

LA REVISTA CIENTÍFICA
SWEDEN & MARTINA

sweden & martina

NUMERIUNO



Dr. Sandro Martina
Sweden & Martina:
el éxito es un viaje,
no un destino.



Prof. Dr. Miguel Peñarrocha Diago, Dr. Hilario Pellicer Chover, Dr. David Peñarrocha Oltra, Dr. Ruben Agustín Panadero
Rehabilitación con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción.



Entrevista
Prof. Dr. Ugo Covani
Premium Day y
Sweden & Martina.



Scientifica 3
La reseña bibliográfica de Sweden & Martina.

Ha nacido "NumeriUNO", la nueva revista de información, desarrollo, cultura y actualización dedicada al mundo odontológico español. Entrevistas, case reports, novedades del mercado, eventos, cursos y mucho más.



Entrevista
Dott. Xavier Vela
Centro de investigaciones BORG.



Novedades del mercado
Shelta, el implante cónico con espira ancha.
Nuevo transportador multifunción Outlink².

Bienvenidos
entre los
NUMERIUNO





JUNTO A SWEDEN & MARTINA,

Cuarenta años de experiencia en la industria dental, el compromiso y la contribución para la investigación, el desarrollo constante de productos, más de **dos millones de implantes** vendidos en los últimos 10 años, y una vasta red de ventas en todo el País: todo esto y mucho más han llevado a Sweden & Martina a ser la mayor realidad del mundo odontológico de hoy en Italia y una de las más grandes en Europa.

Es precisamente a través de la constante búsqueda de la **calidad** y la **innovación** que Sweden & Martina ha sido capaz de abrirse paso entre los gigantes de la odontología, rodeándose de los opinion leader más válidos y con la colaboración de cualificados centros universitarios. Pero es la **Fuerza de Ventas** el verdadero corazón de Sweden & Martina.

Porque si esta empresa de Due Carrare fue capaz de conseguir el escalón más alto del podio, es principalmente debido a su seriedad, a su ingenio y a su Fuerza de Ventas, que es tan querida por el presidente Sandro Martina, "porque estas personas son la cara externa de Sweden & Martina, ellos son Sweden & Martina. Y sobre todo, antes de ser vendedores, son personas. El nuestro es un equipo de primer nivel, que se originó a partir de un intercambio humano, no tan sólo entre colegas, sino entre **amigos**".

Después de alcanzar una posición de liderazgo en Italia, Sweden & Martina se ha extendido rápidamente más allá de las fronteras nacionales, sobre todo en España, donde en 2008 nació Sweden & Martina Mediterránea con sede en Valencia. "Ningún País es tan similar a Italia por mentalidad, mercado, y gente como **España**" comenta a menudo Sandro Martina. Y la apuesta se revela ganadora. Con **grandes inversiones**, un equipo de apreciados vendedores y la participación de grandes clínicos y Universidades, Sweden & Martina Mediterránea está ganando la confianza y la estima del mundo dental español, ofreciendo su amplia experiencia y sus productos de alta calidad, mirando siempre la **satisfacción y valorización del cliente**.

En la actualidad, con 35 vendedores en territorio español y 9 en Portugal, representa la red de ventas más importante en el campo de la implantología en la Península Ibérica.

"El éxito es un viaje, no un destino". Ésta es la frase que Sandro Martina sigue repitiendo a sus colaboradores, "**siempre debemos mirar más allá**".

"No hay que sufrir el mercado sin estar organizados: las oportunidades deben ser aprovechadas a través de una buena organización y una seria capacidad predictiva. Las dificultades son objeto de atención, no de ansiedad, por supuesto, hacen falta personas adecuadas". Personas adecuadas evidentemente las hay, ya que el objetivo para el **futuro** próximo de Sweden & Martina Mediterránea es replicar el modelo italiano, llegando a convertirse en el nombre de referencia para la odontología española.

Gianfranco Parente y Stefano Coltri, Director Comercial y Gerente de la Mediterránea respectivamente, tienen las ideas muy claras con respecto de esto: "Nuestra prioridad es **seguir invirtiendo en España** para alcanzar, e incluso superar, los niveles de Italia. Nuestro objetivo es agregar a los fortísimos vendedores que ya son parte del equipo, recursos adicionales. Buscar personas de gran calidad y competencia y una vez encontradas, valorizarlas al máximo dándoles los instrumentos para llegar cada vez más alto.

Porque, como siempre le gusta repetir a Sandro Martina, "**en Sweden & Martina las personas de valor siempre tienen éxito**".



JUNTO A TODOS NOSOTROS

Ha nacido la primera edición de "NumeriUNO" esse & emme news, la edición dedicada al público español de la revista científica de Sweden & Martina.

Una revista para la formación y la información, la cultura, el desarrollo profesional y curiosidades del mundo dental: NumeriUNO incluye experiencias clínicas, novedades del mercado, eventos, puntos de vista de los que junto a nosotros están construyendo la historia de la odontología. No sólo nuestro punto de vista de empresa que constantemente está siguiendo este mundo durante más de cuarenta años y se ha convertido en parte activa de él, sino también la de todos aquellos que trabajan y viven en el presente.

