía una ciudad legendaria llena de riquezas, que durante la época colonial se imaginaba en algún lugar del norte de la Nueva España, en lo que hoy es el norte de México y el suroeste de Estados Unidos de América cuando estaba inexplorado pues inicialmente se situaba en el Caribe.

En cuanto a su etimología, la palabra Cíbola procede de cibolo, nombre español hoy desusado que se daba al bisonte, ya que el territorio del legendario reino en donde se suponía la existencia de las siete ciudades se extendía hasta las praderas en donde, hasta mediados del siglo XIX, existían millones de estos animales.

Cíbola fue una de las fantásticas ciudades que existieron en una vieja leyenda que se originó alrededor del año 713 cuando los moros conquistaron la ciudad española de Mérida, Según la leyenda sie-

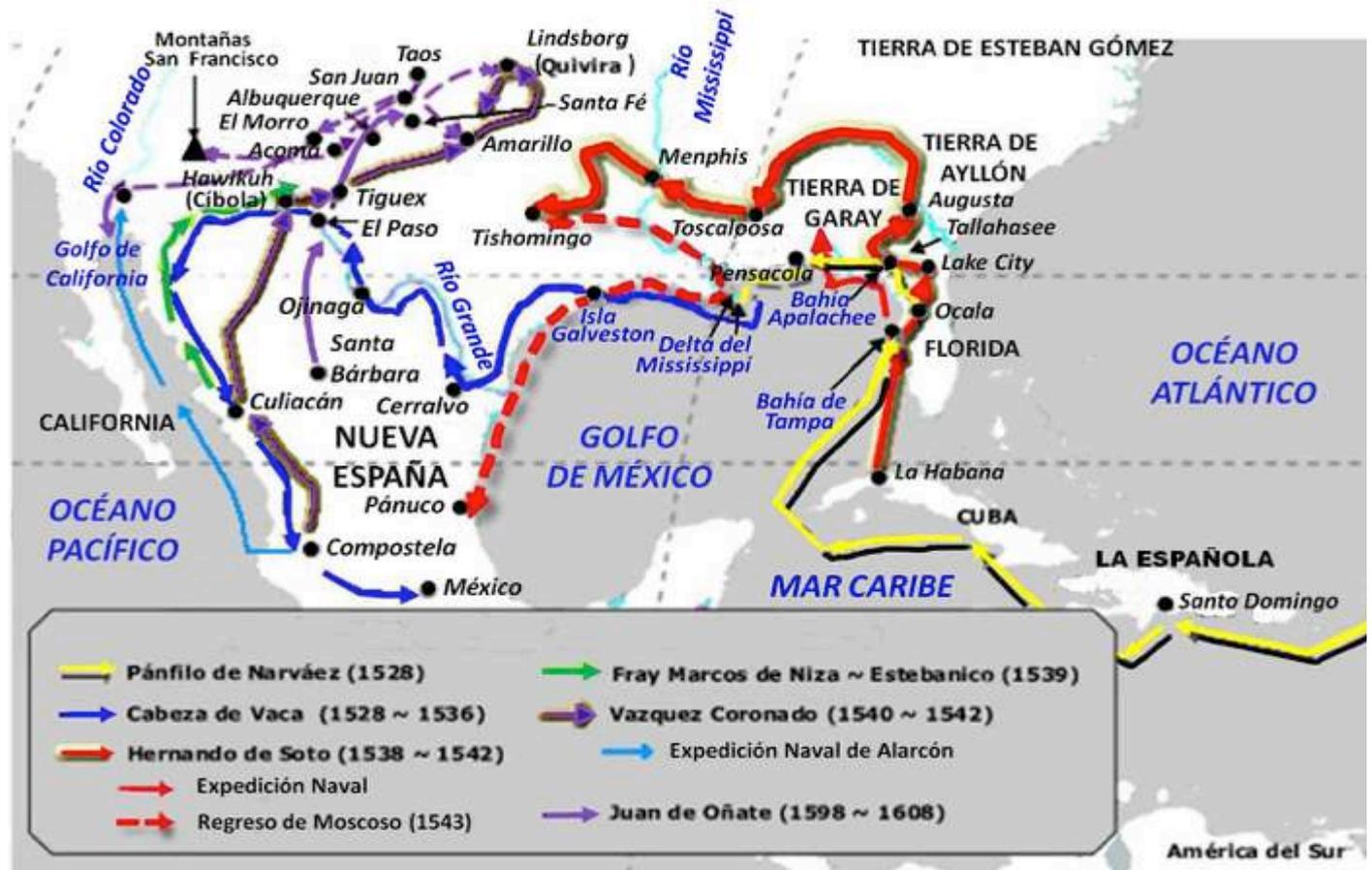
te obispos huyeron de la ciudad no sólo para salvar sus vidas, sino también para impedir que los infieles se apropiaran de valiosas reliquias religiosas. Años después corrió el rumor de que se habían instalado los siete obispos en un lugar lejano, tras embarcarse en Lisboa, más allá del mundo conocido en esa época, al otro lado del mar, y habían fundado las ciudades de Cíbola y Quivira.

La leyenda afirmaba que esas ciudades llegaron a tener grandes riquezas, principalmente en oro y piedras preciosas. Esa leyenda fue la causa de que exploradores españoles y sus gobernantes trataran en vano de encontrar durante siglos las legendarias ciudades. La leyenda creció a tal grado que con el tiempo ya no se hablaba únicamente de Cíbola y Quivira, sino

de siete magníficas ciudades Aira, Anhuib, Ansalli, Ansesseli, Ansodi, Ansolli y Con, construidas en oro, cada una de ellas había sido fundada por cada uno de los siete obispos que partieron de Mérida al ser conquistada por los moros.

De alguna manera la leyenda estaba viva en la época de las exploraciones españolas en el Nuevo Mundo, leyenda que fue alimentada por los cuatro naufragos supervivientes de la fracasada y desastrosa expedición de Pánfilo de Narváez a la Florida en 1528, los cuales a su regreso a la Nueva España dijeron haber escuchado de boca de los nativos historias de ciudades con grandes riquezas. Cabeza de Vaca escribió un libro llamado Naufragios, en el cual describió la larga aventura a pie desde la costa de

Al escuchar las noticias que relataban los naufragos de ciudades de riqueza sin límite ubicadas más al norte de la Nueva España, el virrey Antonio de Mendoza y Pacheco organizaron una expedición encabezada por el fraile franciscano Marcos de Niza



EXPEDICIONES EN BÚSQUEDA DE CÍBOLA Y QUIVIRA

Florida hasta la costa de Sinaloa en México.

Al escuchar las noticias que relataban los naufragos de ciudades de riqueza sin límite ubicadas más al norte de la Nueva España, el virrey Antonio de Mendoza y Pacheco organizó una expedición encabezada por el fraile franciscano Marcos de Niza, quien llevaba como guía a Estebanico.

Durante el viaje a un lugar llamado Vacapa, probablemente en alguna parte del estado de Sonora, envió el fraile a Estebanico por delante para investigar. Poco después Estebanico reclamó la presencia del fraile por haber escuchado de los nativos historias de ciudades colmadas de riquezas. Al enterarse de eso, fray Marcos de Niza supuso que se trataba de las "Siete ciudades de Cibola y Quivira".

Estebanico no esperó al fraile, sino que siguió avanzando hasta llegar a Háwikuh, Nuevo México, en donde encontró la muerte a manos de los nativos que hicieron huir a sus acompañantes. Fray Marcos regresó a la ciudad de México narrando que había continuado la exploración después de la muerte de Estebanico y había avistado a lo lejos una ciudad más grande que la gran Tenochtitlan y que los nativos de allí usaban vajillas de plata y oro, decoraban sus casas con turquesas y usaban perlas gigantescas, esmeraldas y otras joyas más.

Al escuchar esas noticias, el virrey organizó una nueva y gran expedición militar para tomar posesión de aquellas riquísimas tierras que el fraile le había narrado con profusión de detalles. Al man-

do de la misma quedó un amigo del Virrey, Francisco Vázquez de Coronado, quien llevaba como guía al fraile. El 22 de abril de 1540 salió Coronado de Culiacán al mando de un pequeño grupo de expedicionarios, en tanto el grueso de la expedición iría más lentamente a las órdenes de Tristán de Luna y Arellano a la vez que partía otra expedición por mar al mando de Fernando de Alarcón para abastecer a la expedición de tierra y enlazar con la misma ignorando la inmensidad continental a la que se enfrentaban.

Coronado atravesó el actual estado de Sonora y entró en el actual estado de Arizona. Allí comprobó que las historias de Marcos de Niza eran falsas al no encontrar ninguna riqueza de las que el fraile había mencionado. Asimismo resultó falsa la

aseveración del fraile que desde aquellas tierras se podía ver el mar, ya que como le dijeron los nativos a Coronado y lo comprobó él mismo, el mar se encontraba a muchos días de camino.

En la actualidad, las viejas ruinas de un antiguo asentamiento indígena en Nuevo México se conocen como La Gran Quivira. Durante la colonización española el asentamiento fue llamado Pueblo de Las Humanas. Francisco Vázquez de Coronado llamó Quivira a un asentamiento indígena cuya ubicación se desconoce hoy en día, y desde allí partió García López de Cárdena en busca de un río del cual los indios Hopi les habían hablado.

Para cuando llegó García López de Cárdena con Pedro de Tovar al Gran Cañón que formaba el río Colorado, el río ya



1570. Fragmento del atlas de Ortelius en el que se dibuja la costa de California justo enfrente y a una distancia irrisoria de Japón.

había sido visitado y bautizado en su desembocadura a cientos de kilómetros de distancia por Francisco de Ulloa en septiembre de 1539, quien llamó Ancón de San Andrés al delta del río, y ya Fernando de Alarcón lo había navegado 80 leguas río arriba y bautizado con el nombre de Río de Nuestra Señora del Buen Guía en agosto de 1540. García López no pudo encontrar una senda o atajo para bajar desde lo alto del Gran Cañón hasta el río Colorado. Sin embargo, se considera que fue el primer europeo en visitar el Gran Cañón.

EXPLORACIONES CORTESIANAS EN MAR DEL SUR.

DESCUBRIMIENTO DE CALIFORNIA

La falta de una colonización de carácter permanente en los territorios de las Californias era una de los mayores obstáculos para el traslado hacia su

parte septentrional de la frontera del norte de Nueva España.

En 1535 el asentamiento de Fernando Cortés en la Bahía de la Paz no tuvo éxito y fue abandonada, de la misma manera Sebastián Vizcaíno tuvo que abandonar su empresa, sesenta años después, en el año 1596. Diez años después los intereses de expansión en las Californias se orientaron al litoral de la costa del Pacífico, tras la expedición de Vizcaíno de 1602-03 y del descubrimiento de la bahía de Monterrey.

A pesar de todo en el año 1606 los planes para la colonización de Monterrey serían suspendidos y orientados a la Península de la Baja California más fácil de abastecer desde Nueva España, concentrándose en este punto la atención de las siguientes empresas de poblamiento y asentamiento. La leyenda de Calafia será fuerte-

mente revitalizada en pleno siglo XVI, influyendo formalmente en hombres como Cortés, Pizarro, Nuño de Guzmán, Orellana y aun en eruditos de la época como Pedro Mártir de Anglería.

En la cuarta Carta de Relación, fechada en México el 15 de octubre de 1524, escribe Hernán Cortés al emperador Carlos informándole de la preparación de naves para explorar y someter nuevos reinos sobre la Mar del Sur, idea que bullía en su mente desde hace dos años atrás, recién consumada la conquista de la gran Tenochtitlán. En 1527 zarpó hacia las Molucas Alvaro Saavedra Cerón, pero perdió sus barcos. En 1529, estando Cortés en España, firmó un asiento con la Corona, por el cual se obligaba a enviar a su cuenta "armadas para descubrir islas y territorios en la Mar del Sur" hoy llamado Océano Pacífico.

Deseaba encontrar, además del dominio territorial y las posibles ganancias en metales preciosos en las nuevas tierras a descubrir, un paso de mar entre el Pacífico y el Atlántico, pues se pensaba que si Fernando de Magallanes había encontrado un estrecho que comunicaba ambos océanos por el Sur, también debería existir otro paso por el norte. Ese paso marítimo era el mítico Estrecho de Anián, que aparecía en la cartografía de Marco Polo. En el mencionado convenio se estipulaba que de las tierras y ganancias que se obtuvieran, una décima parte corresponderían al descubridor en propiedad perpetua, para sí y sus descendientes.

En 1532, Cortés estableció un astillero en Oaxaca para disponer de barcos que fueran a explorar el Oriente y en ese año Cortés envió a Diego Hurtado de Mendoza a



Detalle de "Las siete ciudades". Es un mapa manuscrito y obra de Joan Martines, dibujado en el característico estilo mallorquín. Forma parte del atlas que incluye dieciocho cartas. Elaborado hacia 1578. La inscripción a la derecha de las "siete ciudades" describe cómo son los búfalos. Sobre este asunto Fray Bartolomé de las Casas escribía "En las cartas de marear que en los tiempos pasados se hacian, se pintaban algunas islas por aquellos mares... especialmente la isla que dicen Antilla... esta estimaban los portugueses que sea la isla de las Siete Ciudades, cuya fama y apetito ha llegado hasta nos y a muchos a hecho por su codicia desvariar y gastar muchos dineros son provecho..." Apologética Historia). Este mapa se conserva en la Biblioteca Británica. Más que una representación descriptiva, el dibujo que identifica a "Civola" en este mapa es una versión esteticista del símbolo convencional utilizado en la cartografía de la época para señalar centros urbanos: una ciudad amurallada o un palacio. Joan Martines (1556-1591), cartógrafo de origen mallorquín, cosmógrafo real por orden de Felipe II, publicó más de 30 atlas. En ellos incorporó los últimos descubrimientos realizados por españoles y portugueses. Sus trabajos mejoraron por primera vez la exactitud a la cartografía que provenía de Arabia.

explorar el Oriente, quien fracasó del mismo modo que su predecesor. Esta primera expedición enviada por Hernán Cortés a explorar la Mar del Sur partió de Acaapulco el 30 de junio de 1532, con instrucciones claras de llevar a cabo la exploración de la costa del Pacífico así como las islas más allá de la gobernación de Nueva Galicia.

La Nueva Galicia, oficialmente "Nuevo Reino de Nueva Galicia" o "Reino de Nueva Galicia", estaba formado por tres provincias que abarcaban la Provincia de Nueva Galicia, actuales Nayarit y Ja-

lisco, la Provincia de Los Zacatecas, actuales Aguascalientes y Zacatecas, y la Provincia de Colima. El Reino de Nueva Galicia era uno de los dos únicos reinos autónomos dentro del Virreinato de Nueva España.

La conquista del territorio fue consumada por Nuño Beltrán de Guzmán, cuya capital fue Santiago de Compostela, la cual fue trasladada a Guadalajara el 25 de enero de 1531, donde se estableció finalmente un obispado sufragáneo del arzobispado.

En 1786 las divisiones políticas de la Nueva España fueron transformadas en intendencias, por lo que la Provincia de Nueva Galicia y la Provincia de Colima se reunieron para formar la Intendencia de Guadalajara y por último, la Provincia de Los Zacatecas pasó a formar la Intendencia de Zacatecas.



José Antonio Crespo-Francés
 Coronel en reserva
 Doctor en Artes y Humanidades

Personajes militares del callejero de Madrid

Diego de León, la primera lanza de España



Por Juan M.ª Silvela Milans del Bosch

El teniente general Diego de León fue un genuino representante de los jefes poseedores del "espíritu jinete", compuesto de arrojo, valor, acometividad, audacia y disposición generosa para el sacrificio en beneficio de las demás Armas. La gran personalidad de este general, figura romántica y mítica del héroe, se vio reforzada al encarnar las citadas cualidades en grado sumo.

Había nacido en Córdoba (30/V/1807) y su familia era noble y rica, pues era hijo del marqués de las Atalayuelas y de María Teresa de Navarrete y Valdivia. De niño estudió en las Escuelas Pías de San Fernando (Madrid) y en el Colegio Real de Nuestra Señora de la Asunción (Córdoba). A pesar de ciertos padecimientos en la cabeza, debió ser un estudiante normal, que dejó muy buen recuerdo.

Terminados sus estudios a los 15 años, manifestó a su padre el deseo de ser militar. Por ello, su progenitor decidió "beneficiar la montura" de una compañía de Caballería y obtener así el nombramiento de capitán para Diego. Otorgado el privilegio, mediante la entrega de 74 caballos, que le costaron 160.000 reales, su hijo sería nombrado capitán del Regimiento de Almansa, 1.º de Dragones (20/VIII/1824).

El 10 de septiembre de 1926 se casó con María

del Pilar Juez Sarmiento y Mollinedo, hija del difunto marqués de la Roca, y obtendría, el 20 de diciembre del mismo año, el destino de ayudante del marqués de Zambrano, su tío, que era comandante general de Guardia Real de Caballería. Posteriormente, sería destinado a los regimientos de Coraceros (27/VII/1827) y Granaderos (30/12/1829), ambas

unidades pertenecientes a la División de Caballería de la citada Guardia.

Con motivo de la boda de Fernando VII con María Cristina, se le concedió el grado de coronel y obtendría el único ascenso de su carrera por antigüedad el 7 de octubre de 1834, siendo destinado, como comandante jefe, al 3º escuadrón del Regimiento de Lanceros de la misma división.

Deseoso de participar en la 1ª Guerra Carlista, defendiendo la causa de la libertad y los derechos

sucesorios de su legítima reina, fue enviado con su escuadrón al Ejército de Operaciones del Norte (7/XII/1834). Su primera intervención importante, al mando de su regimiento por enfermedad del coronel, se produciría en Arcos (2/IX/1835), donde evitó la destrucción de la columna del general Aldama con unas oportunas cargas. Obtuvo así su primera Cruz de San Fernando (2ª clase). Dos meses más tarde, recibiría una mención honorífica al proteger la retirada del



Diego de León con uniforme de Húsares de la Princesa (Retrato anónimo -Museo de la Academia de Caballería-).

ejército liberal entre Villarreal y Vitoria.

Por entonces, ya había adquirido una gran fama. Por ello, cuando el coronel Elío, jefe del Regimiento de Húsares de la Princesa, murió en combate, Diego de León sería elegido para mandarlo (12/III/1836). En las operaciones organizadas contra la expedición del general Gómez y después de una impresionante carga sobre el flanco derecho del despliegue carlista en Villarrobledo (20/VIII/1836), obtuvo el ascenso a brigadier y su regimiento la Corbata de San Fernando.

Durante la campaña de Cataluña, se le concedió la Gran Cruz de Isabel la Católica en Grá (12/VI/1837). Pero, enfadado con el barón de Meer, su jefe, se marchó a Barcelona. Vuelto al campo de batalla, obtendría por méritos de guerra el ascenso a mariscal de campo en Pozo-Aranzueque (9/XI/1837).

En 1838, incomunicada Pamplona, cruzó el río Arga por un vado y sin apoyo de Artillería, porque el virrey de Navarra consideraba la operación arriesgada, atacó por la espalda el reducto que defendía el puente de Belascoain (28/XI). Recibió entonces la Gran Cruz de San Fernando (5ª clase). Posteriormente, conseguiría despejar otra vez esta población, por lo que se le concedería el título de conde de Belascoain (1/V/1839).