Vamos a dar espacio a las noticias, los acontecimientos, las palabras y las experiencias de todos, dando entrevistas, seleccionando casos clínicos, indicando los eventos de mayor interés. Pero lo más importante, dejando hablar a vosotros. Vamos a abrir las puertas de nuestra empresa y nuestras fábricas para dejaros ver cómo trabajamos y donde planeamos el futuro de los que nos siguen; estaréis en contacto con nuestro centro de excelencia en Investigación y Desarrollo, podéis compartir vuestros casos clínicos. Juntos vamos a hablar de vuestro trabajo, de las actualizaciones científicas, de cómo ser profesionales a la vanguardia y de vuestra y nuestra constante actualización.

Bienvenidos entre los NumeriUNO y buena lectura.



2

Junto a
Sweden & Martina,
junto a todos nosotros

Con cuatro cursos pre-congresuales teórico-prácticos se abrirá el 7 de Noviembre la segunda edición del Premium Day España: Sweden & Martina Mediterranea replica la experiencia del triunfante congreso del Noviembre de 2011 con un sofisticado programa científico.

5

Scientifica 3
La reseña bibliográfica
de Sweden & Martina



6

2º Premium Day,
Congreso Internacional
de implanto-prótesis
integrada
7, 8 y 9 Noviembre 2013
Madrid

7

Entrevista
**Sweden & Martina y
Premium Day**
Prof. Dr. Ugo Covani

8

Técnica quirúrgica
**Láser de diodo en cirugía e
implantología**
Dr. Antonio Bowen Antolín



11

Novedad del mercado
Nuevo transportador
multifunción Outlink²

12

Case Report
**Rehabilitación con prótesis fija de arco
completo maxilar y mandibular sobre
implantes postextracción.**
A propósito de un caso
Prof. Dr. Miguel Peñarrocha Diago,
Dr. Hilario Pellicer Chover,
Dr. David Peñarrocha Oltra,
Dr. Ruben Agustín Panadero

15

El Estado del Arte en Odontología
Prof. Guillermo Pradés Ramiro
Odontología digital en el tratamiento
implantológico. ¿Dónde nos encontramos?
Prof. Maximino González-Jaranay Ruyz
La enseñanza posgraduada de la Periodoncia
y la Implantología en España.

16

Novedad del mercado
Shelta, el implante cónico con espira ancha

18

Entrevista
**Centro de
investigaciones
BORG**
Dr. Xavier Vela

19

Cursos
**Rehabilitaciones protésicas
biológicamente orientadas**

Novedad del mercado
Fresas para técnica B.O.P.T. del
Dr. Ignazio Loi



20

Eventos

SCIENTIFICA

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA DE IMPLANTOLOGÍA

VOLUMEN 3

La cita con Scientifica, la reseña bibliográfica de Sweden & Martina, se renueva puntualmente también este año con el tercer volumen de la obra, que recoge **62** trabajos subdivididos de la siguiente manera:

19 estudios experimentales, 18 estudios clínicos, 14 case report, 8 revisiones de la literatura, 3 artículos sobre la validación de los modelos experimentales

Junto con los clásicos temas de interés, en este volumen se ha dado espacio también a nuevos **focus de investigación científica** inherente a los instrumentos presentados en los últimos meses, es decir a los innovadores protocolos quirúrgicos relativos al martillo magneto-dinámico Magnetic Mallet y el nuevo equipo para la descontaminación de la prótesis Plasma R.

El tercer estudio está constituido por investigaciones experimentales in vitro e in vivo, que dan testimonio de la **continuidad** del compromiso de la empresa a la hora de **valorar objetivamente** sus productos, ya sean implantes o equipos.

Importante ha sido también el número de revisiones de la literatura efectuadas por investigadores independientes (ocho en este volumen), lo cual confirma la **seriedad** de los protocolos de investigación efectuados también a nivel internacional.

La Investigación Científica.
La Investigación Científica.
La Investigación Científica.