Después del abrazo de Vergara, se le dio el mando de la División de Caballería de la Guardia Real. En Madrid, se pondría a disposición de la Reina Regente, por lo que María Cristina pretendió ascenderle. No quiso aceptar entonces el empleo de



Laureada de Diego de León (Museo de la Academia de Caballería)

teniente general, ya que no había sido obtenido en el campo de batalla; en compensación, sería nombrado gentil-hombre de SM. Vuelto a la campaña para batir los restos del carlismo en Cataluña y el Maestrazgo, obtendría este ascenso (11/III/1840) en el cerco y conquista de Castellote (26/III). Por último, conquistaría Mora de Ebro, importante reducto de Cabrera, y tendría una decisiva actuación en la conquista de Morella.

Destacar la figura Diego de León sólo por su valor no sería justo, pues no se puede obviar que siempre conseguía un gran adiestramiento en sus unidades. Sirva como ejemplo de su valor el segundo combate de Belascoain, donde saltó por una tronera, vestido de gala, para acometer y acabar a lanzazos con los servidores de un cañón. En cuanto al adies-

tramiento alcanzado por las unidades que mandó, cabe destacar la acción de Grá. De ésta, Von Rhaden, que participó en esta batalla por parte carlista, llegó a escribir:

“La Caballería enemiga maniobró entonces de una manera perfecta, como si estuviera en un campo de instrucción, haciendo las evoluciones que prescribe la ordenanza, y de improviso se abalanzó sobre nuestra ala derecha...”

Se utilizaba entonces un reglamento que era una traducción del inglés, realizada por el comandante Ramonet (1809); adoptado por nuestra Caballería en 1814, estaría vigente 33 años. Este reglamento consideraba al escuadrón de dos compañías como la unidad táctica fundamental; para cargar, debía adoptar la formación en línea formando dos filas a una

distancia entre ellas de la mitad de su frente. Pero un regimiento de cuatro escuadrones tendría que dar más de 200 voces de mando para formar en línea desde la columna de marcha. León simplificó estas maniobras, haciendo a las compañías entrar al frente en fila por la derecha e izquierda y a los escuadrones que se articularan en escalones, lo que le permitía desplegar rápidamente, arremeter contra el flanco enemigo más vulnerable y reiterar las cargas. Con su “vista de águila”, apreciaba enseguida la zona más débil del enemigo y actuaba inmediatamente sobre aquélla.

Era la época de la “lanza-manía”. Esta arma blanca llegó a considerarse imprescindible para el choque; así lo demostraron los lanceros carlistas ante los coraceros de la Guardia Real, pero toda-

vía había numerosos partidarios del sable curvo para el combate cuerpo a cuerpo, dejando las pistolas de arzón para la defensa individual. De León era muy hábil en el manejo de las tres armas, especialmente de la primera. Por ello y por las victorias que obtuvo con sus unidades de lanceros, se le consideró como la "primera lanza de España".

Después de haber sido un gran protagonista de esta guerra civil, terrible por su crueldad y desastrosa para el progreso de España, se vio envuelto, a su pesar, en la lucha por el poder de los dos partidos liberales. El enfrentamiento entre los progresistas y moderados para que no se aprobara la Ley Municipal, propuesta por los segundos, sería ganado por los primeros. De León había sido nombrado Capitán General de Castilla la Nueva por

la Regente (5/IX/1840), pero, acantonado en Tarascón con sus tropas, dejó hacer a los revolucionarios septembrinos. Posteriormente, advertido de la abdicación de María Cristina, renunció a tomar posesión de la citada capitanía por consejo del general Espartero. La Gobernadora se exilió a París y dejó la Regencia de Isabel II en manos de este último. Ejerció la re-

mente a España y dedicarse a la vida familiar.

En el verano de 1841, los moderados conspiraban ya intensamente contra Espartero, apoyados con fondos proporcionados por María Cristina desde París, e intentaron llevar a cabo un "pronunciamiento" militar simultáneo en las principales ciudades. Con epicentro en Madrid, estallaría en octubre, con éxito en Na-

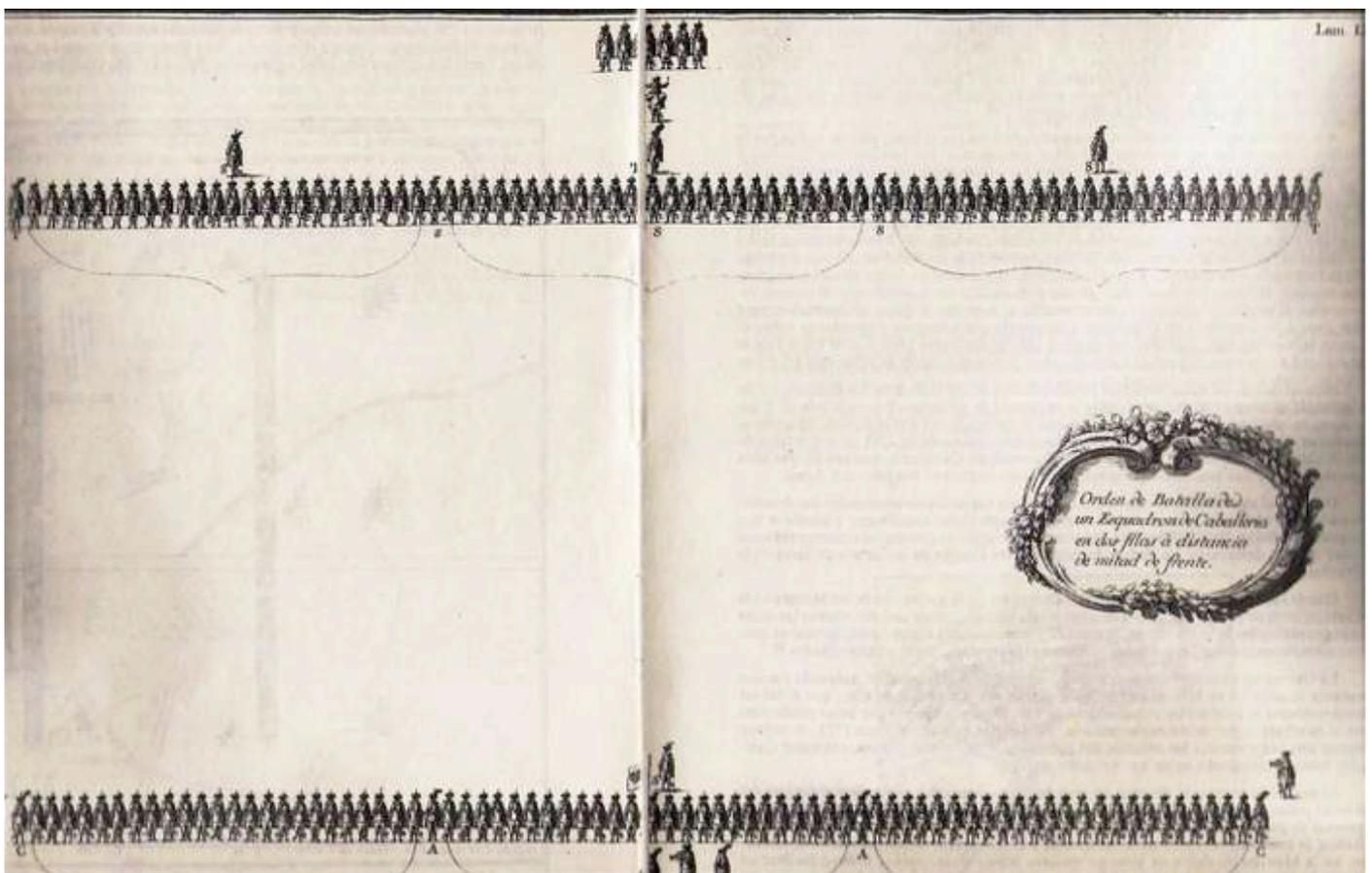
se haría cargo otra vez de la Regencia. Concha, en la noche del 7 de junio, reunió unos cuantos cazadores y se dirigió al Palacio, sin saber que se había suspendido la acción hasta el día siguiente. Enterado de León, que paseaba de paisano, se volvió a casa; allí se vistió de uniforme y, con un capote de soldado por encima para no ser reconocido, llegaría al Palacio, junto con el general Pezuela, sorteando varios controles de la Milicia Nacional que ya lo rodeaba. Mediante una arenga a los 18 alabarderos, mandados por el entonces coronel de Caballería Dulce, intentó resolver la situación pacíficamente. Esta Guardia Real, que protegía la escalera que daba acceso a los aposentos de Isabel II y de su hermana, no le hicieron caso e iniciaron el fuego contra el grupo que pretendía

El pueblo madrileño comentaba impresionado "Es León que no teme a la muerte"

gencia, en principio, de forma interina hasta mayo de 1841 y, en firme, a partir de esta fecha, al conseguir la aprobación de las Cortes. De León se fue también a Francia, pero, no queriendo inmiscuirse en los asuntos políticos, se quedó en Burdeos, para regresar posterior-

varra (O'Donnell), Victoria (Montes de Oca) y Zaragoza (Borso).

De León se dejó vencer por el general O'Donnell para intentarlo en la capital. Junto al general Concha, debía sacar del Palacio Real a Isabel II y llevarla a las Vascongadas, donde María Cristina



Tomado del libro: Instrucción metódica y elemental para la táctica, manejo y disciplina de la Caballería y Dragones de G. Ramírez Arellano (E. Marin, 1974).



Colección de lanzas

sacarlas de allí. Diego de León insistió en sacarlas pacíficamente. Pero los alabarderos reanudaron el fuego. Al no querer provocar muertes, obligó a los conjurados a desistir y escaparse a través del Campo del Moro hacia Puerta Hierro, donde se dispersaron.

De León se perdería y se quedaría sin caballo al intentar saltar una zanja. Comprado otro, llegó hasta las cercanías de Colmenar Viejo. Allí daría

con él un escuadrón de Húsares de la Princesa. El jefe de esta unidad, antiguo subordinado suyo, el comandante Laviña, le ofreció su caballo para dejarle escapar, pero contestó que no sabía huir y que le llevase a Madrid. Sería encerrado en el cuartel de Santo Tomás de la Milicia Nacional por orden de Espartero.

El Consejo de Guerra, que debía juzgarle, se organizó inmediatamente y de forma no muy correcta el día 13 de octubre. Le condenó a muerte mediante una votación, que resultó con empate a tres, deshecho por el presidente del consejo. En cambio, el Tribunal Supremo de Guerra y Marina ratificaría la sentencia por unanimidad.

Espartero no quiso atender las numerosísimas peticiones de indulto, incluso de la propia reina niña y destacados progresistas. Respondía que “no puedo salvar a Diego”, pero no sólo hubo motivos políticos en su decisión, también celos y rencor. Hay quien opinaba entonces que si Espartero

hubiera tenido un poco de vergüenza no hubiera pasado de cabo 1.º.

A las 01:00 horas del día 15 de octubre, acompañado por su defensor, general Roncali, y un capellán, haría en coche descubierto su último paseo. Al salir del Cuartel de Santo Tomás dijo a su defensor:

“Camarada, ¿Sabe Vd. que se me figura que no han de darme? Son tantas las veces que me han tirado de cerca y no me han dado”.

Sin perder la compostura y vestido de uniforme con todas sus condecoraciones, cruzaría Madrid hacia la Puerta de Toledo, donde iba a ser fusilado. El pueblo madrileño comentaba impresionado: “es León que no teme a la muerte”.

Al bajar del coche, Diego de León abrazaría a Roncali, a quien le dijo: “los valientes se ven en el Cielo”; también al capellán que lo atendió y a un soldado del piquete, entre los que repartió los cigarrillos que le quedaban. Cómo el oficial que leía la sentencia se emocio-

nó, llegó a proponer “si es posible lo leo yo”. Luego se dirigió a los asistentes, mirando al sitio donde se iba colocar, y les dijo con voz fuerte y rotunda: “No muero como un traidor”.

Sin querer ponerse la capucha, dio él las voces de mando para su fusilamiento. Fue enterrado en el cementerio próximo a la puerta de Fuencarral, pero sus restos serían trasladados al de San Isidro el 3 de junio de 1844.

Es paradójico que quién no quería ver al Ejército inmiscuirse en los asuntos políticos, acabara metido en ellos y fuera el único general importante de los moderados que perdiera la vida. De este caballero romántico, de estampa espectacularmente gallarda, los estadounidenses hubieran hecho innumerables películas.

Juan M^a Silvela Milans del Bosch

Coronel de Caballería retirado y ha escrito sobre la historia de la Caballería y su Academia de Valladolid

CARTA DE DIEGO DE LEÓN A SU ESPOSA

Amada esposa:

Preveo que sobre estas líneas van a caer abundantes lágrimas; yo quisiera evitarte este dolor, pero es tan largo y acelerado el viaje que he de emprender que no puedo dilatar la despedida. Me dicen los amigos que la sentencia que sobre mí ha recaído es injusta, pero cuando Dios la consiente la tendré merecida; por esto apelo a la resignación, que es el triste consuelo de los moribundos.

Indicarte los deberes que competen a la viuda de un soldado con pundonor, sería ofenderte y no lo mereces, ni el trance pide argumentos de esta clase.

No solicites verme, no quebrantes con tu cariñosa presencia el vigor que necesito para morir como he vivido, ni busques duplicar tus dolores delante del que no ha de poder remediarlos.

Supla el cariño de nuestros hijos el inmenso amor de tu infortunado esposo y llévalos por la senda honrada que anduvo su padre.

Quisiera estar hablándote toda la noche, por ser la última que te dirijo la palabra, pero hay deberes que me lo impiden.

El que vivió Caballero, es menester que muera Cristiano, y el que merecerse a Dios, exige meditadas y supremas preparaciones.

Tuyo hasta exhalar el último suspiro.

Mitología para médicos (XI)



Por el Dr. Roberto Pelta

Además de lo referido en el artículo previo sobre serpientes monstruosas como la Hidra y la Medusa, existen otras historias relacionadas con ofidios en la mitología. Atenea (la Minerva romana), la diosa de la técnica, la sabiduría y el arte de la guerra, entregó a Asclepio (Esculapio), dos recipientes con sangre de Gorgona; una estaba envenenada y la otra tenía propiedades que podían resucitar a los muertos. Asclepio se convirtió en un médico experto, al que se considera dios de la medicina. Como afirmé en el primero de los artículos de esta serie la vara con que se le representa, un báculo de ciprés con una serpiente enroscada, es el símbolo de la medicina. Dichos animales mudan su piel, lo que puede interpretarse como símbolo de renovación, al igual que cualquier terapéutica busca restituir la salud. Pero además de las serpientes se puede obtener un veneno y también un antídoto, lo que revela la naturaleza dual de cualquier tratamiento (un efecto terapéutico y otro adverso). Y al hablar del término medicina cabe señalar que a una de las hijas de Asclepio, Yasó, conocida también como lasó o Yaso (la curación), que se encargaba de sanar sin introducir las manos en el cuerpo del paciente, como hacen los médicos clínicos, se la identifica con la diosa romana Meditrina, y de ahí procede el término medicina. Tenía una

estatua en Oropos, entre Ática y Beocia, en el templo erigido en honor a Asclepio.

Como relaté en un artículo previo, la Guerra de Troya estalló, según Homero, tras el rapto de Helena de Esparta por el príncipe Paris de Troya. En dicha contienda Filoctetes, viejo amigo de Hércules comandaba 7 de las 1200 naves griegas que partieron hacia

Filoctetes estuvo aquejado de un dolor y una fiebre insoportables, pues seguía manando de su herida «un fluido negro de sangre y tejidos». Pero logró sobrevivir cazando pájaros con el arco y las flechas envenenadas que habían pertenecido a Hércules. Es evidente que Filoctetes había sufrido una gangrena de la herida originada por una mordedura de serpiente. La isla desierta de Filoctetes cobró fama y a ella acudían viajeros griegos y romanos, recordando la gesta de aquel un pequeño santuario en cuyo altar se podía contemplar su arco, su armadura de bronce y una serpiente acuática esculpida en bronce. Durante su estancia en la misma a Filoctetes se le apareció el fantasma de Hércules y le prometió la curación, por lo

no de Poseidón, se mostró reticente y afirmó: «Temo a los griegos, incluso cuando traen regalos». Atenea que estaba a favor de los griegos castigó a Laocoonte enviando dos enormes serpientes marinas, llamadas Porce y Caribea, que lo aplastaron a él y a sus hijos. Los troyanos introdujeron el caballo en la ciudad e hicieron una gran fiesta y, cuando los griegos salieron del caballo, los habitantes de Troya estaban sumidos en los sopores del alcohol. Entonces los guerreros griegos abrieron las puertas de la ciudad para la entrada del resto de las tropas y fue saqueada sin piedad. Según la leyenda Filoctetes, al igual que otros veteranos de la contienda, deambuló por el Mediterráneo y antes de morir fundó un templo en honor de Apolo en Crimisa, y le ofreció al dios su arco y las flechas que propagaban la peste entre los seres humanos. Tras la destrucción de la ciudad un grupo de supervivientes troyanos comandados por Eneas partió hacia Italia y fundaron Roma, como describe Virgilio en la Eneida. Las serpientes Porce y Caribea regresaron al mar, que ha sido el punto de origen de la evolución de todos los animales terrestres. En opinión del doctor Arturo Valledor, autor del libro *Envenenamientos por animales* (Ediciones Díaz de Santos, S.A., Madrid 1994), sobre las serpientes que habitan en el mar:

«Sus adaptaciones a la vida marina se evidencian en el aplastamiento lateral del cuerpo y, sobre todo, de la cola, que se asemeja a un remo o espadilla. El veneno de todas las serpientes marinas es potentísimo. Si tres gotas de veneno de cobra son ya una dosis letal para un hombre adulto, basta una única gota del veneno de estas serpientes para matar teóricamente a cinco hombres».

Dichos animales mudan su piel, lo que puede interpretarse como símbolo de renovación

Troya, y a su vez cada uno de los 7 barcos estaba tripulado por arqueros expertos. El propio Homero afirma en la *Ilíada* que durante la travesía Filoctetes se hizo una «herida negra provocada por una letal serpiente». Existen dos versiones al respecto, o bien Filoctetes se clavó accidentalmente una de las flechas envenenadas que había heredado de su amigo Hércules, o por el contrario fue mordido por una serpiente acuática similar a la Hidra. Los soldados que acompañaban a Filoctetes no pudieron aguantar el hedor que desprendía la herida de aquel, y fue Agamenón el que ordenó a su capitán Ulises que abandonase al herido en un islote desierto llamado Crisa o Crise, frente a la isla de Lemnos. A continuación la flota reemprendió el viaje rumbo a Troya y durante los 10 años que duró la contienda

que accedió a sumarse a la campaña emprendida por el ejército aqueo (nombre colectivo de los griegos que reciben los griegos en la *Ilíada* y la *Odisea*) contra Troya. Macaón, uno de los hijos de Asclepio, sanó la herida de Filoctetes, con lo que pudo incorporarse a la batalla y no dio tregua a los escuadrones troyanos, pues continuamente les disparaba flechas untadas con sangre de la Hidra. Además los griegos idearon, gracias a Ulises, el plan del famoso caballo de Troya para conquistar la ciudad tras 10 años de asedio. Era un artilugio de gran tamaño, elaborado en madera y hueco en su interior, que ocuparon soldados griegos. El resto de la armada griega fingió partir y un espía llamado Sinón, logró convencer a los troyanos de que el caballo era una ofrenda a la diosa Atenea. Pero Laocoonte, un sacerdote troya-

Las mordeduras de algunas serpientes pueden ser letales, debido a la acción neurotóxica del veneno que causa una parada respiratoria, a su poder para causar una grave hemorragia por consumo de factores de la coagulación o por un shock anafiláctico.