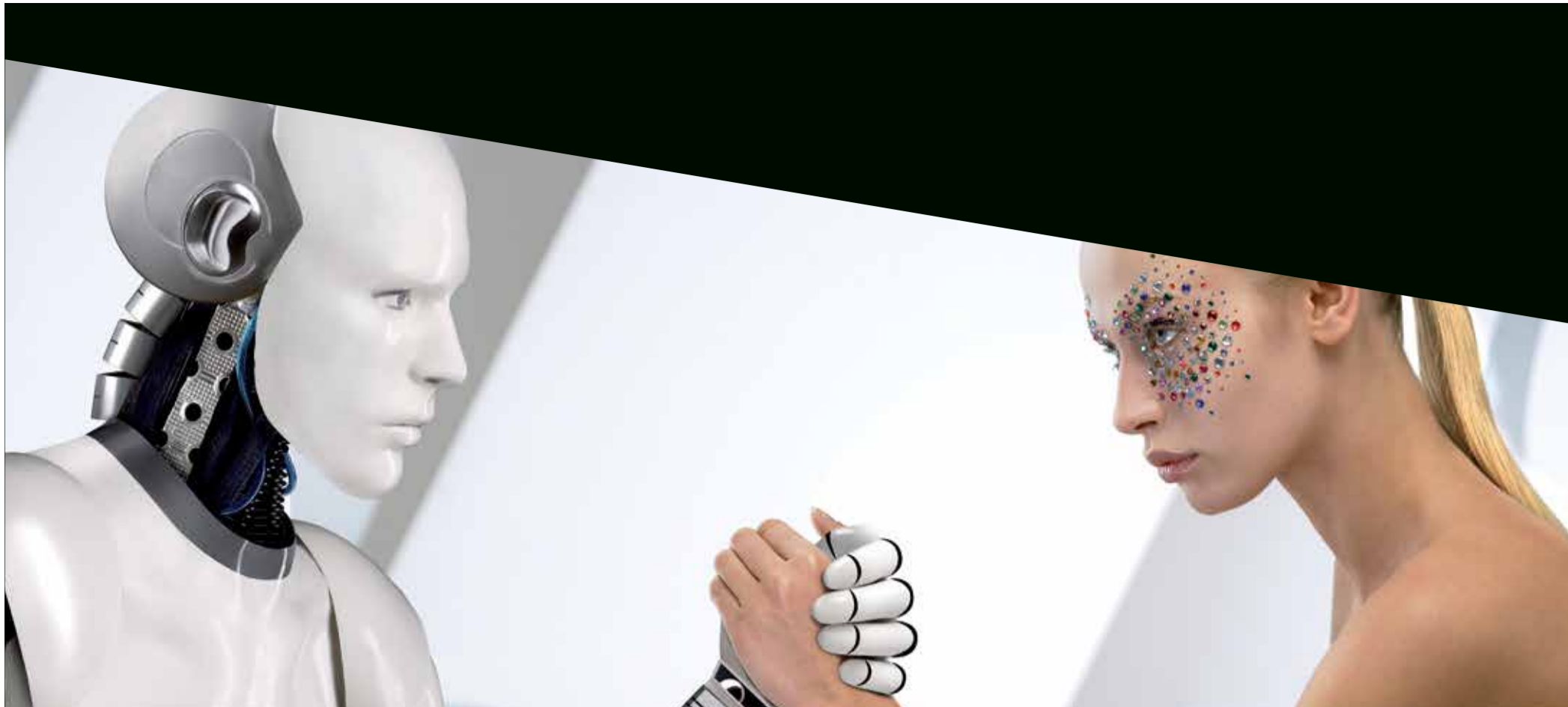
El éxito.



20 años de investigación clínica y experimental, 218 artículos en revistas nacionales e internacionales, 66 estudios experimentales, 72 estudios clínicos, 50 case report, 12 revisiones de literatura de autores independientes, 836 imágenes histológicas, clínicas y radiográficas, 289 autores, 3 volúmenes de éxito.



Pida su copia
<http://www.sweden-martina.com/news-dettaglio.php?id=692>



2º Premium Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

7, 8 y 9 Noviembre 2013

Madrid, Hotel NH Eurobuilding C/ Padre Damián, 23

Presidentes del Congreso:

Prof. Dr. Mariano Sanz Alonso, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Dr. Ugo Covani

Jueves 07 de noviembre

16:00 **Talleres pre-congresuales:**
 Suturas: **Dr. Ugo Covani, Dr. Joan Faus López**
 Kit M.I.S.E.: **Dr. Giorgio Carusi**
 Magnetic Mallet: **Dr. Marco Csonka**
 Láser: **Dr. Giuseppe Iaria, Dr. Ignacio Sanz Sánchez**

Viernes 08 de noviembre

Moderador:

Dra. María Sol Ucha Domingo

09:30 **Dr. Matías Cuesta Gil**
 Implantología avanzada. Casos extremos

10:00 **Dr. Salvador Albalat Estela**
 Usabilidad de la Tecnología Digital en implantología. Pasado, presente y futuro

10:30 **Dr. Eusebio Torres Carranza**
 Carga inmediata para sector anterior estético: rehabilitaciones unitarias, tramos edentulos y grandes rehabilitaciones

11:00 **Dr. Antonio Bowen Antolín**
 Láser de diodos en cirugía e implantología bucofacial

12:00 **Bienvenida: Dr. Sandro Martina, Prof. Mariano Sanz Alonso, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Ugo Covani**

Moderador:

Prof. Juan Manuel Aragonese

12:10 **Prof. Mariano Sanz Alonso**
 Importance of soft tissues around dental implants.

13:00 **Dr. Daniele Botticelli**
 New insights in osseointegration

13:40 **Dr. José Carlos Vasquez Moreno**
 Una década de cirugía asistida por ordenador en implantología oral
 ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?

Moderador:

Prof. José Maroto García

15:30 **Dr. Ignazio Loi**
 B.O.P.T.: Nuevo acercamiento en prótesis fija

16:15 **Prof. Guillermo Pradés Ramiro**
 Impresiones digitales intraorales en prótesis sobre implantes: situación actual

Moderador:

Prof. Eugenio Velasco Ortega

17:30 **Prof. Ugo Covani**
 Elevación del seno maxilar en el abordaje crestal: evolución de la técnica y de la tecnología

18:15 **Dr. Francisco Riba García**
 Implante Inmediato-Carga Inmediata. Limitaciones de la técnica

18:45 **Prof. Juan Carlos De Vicente Rodríguez**
 Injertos óseos en implantología

Sábado 09 de noviembre

Moderador

Prof. Maximino González-Jaranay Ruyz

09:30 **Exposición Posters Ganadores**

10:00 **Dr. Jorge Calvo De Mora**
 Uso de tecnologías en prótesis sobre implantes