Cuando Apolo llegó a Delfos, ciudad situada en el valle del Pleisto, junto al monte Parnaso, vivía en unas grutas de la ciudad cierto dragón, llamado Pitón, que encerraba los secretos del oráculo y del arte de la adivinación. Al parecer surgió del limo originado por el diluvio universal y era hijo de

Gea, la madre Tierra. Apolo lo mató, recibió su poder adivinatorio y en su recuerdo se establecieron unos juegos fúnebres, los llamados Píticos, que al igual que los Olímpicos se celebraban cada 4 años. La sacerdotisa de Apolo en Delfos se llamó Pitia, para honrar la memoria del dragón y desde el interior del templo pronunciaba los oráculos de Apolo. Allí acudían los griegos para consultar sus decisiones con el oráculo, pero antes debían purificarse en las aguas de la fuente Castalia. De la grieta del Parnaso se desprendían ácido carbónico y sulfhídrico, cuyos ga-

ses aportaban sus propiedades farmacodinámicas a las ceremonias. Los pitónidos o pitones son serpientes primitivas no venenosas, que algunos autores han clasificado como subfamilia de los boidos. La serpiente pitón, al igual que las boas y las anacondas, mata a su presa por constricción y no mediante inoculación de veneno, pues posee musculosos anillos que al inmovilizar la caja torácica de su víctima le impiden respirar. Pero existen casos de mordeduras mortales, sobre todo en niños. Según el doctor Valledor: «Preguntarse acerca de la naturaleza de los venenos

de las serpientes es científicamente inevitable tras conocer la gravedad de sus efectos y el hecho de que baste una única gota del veneno de algunas especies para ocasional un brutal, severísimo, simultáneo y a menudo fatal ataque a prácticamente todos los sistemas del organismo, así como a sus mecanismos de homeostasis».

Dr. Roberto Pelta

Médico adjunto de Alergología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Miembro de Número de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas



EPÓNIMOS EN ENFERMEDADES RARAS

BREVE SEMBLANZA DE SUS DESCUBRIDORES



Por Francisco Javier Barbado

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades raras (ER), también denominadas minoritarias, constituyen un nuevo capítulo de la medicina y despiertan un gran interés por su repercusión social y sanitaria.

Para la Unión Europea las ER son trastornos cuya prevalencia es menor de 5 por 10.000 habitantes. El concepto de ER implica casi siempre cronicidad, gravedad

(con riesgo para la vida o invalidez crónica), alteración de la calidad de vida y del dintorno o perístasis sociofamiliar. No hay un catálogo exacto de ER y se estima que existen entre 5.000 y 6.000, con un número de afectados en Europa entre 20 y 30 millones. En España se estiman cifras en torno a 20.000 familias.

En ocasiones estas enfermedades se conocen con el nombre de sus

descubridores. Mi propósito es dar unas breves pinceladas biográficas e históricas de los epónimos de algunas de las ER que han sido consideradas en reuniones del Grupo de Trabajo de Enfermedades Minoritarias de la Sociedad Española de Medicina Interna.

EXORDIO

Durante mi etapa como miembro del Comité Técnico para la Estrategia de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) pude advertir que apenas se menciona la vida de los descubridores de ER en los libros generales de texto y capítulos al uso. Pero es que hay más motivos para rescatar estas vidas.

Es inquietante que, curiosamente, ninguno de estos descubridores de ER se mencionan en libros rigurosos de historiografía médica (Historia de la Medicina, Laín Entralgo, 1978), La Medicina

es un epónimo? Para la RAE es un "dicho de una persona o una cosa: que tiene un nombre con el que se pasa a denominar una ciudad, una enfermedad, un concepto, etc.". Para don Fernando Lázaro Carreter (Diccionario de términos filológicos, 1977) es un "héroe, persona, personaje literario, etc. que dan nombre a un pueblo, un lugar o una época". Es necesario añadir que puede dar nombre a una enfermedad, a un signo físico, una manobra exploratoria, una técnica quirúrgica, etc. La doctora Rosa María Díaz en su comunicación "Epónimos médicos, a favor y en contra" (XVII Reunión Nacional de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, 2019) estima que hay más de 10.000 epónimos diferentes considerándose que representan una de las características del lenguaje médico que puede hallarse en todas las especialidades médicas.

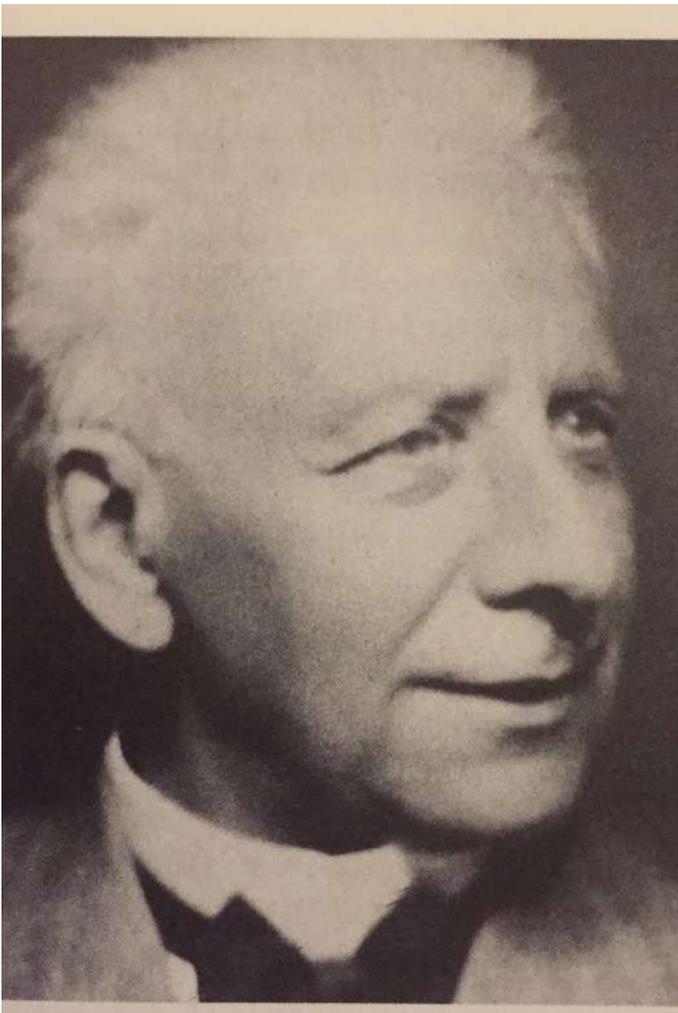
Al leer las instrucciones para el envío de comunicaciones a congresos o conferencias nacionales de Atención Sanitaria al Paciente Cró-

El concepto de ER implica casi siempre cronicidad, gravedad, alteración de la calidad de vida y del dintorno

en la Historia (López Piñero, 2002). Una excepción: solo Luis Morquio es citado por Francisco Guerra en su Historia de la Medicina (2007). Y lo que es más llamativo e injusto, no se menciona a algún médico descubridor de una ER en diccionarios médicos o historias biográficas (Henry Sigerist, Los grandes médicos, 1949). Un inciso, déjenme hacer una pregunta ¿qué

nico advierto con desasosiego una paradoja: ¡No se admitirán casos clínicos! Pues bien, nuestros insignes descubridores de ER hicieron sus hallazgos ¡en un o dos casos clínicos! hoy hubieran sido rechazados en estos petulantes congresos.

Estos médicos me producen una intensa fascinación condensada en el aforismo de Heráclito de Éfeso "si no esperas lo



Johannes Fabry

inesperado, no lo encontrarás". O las inquietantes palabras de André Maurois (Nuevas paradojas del doctor O' Grady, 1951) "el más importante secreto de la vida es esperar lo imprevisto".

SIETE ESTAMPAS DE VIDAS ESCRITAS

ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN (VR)

Una observación académica preliminar: una preposición cambiante. La preposición von se escribe en minúsculas si va precedida del nombre de pila (Friedrich von Recklinghausen), pero con mayúscula inicial en caso contrario.

VR (1833-1910), médico reconocido de forma institucional como histólogo y anatomopatólogo, fue un también un gran clínico que describió en el año 1882 la enfermedad de VR, hoy conocida como neurofibromatosis tipo 1. Destaca en su cuadro clínico (Manual de Enfermedades Raras: Cruz y J. Bosch, 2013) manchas cutáneas color café con leche, neurofibromas múltiples y lesiones óseas.

VR nació en Westfalia (Prusia) en 1833. Se quedó huérfano de madre a los pocos años. Se graduó en Berlín a los 22 años. Hizo su tesis doctoral sobre "Teoría de la piemia", que publicó en latín (lengua detestada y entornada hoy por todos los políticos de la educación) Permaneció nueve años en el Instituto de Patología de Berlín, bajo la tutela de Rudolf Virchow -considerado como el fundador de la moderna anatomía patológica, padre de la teoría celular -omnis cellula e cellula: toda célula proviene de una célula-. VR, tras cortas estancias en Viena, Roma y París,



Luis Morquio

estuvo en Königsberg en 1864.

VR trabajó después en Würzburg y en 1872 fue nombrado Jefe de Patología en la recién creada Universidad de Estrasburgo (Alsacia), donde fue nombrado rector en 1877, quedándose en

esta ciudad el resto de su vida. VR falleció el 25 de agosto de 1910, a la edad de 77 años, tras corta enfermedad y fallo cardíaco final.

Sus descripciones de los neurofibromas cutáneos y los tumores en nervios periféricos en

1882 fueron el principio del conocimiento de las neurofibromatosis.

Su epónimo también está ligado a la patología ósea (osteítis fibrosa quística), al descubrimiento de las células endoteliales, e incluso a la semiología clínica (manobra de VR para evaluar la presión venosa central).

A lo último, dejéme hacer una aclaración sobre la supuesta neurofibromatosis del llamado hombre elefante (siglo XIX); aunque exhibido en ferias y comprado su cuerpo en vida, se llamaba Josep Merrick - fue motivo de una película dirigida por David Lynch - y desde 1986 sabemos que era una persona enferma con el síndrome de Proteus.

ESCLEROSIS TUBEROSA o ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE y PRINGLE

¿Quiénes fueron Bourneville y Pringle?

Desiré M. Bourneville (1840-1909) fue un neurólogo francés. Nació el 21 de octubre de 1840 en Garençières (Normandía). Provenía de una familia de agricultores y su padre era un pequeño propie-

tario. Bourneville estudió la carrera de Medicina en París y frecuentó los hospitales parisinos más notables (Bicetre, Salpêtrière, St. Luis, Pitié). En La Salpêtrière fue discípulo del carismático Jean Martin Charcot, leyenda de la medicina francesa y maestro de Freud y Babinski, y a quien Axel Munthe, médico y escritor sueco, desnudó en su Historia de san Michelle.

Dos pinceladas intrigantes sobre Bourneville: destacó como cirujano en la guerra franco-prusiana (1870-1871) y en la Comuna de París, donde -según Salvatore Mangione (Secretos del diagnóstico, 2001) - "salvó muchas vidas".

Bourneville en el año 1880 -tenía 40 años- describió una joven de 15 años con deterioro mental, crisis epilépticas incontrolables y hemiplejía.

(Bourneville ignoraba una breve reseña de Recklinghausen sobre esta enfermedad publicada en 1862). Bourneville advirtió en la necropsia lesiones tuberosas cerebrales.

El vocablo tuberosa surgió porque el aspecto de las tumoraciones cerebrales mimetizaba a las humildes patatas (*Solanum tuberosum*, para Carlos Linneo) Los síntomas primarios de esta enfermedad son: angiofibroma facial, fibroma ungueal, placa fibrosa frontal y hamartomas subperiósticos.

Bourneville murió en 1909 y ya entonces se empezó a relacionar las lesiones cutáneas con las cerebrales.

El epónimo John James Pringle en desuso, pero de vida curiosa y polifacética.

Pringle (1855-1922) fue un dermatólogo inglés que en 1890 describió las

lesiones faciales de la esclerosis tuberosa, que tildó de adenomas y que luego se demostró que eran neurofibromas. En realidad, estas lesiones fueron descritas por Bourneville, fue por tanto un "redescubrimiento".

John James Pringle: un bon vivant y un buen cantante, humorista con interesante y atractiva personalidad fue venerado por sus numerosos estudiantes (le llamaban "Jimmy") Era un apasionado de la música y el teatro. Tenía fama de haber aprendido su francés impecable asistiendo a las representaciones de la Comedia Francesa.

En los últimos años de su vida tuvo tuberculosis y con esperanza de recuperar la salud viajó a Nueva Zelanda, donde falleció en 1922, a los 67 años.

SÍNDROME DE MORQUIO

Don Luis Morquio, un médico uruguayo que ejerció la pediatría nació el 24 de septiembre de 1867 en Montevideo (Uruguay) y falleció el 9 de julio de 1935.

El historiador Francisco Guerra destaca la importancia de Morquio como internista, aunque su interés final fue la pediatría. Describió una nueva entidad que llamó "distrofia ósea familiar". El síndrome de Morquio queda definido por la presencia de intensa cifosis, acortamiento del tronco, deformidades de rodillas y opacidad corneal, sin afectación nerviosa.

Morquio se graduó en Montevideo con una tesis doctoral sobre fiebre tifoidea (1892). Se trasladó a París donde trabajó en el Instituto Pasteur y asistió a las clínicas de Gaucher, Marfan y otros pediatras. En 1894 regresó a Mon-



Distribución de casos con enfermedad de Fabry en España, principios siglo XXI

tevideo, donde ocupó la primera cátedra de Pediatría, fue fundador de la especialidad en Hispanoamérica y creador del Instituto Interamericano del Niño. En el año 1929, seis años antes de su fallecimiento (9 de julio de 1935) describió el síndrome de Morquio.

Morquio y la cátedra formaron una unidad indiscutible; tuvo una constante y permanente vocación por la enseñanza, hizo docencia con pasión, con austeridad, pero sobre todo con una honestidad invariable.

ENFERMEDAD DE HUNTER

Charles A. Hunter (1873-1955) describió el síndrome de Hunter en el año 1917.

La enfermedad de Hunter o mucopolisacaridosis tipo II está definida por corta estatura, facies tosca, disóstosis múltiples, rigideces articulares, retardo mental y sordera.

Hunter nació en Auchterless (Escocia) el 7 de febrero de 1873. Se graduó en 1894, a los 21 años, en Aberdeen. Su formación de posgrado la realizó en Londres y Berlín. En el año 1904 emigró a Canadá y se estableció en Winnipeg.

Hunter tuvo una destacada actividad en la primera guerra mundial al servicio del Reino Unido y Francia como médico del 12 Batallón del Cuerpo Médico.

El año 1917 fue el más crítico de la Gran Guerra (1914-1918) y el año de la Revolución Bolchevique. Pues bien, en ese año, Hunter describió a dos hermanos de 8 y 10 años con talla baja, dismorfia facial, hipoacusia, hepatoesplenomegalia, hernia inguinal, manos toscas, dedos rígidos, respiración

ruidosa con ronquidos, no tenían opacidad corneal. Nació entonces el tipo II de las mucopolisacaridosis.

Hunter fue nombrado profesor de Medicina de la Universidad de Manitoba en 1928 y fue un brillante docente hasta los 79 años. Murió, en su casa,

en el año 1955. Tenía 85 años.

ENFERMEDAD DE FABRY

Johannes Fabry (1860-1930), dermatólogo alemán que describió la enfermedad de Fabry en el año 1898 (otro año para memoria histórica: el año

del desastre, la guerra con EEUU y pérdida de Cuba y Filipinas; y para el invento de Azorín, la Generación del 98).

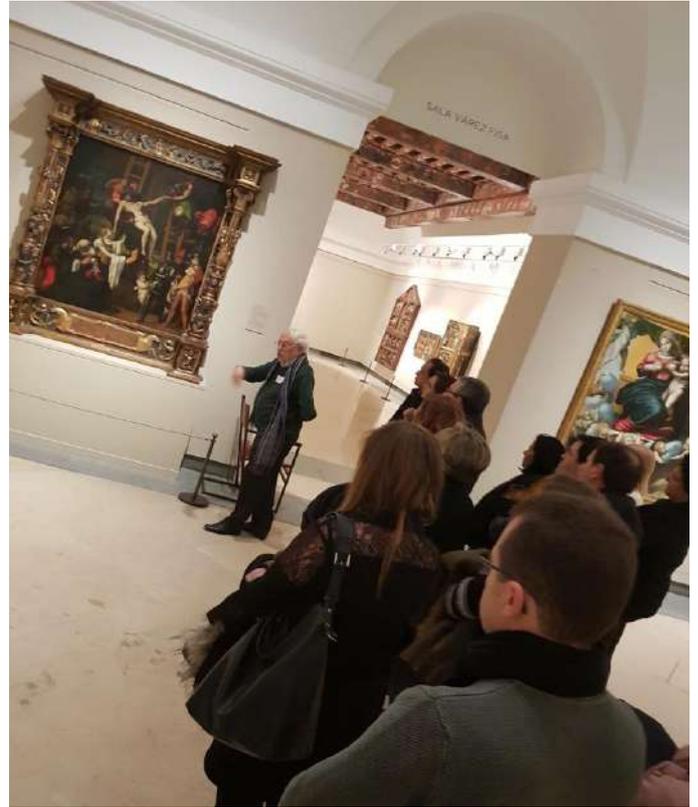
Fabry advirtió en un varón de 13 años, lesiones cutáneas que denominó púrpura hemorrágica nodularis. El abuelo materno había fallecido



Philippe Charles Ernest Gaucher



Eugenia Martínez Vallejo, por Juan Carreño de Miranda- Museo del Prado, afectada por un síndrome adiposo genital, diagnosticada hoy de síndrome de Prader Willi.



El autor en el Museo del Prado durante el VII Congreso Nacional Científico Familiar Fabry (2018)

por enfermedad renal. Fabry no detectó signos de enfermedad sistémica y no lo consideró una nueva entidad, pero hizo un detallado seguimiento del enfermo (¡hoy sería considerado medicina holística e ineficiente para la mentalidad de algunos gestores!).