10:30 **Prof. João Caramés**
 Full Arch Implant Rehabilitation: Surgical and Prosthetic. Strategies for predictable results

Moderador:

Dr. Alfonso Villa Vigil

11:30 **Dr. Alfredo Machín Muñiz**
 Manejo de tejidos blandos en implantología inmediata

12:10 **Prof. Santiago Llorente Pendás**
 Resolución de casos complejos en implantología

12:40 **Prof. Miguel Peñarrocha Diago**
 Carga inmediata de arco completo

13:20 **Prof. Manuel Gómez González**
 Últimos avances en implantología oral

14:00 **Dr. Jorge Ripolles de Ramon**
 Injertos óseos en implantología



Sweden & Martina y Premium Day

Prof. Dr. Ugo Covani

Profesor titular de Enfermedades de Odontología y Estomatología

Nombrado Profesor Docente de Prosthodontia y Director del Máster en Implantología Oral de la Universidad de Pisa.

Visiting Professor – Dept. Oral and Máxilo-facial Surgery - State University of New York at Buffalo.

Director de Istituto Stomatologico Tirreno (Centro de Odontología del Hospital de la Versilia).

Past-President de la Società Italiana di Chirurgia Orale (1994/96).

Past-President del European Board of Oral Surgery (2004/08).

Autor de más de cien publicaciones, la mitad de ellas en revistas internacionales.

Si un detalle o un evento especial pueden caracterizar el alma de una empresa, el Premium Day, Congreso de Sweden & Martina, lo representa.

Fue en 1997, cuando Sweden & Martina, a sugerencia del Prof. Ugo Covani, organizó su primer Congreso, dándole el nombre del primer implante producido por la empresa. La idea era la de calificar culturalmente y no sólo productivamente a Sweden & Martina. El año siguiente se celebró en Montecatini el primer Premium Day con el Prof. Covani actuando como facilitador y coordinador científico, papel que desempeña también actualmente junto con otros grandes nombres de la odontología, que se han convertido en parte del Comité Científico de la empresa.

Con motivo de la segunda edición del Premium Day Español tenemos la oportunidad de hablar de este Congreso con el Prof. Covani.

¿Cómo nace su experiencia con Sweden & Martina?

En la primera mitad de los años 90, fui contactado por los dirigentes de Sweden & Martina para colaborar en el desarrollo y la difusión de un implante de producción totalmente italiana. En aquellos días, el mercado italiano estaba completamente dominado por los implantes del norte de Europa o de América y yo, con mucho gusto acepté el desafío para llegar a crear un implante italiano, que se enfrentara con dignidad clínica y científica al resto de implantes.

¿Recuerda su primer Premium Day?

Por supuesto. Desde el comienzo de mi colaboración con Sweden & Martina insistí sobre la importancia de una acción de marketing que se centrara sobre todo en actividades culturales, y junto con Gianfranco Parente, que en aquella época vivía en Toscana, se diseñó el primer congreso, y se eligió el nombre de Premium Day. De aquel congreso recuerdo que la ansiedad del día anterior se esfumó gracias al rotundo éxito de este primer evento.

En su opinión, ¿cuál es la fórmula ganadora de este Congreso?

El Premium Day ha tenido un éxito cada vez más grande en Italia, éxito que culminó en el último evento, que ha coincidido con el cuadragésimo aniversario de Sweden & Martina, y ha visto a la élite de la Odontología italiana reunida para la ocasión, y por supuesto la presencia de destacadas personalidades de la escena internacional. Sin duda, una de las razones de este éxito es la gran apertura de la empresa que siempre ha ejercido una función de gran mecenazgo, dejando que los ponentes representaran su propia experiencia sin restricciones comerciales y evitando enfáticas autopromociones. Creo que este espíritu ha fascinado a los ponentes, a los investigadores y a los participantes, que cada vez más numerosos, se han acercado a la Empresa y a sus eventos.

Prof. Covani, Usted se ha convertido en un punto de referencia para la odontología española, ¿cómo ha nacido esta afinidad con el País ibérico y cuál es su opinión sobre el nivel del mercado español?

Bueno, mi origen es parcialmente siciliano, y por lo tanto, como buen italiano del sur, tengo muchas cosas en común con la forma de ser de los españoles. Gracias a esto, he desarrollado muchas relaciones de sincera amistad con muchos profesionales y profesores españoles, y cuando estoy en España yo me siento como en mi casa. Por último, pero no menos importante, estoy encantado con la excelente cocina española.

Hace dos años tuvo lugar el primer Premium Day español: ¿nos cuenta cómo fue, en su opinión?

Nosotros ya estamos acostumbrados al éxito de la edición italiana, mientras que con el primer Congreso Español tanto el Dr. Parente como yo revivimos las mismas ansiedades y emociones del primer evento italiano, que fueron desapareciendo con el éxito de la primera edición. Estamos convencidos que con el tiempo se incrementarán nuevos éxitos. Siempre aspiramos a renovar y a mejorar los resultados tanto en el plano de las relaciones como en el éxito de asistentes.

El programa de este año lo tiene como co-presidente, junto con el Prof. Mariano Sanz y el Dr. Daniele Botticelli. ¿Después de tantos años, ve todavía la validez de esta fórmula que reúne el equipo (odontólogos, protésicos e higienistas) para reflexionar sobre el mundo de la implantología?

No hay duda de que la implantología es un trabajo de equipo y por lo tanto es impensable enfrentarse a un recorrido cultural que no tenga en cuenta todos los operadores que intervienen en el tratamiento. La calidad de la prestación implantológica debe ser total y concierne no sólo el producto "implante", sino también toda la secuencia terapéutica. Ésta es la filosofía que la Empresa ha abrazado y que seguirá practicando, de una manera totalmente original con respecto al resto del mundo de la implantología.

Profesor, ¿cuál es su deseo para los organizadores y para su amigo Dr. Sandro Martina respecto al inminente Congreso en Madrid?

Mi deseo es que el Premium Day español sea sólo el primero de una serie de eventos en el mundo que permitan sellar el pleno éxito de la política de internacionalización que Sweden & Martina está poniendo en práctica y que la llevará al éxito cada vez en más países.

Láser de diodo en cirugía e implantología

Dr. Antonio Bowen Antolín



El Dr Bowen es Licenciado en Medicina y Cirugía y realizó la adaptación de Licenciado en Odontología en la U. Complutense de Madrid. Es Doctor en Medicina y Cirugía "Sobresaliente cum Laude" por la UCM y en Odontología por la U. Iberoamericana. Realizó la Residencia de Cirugía Oral en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y los Postgrados en Patología de la ATM y de Patología Bucal en dicho Hospital. Es Diplomado en Estomatología Legal y Forense por la UCM y Especialista en Nuevas Tecnologías en Cirugía Bucal por la Universidad de Sevilla. Es Fellow del European Board en Oral Surgery y postgrado en Implantología por la Universidad de California (UCLA), así como especialista en Láser médico de primer nivel por la Universidad de Barcelona. Ha sido Director del Curso Superior de Implantología Oral y prótesis sobre implantes del Instituto de Estudios Superiores de la Universidad San Pablo CEU de Madrid, así como profesor invitado en numerosos Master en Universidades Españolas (UCM, U. Europea, U. Sevilla, U. Santiago Compostela...), y ha impartido más de 50 ponencias en Congresos nacionales e internacionales y publicado más de 50 artículos. Ha obtenido 5 premios en diferentes eventos nacionales e internacionales. Actualmente, se dedica a la investigación y desarrollo de Nuevas Tecnologías en Odontoestomatología y Cirugía Bucofacial, y pertenece a las Juntas Directivas de varias Sociedades Científicas y es vocal de Nuevas Tecnologías y Láser en el Colegio de Odontólogos de Madrid.

Introducción

Los láseres de diodo fueron introducidos como láseres de baja potencia a principios de los años 90 y como láseres quirúrgicos o de alta potencia a finales de esa década. Desde el punto de vista de coste/beneficio, el láser de diodo es una de las mejores opciones, ya que tiene un coste asumible, con unas prestaciones que permiten su aplicación en casi todos los campos de la Odontología y una estabilidad muy superior a otros tipo de láseres. Los láseres de diodos quirúrgicos pertenecen a la serie de láser de estado sólido y de emisión continua. Están formados por un diodo de Arseniuro de Galio (As Ga), que emite en una longitud de onda en el infrarrojo cercano entre los 804 y los 980 nm, por lo que no puede ser visto por el ojo humano y por ello, en muchas ocasiones, va acompañado de un láser marcador de He Ne^(1, 2).

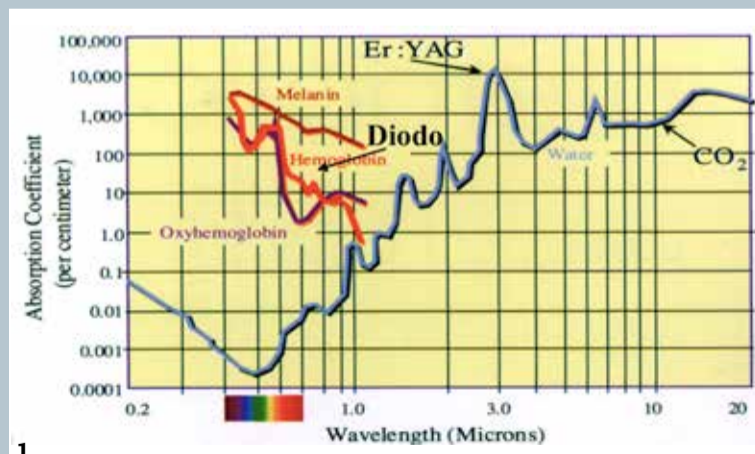
Se trata de un láser de contacto, por lo que es preciso emplear como medio de transmisión una fibra de vidrio con pieza de mano específica, de diferentes diámetros, según aplicaciones, si bien para su uso en Cirugía e Implantología se recomienda la fibra de 300 µm, ya que permite la liberación de la radiación láser sin alterar su morfología y sin perder la elasticidad necesaria⁽³⁾.

La potencia de uso del láser de diodo varía, pudiendo llegar hasta los 10 W, si bien no suele ser necesario emplear potencias de más de 3-4 W. Su forma de aplicación puede ser en forma de onda continua.