Pero diecisiete años después (1915) observó en el enfermo (¡un solo enfermo!): albuminuria, edema periorbitario y lesiones vasculares extensas. Entonces, sí que consideró que era una nueva enfermedad e hizo el diagnóstico de Angioqueratoma corporis diffusum universale. Y siguió al enfermo hasta que éste falleció a los 42 años. Nosotros hemos atendido y seguido durante tres décadas a una familia con enfermedad de Fabry. Las características más notables que hemos advertido son la presencia de angioqueratomas y angiomas cutáneos, acropareste-

sias y dolor (a veces lancinante: crisis de Fabry) en extremidades, anhidrosis, opacidades corneales y alteraciones renales, cardíacas y del sistema nervioso central,

Breve semblanza de Fabry

Nació en 1860 en Jülich (Alemania) cerca de Aix La Chapelle. Fue educado en Jülich y Düren. Estudió Medicina en las Universidades de Bonn y Berlín. Inició después su formación como cirujano, pero después de un accidente perdió su pierna derecha y entonces se dedicó a la dermatología, una nueva área en su época (en el siglo XXI sería la especialidad favorita del médico residente).

Tuvo múltiples honores académicos (-decía don Santiago Ramón y Cajal: la edad de los honores la edad de los horrores-) y además un brillante talento musical para violín y guitarra. Un clínico sagaz,

culto y mutilado. Murió en 1930, a los 70 años.

ENFERMEDAD DE GAUCHER

¿Qué se esconde tras el epónimo -quizás el más conocido - de Gaucher ?

Philippe Charles Ernest Gaucher fue un médico francés, que describió la enfermedad de Gaucher en 1882.

Nació en Champleny (Francia) el 26 de julio de 1854. Profesor de Dermatología, Anatomía Patológica y Bacteriología. En 1902, catedrático de enfermedades sifilíticas y cutáneas. Cuando aún era estudiante de medicina describió una nueva enfermedad en una mujer de 32 años con esplenomegalia gigante. En seguida (1882) en su tesis doctoral, atribuyó esta enfermedad a un tumor del bazo (células epiteliales malignas) que aparecía infiltrado por unas células con un núcleo grande.

En la actualidad se re-

conocen tres formas: a) infantil o neurovisceral (gran esplenomegalia con hiperesplenismo, síntomas pseudobulbares, éxitus temprano); b) crónica o visceral con predominio en judíos asquinzíes (esplenomegalia, trombopenia, hepatomegalia, alteraciones óseas), c) subaguda o juvenil (con trastornos intelectuales y neurológicos). Gaucher falleció en París el 25 de enero de 1918, a los 64 años.

ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK

Un signo ortográfico. ¿Por qué un guión entre los dos epónimos de esta enfermedad? En español es más correcto "enfermedad de Niemann y Pick, pero el recurso al guión entre antropónimos se ha impuesto en Medicina por influencia de las lenguas germánicas (inglés y alemán).

En la actualidad se han descrito seis variedades,

denominadas con las letras A a E, de las cuales la más típica y frecuente es la A, que se inicia en edad infantil precoz con hepatoesplenomegalia, afectación grave del sistema nervioso central y participación sistémica.

Albert Niemann, pediatra alemán (1880-1921) descubrió la enfermedad de Niemann-Pick en el año 1914 (el año en que fue asesinado Francisco Fernando en Sarajevo, chispa o mecha de la primera guerra mundial).

Niemann nació el 23 de febrero de 1880 en Berlín. Sus observaciones se centraron en unos niños de origen judío. La enfermedad de Niemann-Pick, como en la enfermedad de Gaucher ¿se ceba más en alguna etnia?

Sí, leo en el libro de Pablo Sanjurjo y Antonio Baldellou - la Biblia de las Enfermedades metabólicas y hereditarias (2010) : "la enfermedad de Niemann-Pick tipo A tiene alta prevalencia (1/40.000) en la población de judíos asquenazíes".

Los askenazis son los judíos asentados en territorios germánicos -Europa central y oriental-, y proceden de Asquenaz (descendiente de Jafet. La familia de Noé: su esposa y sus tres hijos Japhet, Sem y Cam. Los nuestros son los sefarditas, los judíos de Sefarad). Niemann falleció en Berlín el 22 de marzo de 1921, a los 41 años de edad.

¿Y Ludwig Pick?

Pues también un médico alemán, de Berlín, que describió e individualizó la enfermedad de Niemann-Pick en el año de 1926. Pick nació el 31 de agosto de 1868 en Berlín.

Estudió en la Universidades de Heidelberg,

Leipzig, Berlín y Königsberg (la ciudad donde nació y murió Immanuel Kant 1724-1804; nunca salió de las afueras de esta ciudad); obtuvo su doctorado en patología en Leipzig en 1893 y fue director del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Friedrichshai en Berlín.

Aunque sirvió a la Armada alemana durante la segunda guerra mundial, fue desahuciado por los nazis y llevado prisionero a un campo de concentración en Theresienstadt, donde murió el 3 de febrero de 1944, a los 76 años de edad.

ALGUNOS DATOS ARBITRARIOS

No pretendo la exactitud de Stendhal, sé que soy arbitrario al escoger estos datos, pero me basta con ser curioso. En esta breve reseña de nueve médicos descubridores de siete ER destaca:

1. Todos eran varones ¿Había mujeres médicas en el siglo XIX? Quizás una minoría aislada. Rita Levi-Montalcini, Premio Nobel de Medicina y que vivió 103 años, en su sugestivo libro "Las pio-

neras" (2011) detalla las vidas de algunas insignes mujeres médicas. Un símbolo: la hermana mayor de Marie Curie fue médico de éxito en el París del siglo XIX.

2. Todos fueron hijos del siglo XIX y fallecieron en el siglo XX.

3. Hubo una larga vida para la época (Hunter, 82 años) y una vida corta (Niemann, 41 años). La vida media de los descubridores de las ER descritos fue de 68 años.

4. El descubrimiento de la ER se hizo a finales del siglo XIX, excepto en tres casos (Morquio, Niemann-Pick y Hunter).

5. ¿Qué nacionalidad tenían? Alemana (4), Reino Unido (2), Francia (2) y Uruguay (1): es decir, el Norte de la UE, y la excepción hispana.

6. ¿Qué especialidad tenían los descubridores de nuevas EM? Dermatología (3), anatomía patológica (2), pediatría (2), neurología (1) y medicina interna (1).

EPICRISIS

No me gustan las conclusiones, ni en las biografías ni en las patobiografías. Además, como

afirma la escritora Erika Martínez de forma intrigante: "detrás de cada conclusión hay algo roto". Después de casi medio siglo de "ver enfermos", a pie de cama, en mi opinión: los epónimos y las EM son provisionales, evolucionarán con los avances y nuevos conocimientos... y se olvidarán, desaparecerán, aunque ustedes no lo crean.

¿En qué desván o sobrado está el nomenclator de antaño (por ejemplo, la enfermedad de Ayerza, de Banti, de Mikulicz, síndrome adiposo genital de Fröhlich, etc)? Como escribe Castilla del Pino en sus fascinantes memorias "Casa del Olivo" (2004): "el tiempo (o la historia) arrolla inevitablemente, y sume en la melancolía al que detecta su fuerza arrolladora".

Francisco Javier Barbado Hernández

Ex Jefe Sección Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz
Ex Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Madrid.



Una lección de Charcot por André Brouillet



Vistas desde el mirador

SICILIA, CRISOL DE CULTURAS (IV)



Por Antonio Bascones

**ERICE:
UN PUEBLO MEDIEVAL PERDIDO
EN LA HISTORIA Y ESCONDIDO
ENTRE LAS NUBES**

Erice es una ciudad medieval preciosa, una visita que es imprescindible en un viaje a Sicilia. Situada sobre el monte San Giuliano, toma su nombre de un personaje de la mitología, Erix, hijo de la diosa Venus, a la que estaba dedicado un templo en la cima del monte (Venus Eri-cia). Fue un lugar sagrado para élimos, fenicios, griegos, romanos y cristianos, sus primeros pobladores. Ha sido habitada desde el Paleolítico Superior, Esta ciudad quedó abandonada en la época de los árabes y fue en la época normanda, a partir de 1167, cuando con la conquista del conde Ruggero, adquiere el trazado de callejuelas sobre las que se localizaron los palacios, murallas e iglesias, la puerta de Trapani que conformó el diseño de la ciudad. Es una de las ciudades más conocidas de la isla. Homero y Virgilio ya mencionan esta villa en

sus epopeyas y numerosos héroes épicos, desde Odisseo a Dédalo o Eneas, han puesto los pies sobre sus calles.

Trápani se abre al mar en las faldas de la montaña. Y por el otro costado Valderice, el valle que se abre hacia el golfo Castellammare.

Erice ha sido desde tiempos inmemoriales lugar de culto y advocación a las divinidades clásicas. Un lugar de culto y veneración de las diosas del amor y la fertilidad, Astarté para los fenicios, Afrodita para los griegos y Venus para los romanos.

Son de señalar los maravillosos castillo de Pepoli, de origen normando, y el castillo de Venere – o de Venus-, también de origen normando, aunque con múltiples referencias a la Corona de Aragón. El ambiente histórico es majestuoso y las vistas desde los castillos impresionantes.



Castillo



Iglesia y torre de Federico de Aragón



Centro histórico

Erice ha sido desde tiempos inmemoriales lugar de culto y advocación a las divinidades clásicas. Un lugar de culto y veneración de las diosas del amor y la fertilidad, Astarté para los fenicios, Afrodita para los griegos y Venus para los romanos.

Se puede ver Trapani a sus pies, extendiéndose frente a la costa.

La fortaleza se sitúa en el mismo lugar donde hace milenios se encontraba el templo de Afrodita, o Venus –de ahí el nombre del castillo-. Este santuario era uno de los más importantes del mundo y miles de peregrinos acudían a él cada año durante el periodo helenístico de la isla.