Los efectos del láser de diodo sobre los tejidos son los de ablación fototérmica, y por longitud de onda específica (máxima absorción por el color rosa), y los efectos de bioestimulación. Por lo tanto, también tiene efectos de esterilización del área irradiada, al vaporizar las estructuras bacterianas presentes en la zona; también hace un efecto barrera, al crear un área de proteínas hialinizadas en su zona de aplicación, lo que dificulta la colonización de los tejidos. Produce también coagulación de pequeños vasos de la zona, por un efecto de termocoagulación.

Sus efectos patológicos vienen dados por el exceso de irradiación aplicada (mayor energía depositada), que producen un aumento de temperatura, debido al sobrecalentamiento del agua de los tejidos, ya que al tener una absorción no completa por el tejido rico en hemoglobina, el exceso de energía es absorbida por el agua intersticial y provoca el calentamiento de esta, con el consiguiente daño secundario⁽⁴⁾. Las longitudes más cercanas a los 1.000 nm tienen una mayor absorción por el agua (casi el doble que la de los más cercanos a los 800 nm), por lo que su efecto térmico es mayor⁽³⁾.

Su uso requiere de protección ocular, al tratarse de un láser que puede afectar por su longitud de onda a la coroides, produciendo lesiones de difícil evolución.



Gráfica de absorción de longitudes de onda

Aplicación en Cirugía e Implantología

La forma de emisión depende de la aplicación que se le quiera dar al láser. Así, en Cirugía, la aplicación más habitual es la de corte, por lo que la forma de emisión será la continua y con contacto tisular. En el caso de implantología, será variada, ya que se puede aplicar desde la bioestimulación (forma continua, con lente focalizadora específica), descontaminación (forma discontinua sin contacto tisular) hasta la de corte.

La potencia de trabajo no parece ser necesario que sea mayor a 3 W en la mayoría de los casos, pudiéndose trabajar a menores potencias, y minimizando así los efectos fototérmicos del láser. En cuanto al diámetro de la fibra a emplear, la de 300 µm parece ser la más adecuada, y se debe activar en todos los casos con el fin de dirigir el rayo de luz focalizadamente hacia la zona en cuestión⁽³⁾.

El uso de anestesia en estos casos puede llegar a ser selectivo, ya que el síntoma dolor tiende a aparecer en aquellos casos en los que el efecto térmico es mayor, por lo que al minimizar este, también se reduce el uso de anestesia. En principio, la aplicación de un gel anestésico incoloro (para permitir la transmisión de la luz sin pérdidas por absorción) puede ser suficiente, aunque en otros casos se requiere anestesia infiltrativa con los fármacos habituales.

Sus indicaciones varían, y pueden ser aplicadas tanto en técnicas de blanqueamiento como en hiperestesis dentinales, halitosis, endodoncia, o periodoncia, si bien alcanzan su máxima expresión en Cirugía y en Implantología, al ser los tejidos blandos de la cavidad bucal los que mejor absorben las longitudes de onda de estos láseres.

Los beneficios del láser en cirugía son evidentes y entre ellos se encuentran⁽⁵⁾:

- Precisión
- Mayor accesibilidad
- Mínimo sangrado
- Mínimamente invasivo
- Evita contacto con tejidos
- Menor dolor postoperatorio
- Menor tiempo de recuperación

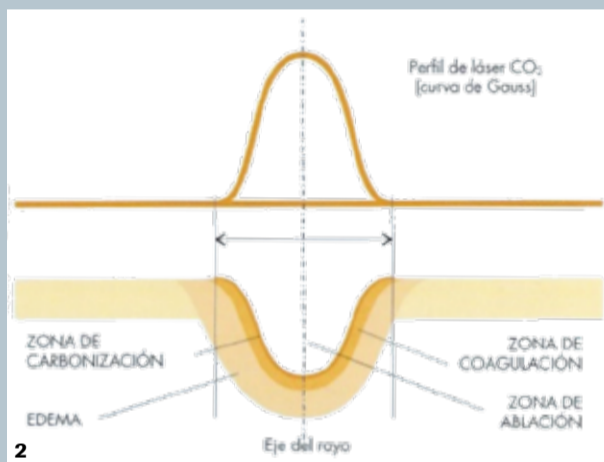
1. Indicaciones en Cirugía⁽²⁾

- Frenectomías
- Extirpación de fibromas
- Cálculos salivares
- Biopsias
- Gingivectomías
- Hemangiomas
- Papilectomías
- Papilomas
- Granulomas piógenos
- Drenajes de abscesos
- Vaporización de aftas y lesiones herpéticas

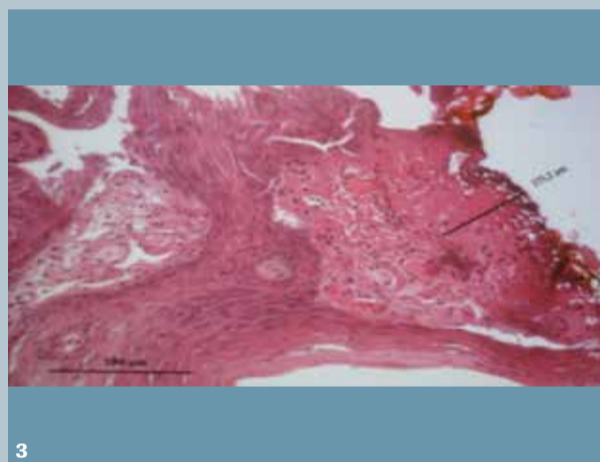
2. Indicaciones en Implantología⁽⁶⁾

- 2.1. Aplicaciones de corte
 - Segunda fase quirúrgica
 - Gingivectomía y recontorneado estético
 - Incisiones
- 2.2. Aplicaciones de desinfección
 - Desinfección prequirúrgica de los alveolos
 - Periimplantitis
 - Absceso periimplantario
- 2.3. Aplicaciones de bioestimulación
 - Efectos del láser de diodo sobre los tejidos