Erice ha sido desde tiempos inmemoriales lugar de culto y advocación a las divinidades clásicas. Precisamente el punto más alto de Erice, donde se alza el castillo, fue lugar de culto y veneración -en todo el Mundo clásico y el Mediterráneo Occidental-, de las diosas del amor y la fertilidad, Astarté para los fenicios,

Afrodita para los griegos y Venus para los romanos. Virgilio ya cita a Erice en la Eneida, y la mitología dice que Dedalo aterrizó aquí. Lo único constatable es que los Elimos, un pueblo rodeado de incógnitas, que también habitó Segesta, lo pobló desde el siglo XV al VIII a.C.

Con suma probabilidad fue este pueblo el que introdujo el culto a la fertilidad que luego fenicios, cartagineses, griegos y romanos perpetuaron o incluso lo hicieron propio, como estos últimos, que construyeron templos en su honor en la propia Roma.

La Iglesia de Santa María della Asunta, también conocida como la Chiesa Madre, conserva numerosos elementos de estilo

gótico en su exterior, como la portada frente a las normas imperante de los estilos barrocos o normando bizantino. No podemos dejar de visitar el campanario de la iglesia, separado del

edificio del templo. Originalmente era una torre de vigilancia que permitía a los aragoneses, bajo cuyo dominio se edificó, controlar toda la zona. Se puede tener una magnífica vista



Castillo de Venus (Venere)



Busto en los jardines del Bailio

No podemos dejar de visitar el campanario de la iglesia, separado del edificio del templo. Originariamente era una torre de vigilancia que permitía a los aragoneses, bajo cuyo dominio se edificó, controlar toda la zona.

desde su cúspide. La torre fue levantada bajo reinado de Federico de Aragón El maravilloso pórtico de la iglesia pese a ser gótico, como ya hemos comentado, algo inusual en la barroca Sicilia, data del 1426. La torre del Rey Federico es el campanario del Duomo El Duomo, dedicado a Nuestra Señora de la Asunción, se construyó con materiales procedentes del templo de Venus Ericia por Federico III de Aragón en 1312. Su estilo original era gótico de

Chiaramonte pero el edificio ha sido remodelado varias veces.

La Piazza Umberto, es el centro neurálgico de la ciudad y allí se puede tomar un café en sus terrazas bajo el ayuntamiento. Desde esta plaza se puede disfrutar del precioso edificio del ayuntamiento.

Cerca tenemos el Museo Cordici, que expone restos arqueológicos, manuscritos, incunables, pintura y esculturas de diferentes épocas.



Centro urbano



Jardines del Bailio

La Piazza San Doménico y su iglesia, sede del Centro Científico Ettore Majorana, las iglesias de San Giuliano y San Martín o la extramuros iglesia de Santa Ursula y la Addolorata son buenos postres

camente en la ladera de la montaña, lo que por otro lado es propio de la cultura normanda. Sin embargo, vemos casas con un jardín interior que tienen una indiscutible influencia árabe.

Hoy Erice es un punto de veraneo de algunos sicilianos pero sobre todo



Piazza Umberto

calles de Erice son famosas por la elaboración de dulces de almendra y mazapán que antiguamente sólo se elaboraban en el convento. Otro producto típico de Erice son las Frazzate, alfombras artesanales confeccionadas por mano de obra local.

Pasear por las callejuelas empedradas de Erice, se puede paladear la mezcla de los sabores normandos y árabes. La ciudad presenta un urbanismo desordenado, con casitas que parecen crecer caóti-

es un tesoro arquitectónico perfectamente conservado, cuyas calles sólo ven roto su silencio por los turistas y el ajetreo de los cafés y tiendas de souvenirs de las calles que desembocan en la Piazza Umberto.

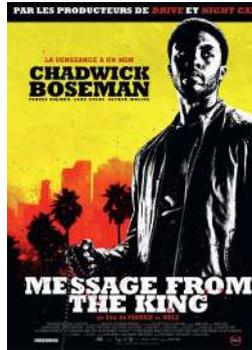
Antonio Bascones

Catedrático de la UCM
 Presidente de la Real Academia de Doctores de España
 Académico correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.



"Message from the King" de Fabrice du Welz

LA TENACIDAD DE ALGUIEN QUE SE CUIDA LOS DIENTES



Dirección: Fabrice Du Welz ; **Intérpretes:** Chadwick Boseman, Teresa Palmer, Luke Evans, Alfred Molina, Tom Felton, Natalie Martinez, Kirsty Hill, Dale Dickey, Ava Kolker, Drew Powell, Chris Mulkey, Jake Weary, Michael Patrick McGill, Madeleine Wade, Tom Wright, Joe Seo; **Productora:** Co-producción Reino Unido-Francia-Bélgica-Estados Unidos; The Ink Factory, Entre Chien et Loup, Entertainment One (Distribuidora: Netflix); **Duración:** 102 m. ; **Pais:** Reino Unido

Seguir la trayectoria vital de Fabrice du Welz, el director de *Message from the King* (2016), es seguir la pista de un realizador que comenzó estudiando Arte Dramático en Bélgica y que hizo sus prácticas en el Instituto de Cine de Bruselas, que dirigió un buen número de proyectos en Super 8 y que colaboró haciendo sketches para la televisión, que quiso sacar adelante un proyecto más ambicioso titulado *Colt 45* y se vio limitado en sus medios técnicos, económicos y personales.

Su siguiente empresa cinematográfica llevaba por título *Alleluia* y, por si no había quedado suficientemente claro lo que le interesaba, esta película ponía sobre la mesa todas las pistas ya que no era sino una versión de *Los asesinos de la luna de miel* de Leonard Kastle (1970) y *Lonely Hearts* de Todd Robinson (2000), que a su vez estaba basada en una historia real de un hombre y una mujer que se dedican a engañar a mujeres solteras y viudas para robarles y acabar con ellas. En la versión de Du Welz la protagonista femenina era la actriz española Lola Dueñas y con este trabajo el realizador de origen belga estuvo en el festival de Cannes.

Así que con este itinerario vital, nada atípico en un cineasta europeo contemporáneo, en 2015 du Welz llega a EEUU donde puede poner en marcha un proyecto con mayor presu-

puesto, un poco más acción e importantes dosis de violencia. *Message from the King* está rodada en los Ángeles, aunque su protagonista es un hombre de color que llega desde Suráfrica para lo que parece ser una misión personal, una venganza que tendrá como telón de fondo los acontecimientos vividos por su hermana, una mujer llamada Bianca que se fue a Los Ángeles años atrás y cuyo destino quedó marcado por el peligroso entorno del que se rodeó.

King no es sino el apellido de este ángel exterminador que está dispuesto a hacer justicia, al menos la que esté a su alcance. En sus investigaciones llegará curiosamente hasta la consulta de un dentista, el doctor Wentworth, con el que mantiene más de una conversación interesante. La primera de ellas, como no podía ser de otra manera, es la que tiene lugar en la misma consulta cuando King se hace pasar por paciente para realizar la toma de contacto. Detrás de él, en la sala de espera, un enorme cartel con una chica de gran sonrisa que contrasta con la tragedia que el protagonista carga sobre sus hombros y que le llevará a no esbozar ni el más leve gesto de alegría en toda la película. Una vez en el interior de la consulta el dentista constata lo poco que al paciente le gusta rellenar formularios, "como me pasa a mí", le dice,

y se entera de que está allí por recomendación de su hermana Bianca. "¿No la recuerda? También me dejó otra cosa, la estoy cuidando por usted". Por si no había quedado claro que el dentista era, como ocurre en muchas ocasiones, el malo de la película, este paso de King por su consulta lo evidencia del todo.

Las siguientes frases del dentista no dejan duda de la personalidad que le han dedicado los guionistas: es un hombre frío, calculador, que no tiene inconveniente en meterse con la hermana de su paciente pese a saber que está muerta, y que entiende que, como no podría ser de otra forma, lo que King busca es dinero. El doctor Wentworth es ambicioso y calculador y combina su profesión de dentista con otros encargos fuera de la ley. Su conversación con King, que proseguirá en una cafetería, una vez que se ha visto que aquello no era una visita profesional, contiene algunas frases como "casi siempre se trata de dinero" o "un americano medio gasta unos diez mil dólares a lo largo de su vida en sus dientes, en esta ciudad cuatro o cinco veces más". Y, finalmente, realiza una comparación entre los ginecólogos y los dentistas que, al menos desde su punto de vista, le proporciona la convicción de que el desarrollo de su profesión le convierte en un ser todopoderoso capaz de obtener la confianza de quienes se ponen en sus manos.

A lo largo de *Message from the King* queda claro que el doctor Wentworth, además de tus tejemanajes y sus trampas y chantajes, va repartiendo enseñanzas y consejos a los personajes más inverosímiles. De ahí que uno de ellos, cuando le abra la puerta de la mansión de un rico productor de cine en cuya casa ha tenido lugar la tragedia de Bianca, lo primero que le diga sea: "Uso hilo dental como dijo".

El problema es que junto a estos consejos sanitarios el dentista no pierde el tiempo y se dedica a aprovecharse: "Eres un chantajista", "No eres más que un puto dentista", "Me estás exprimiendo", serán algunas de las acusaciones que le proferirá el productor. Pero él mantiene la calma y se dedica a observar no solo a quienes le rodean sino también su dentadura.

Por eso sabe que King no parará en su empeño y tendrá que acabar con él antes de que él se le adelante: "Éste no es como su hermana", le dice el dentista al productor de cine. "Sus dientes son distintos. Él se cuida. Puede decirse mucho por los dientes de alguien". Y efectivamente, lo que asegura el doctor Wentworth es que alguien que se cuida los dientes es tenaz y no deja sus empeños tan fácilmente.

TEXTO: CIBELA

Actualidad
Investigación
Entrevistas
Coloquios
Opinión



Sanidad

Portal de información para médicos
y resto de profesionales sanitarios



www.isanidad.com