Todas estas indicaciones se realizan mediante la aplicación puntual del láser con la punta de la fibra de vidrio. La fibra produce el efecto de corte, con una zona central de carbonización y vaporización de tejidos, así como un calentamiento del área adyacente. Las consecuencias de esto es la desaparición de los tejidos irradiados así como la esterilización del área y la aparición de una zona hialinizada alrededor del área en cuestión⁽⁷⁾⁽⁸⁾.



Perfil gaussiano de los efectos que produce el láser al ser absorbido por los tejidos



Banda de necrosis de unos 170 micras en la zona de incidencia del láser de diodo (Prof. Rolando Crippa SELO Sevilla 2011)



Bordes irregulares y con efectos térmicos tras incisión con fibra de vidrio

El problema es que el corte de la zona es discontinuo y no preciso, ya que la punta de la fibra de vidrio produce una vaporización de los tejidos de forma puntual, con bordes irregulares y áreas de necrosis térmica que dificultan el cierre primario de los tejidos.⁽⁶⁾

Por ello, el uso de las fibras de vidrio para incisiones en la cavidad oral no es una indicación primaria, de manera que se debe evitar el uso del láser en los casos de incisiones para biopsia y limitarlo a aquellos accesos quirúrgicos que impliquen eliminación de tejidos tal y como pueden ser los casos de segunda cirugía de implantes, etc.⁽⁹⁾

Introducción del bisturí de zafiro

Los beneficios que acompañan al uso del láser en cirugía, no son plenamente aplicables a la incisión quirúrgica, ya que los procesos de cicatrización se ven seriamente alterados cuando los bordes de la herida no son vitales, impidiendo así el cierre primario de la herida.

Para ello, A.R.C. Laser ha desarrollado una punta de bisturí de zafiro que permite un corte preciso así como el paso de la luz para poder usar el láser de diodo y poder hacer incisiones continuas, con hemostasia y desinfección de la zona.

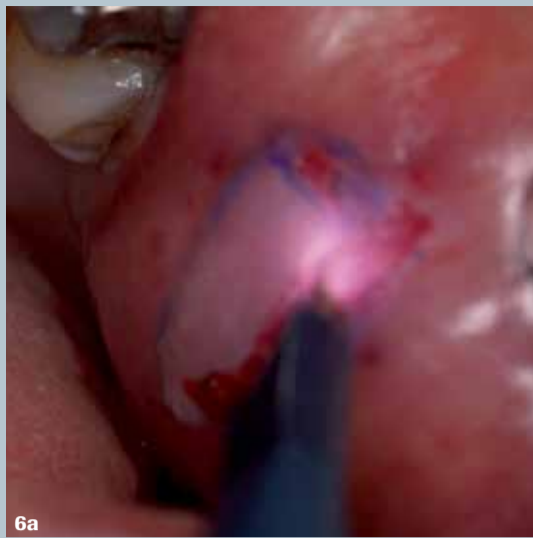
Al no ser el corte con láser la principal función, se trabaja con una fibra de 300 Nm y una potencia de 2,40 W, que es la necesaria para hemostasia y desinfección de la zona sin necesidad de vaporizar tejidos.



De esta forma se amplían las posibilidades del láser de diodo, pudiendo hacer intervenciones que anteriormente se evitaban, entre ellas la posibilidad de hacer biopsias, ya que el principal problema de la realización de las biopsias con la fibra óptica es la aparición de áreas de necrosis térmica que pueden inducir a errores y complicaciones en el estudio histopatológico.

La forma de corte del bisturí de zafiro, es similar a la de un bisturí frío convencional, pero emitiendo láser de forma continua. No hay necrosis térmica ni áreas de imprecisión en la escisión y sí un área con tejidos coagulados y desinfectada, que favorece una intervención más cómoda a la vez que un postoperatorio confortable. El bisturí Jazz permite extender las aplicaciones del láser de diodo de una manera absoluta al completar de esta manera todo el abanico de necesidades quirúrgicas que puede ofrecer.

10



Caso 1: Exéresis de leucoplasia. Aplicación de bisturí Jazz y pieza quirúrgica. El uso del láser permite la rimoción íntegra del tejido, y facilita su análisis histológica



Caso 1: Postoperatorio inmediato: se aprecian los bordes definidos del corte con bisturí Jazz

Cicatrización a la semana



Caso 2: Técnica de incisión para fenestración vestibular con bisturí Jazz



Caso 2: Incisión. Postoperatorio inmediato: se aprecia la cicatrización inmediata



código QR para ver vídeo de incisión con bisturí Jazz

Referencias

1. Gutknecht N.; *Proceedings of the 1st international workshop of evidence based dentistry on lasers in dentistry*. Ed Quintessence.2007.
2. España-Tost A.J., Arnabat-Domínguez J., Berini-Aytés L., Gay-Escoda C.; *Aplicaciones del láser en Odontología*. RCOE 2004;9(5):497-511.
3. Moritz A.; *Oral laser application*. Ed. Quintessence. 2006.
4. Arnabat-Domínguez J., España-tost A.J., Berini-Aytes I., Gay-Escoda C.; (2003) *erbium:Yag laser application in the second phase of implant surgery: a pilot study in 20 patients*. int j oral maxillofac implants 18(1),104-12.
5. Bruguera A.; *Atlas of laser therapy applied to clinical dentistry*. Ed Quintessence. 2006.
6. Bowen A.; *Aplicaciones del láser de diodo en Implantología*. Gaceta Dental. 2009. 205: 162-172
7. Tuner J., Hode L.; *The new laser therapy Handbook*. Ed. Prima books. 2010
8. Karu T.; 1999. *Primary and secondary mechanisms of action of visible to near-Irradiation on cells*. J Photochem Photobiol B 49(1):1-17.
9. Clayman. I.; (1994) *management of mucosal premalignant lesions*. oral maxillofac clin north am 6,431-443.



Outlink²

nuevo transportador multifunción

A los 11 años de su nacimiento, el ya ampliamente consagrado implante de hexágono externo Outlink² se renueva ahora combinado con un nuevo transportador multifunción.



Gracias a su forma especial, además de ejercitar la función de carrier para transportar y posicionar el implante in situ, el nuevo mounter Outlink² hace las funciones de transportador para la toma de impresión y de pilar para la sucesiva rehabilitación protésica.



La parte superior del transportador presenta un diseño que ha sido estudiado específicamente para la toma de impresión. Ofrece un buen compromiso tanto por lo que respecta a la técnica pick-up, ya que presenta unas aletas de retención suficientes para estabilizarlo en la impresión, como por la técnica de cuchara cerrada, ya que todos los bordes son redondeados y facilitan el reposicionamiento.

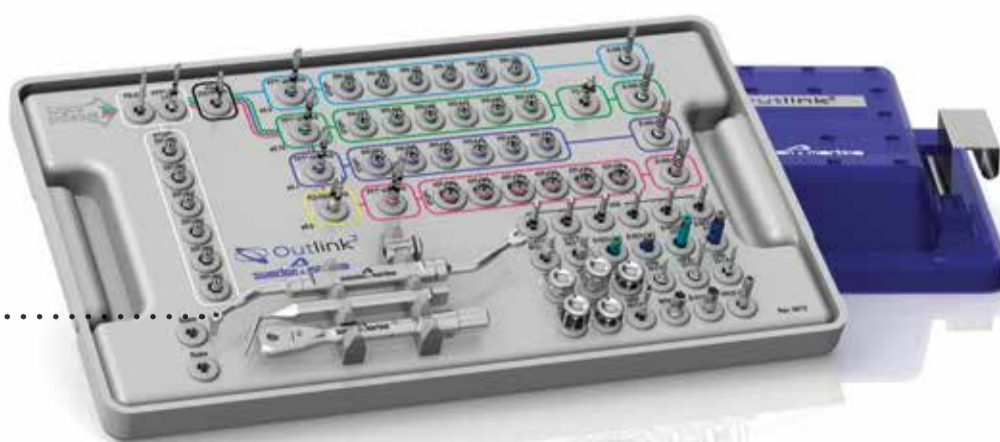


Para usar el transportador con función de pilar es suficiente extraer la parte coronal con una fresa de titanio o con un disco separador. Su color dorado permite obtener una excelente estética de las reconstrucciones.

El grosor de las paredes permite al clínico fresar y bajar el transportador, personalizándolo según las necesidades clínicas y estéticas.



El nuevo transportador Outlink² presenta en su parte superior una conexión interna octogonal, que permite extraer la ampolla con su correspondiente driver, presente en el kit quirúrgico, en esta versión actualizada. Quienes ya posean el kit en la versión anterior podrán pedir el nuevo driver.



Junto al nuevo driver se encuentra disponible también un nuevo y práctico instrumento que permite mantener estable el transportador del implante tras la colocación en el hueso, durante el desatornillado del tornillo de fijación para prevenir el desatornillado del implante.

Novedad del mercado

11

12

Rehabilitación con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción. A propósito de un caso

Prof. Dr. Miguel Peñarrocha Diago, Dr. Hilario Pellicer Chover, Dr. David Peñarrocha Oltra, Dr. Ruben Agustín Panadero



*Prof. Dr. Miguel Peñarrocha Diago
Catedrático de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.
Director del Master de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Valencia.*



*Dr. David Peñarrocha Oltra
Master de Cirugía e Implantología Oral*



*Dr. Hilario Pellicer Chover
Master de Cirugía e Implantología Oral*



*Dr. Ruben Agustín Panadero
Licenciado en Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.
Doctor en Odontología. Universidad de Valencia.
Magíster en Prótesis Bucofacial.
Universidad Complutense de Madrid.
Profesor Asociado. Unidad de Prostodoncia y Oclusión.
Universidad de Valencia*

Introducción

Los implantes inmediatos son una modalidad de tratamiento con una elevada tasa de éxito⁽¹⁾. Chen y cols.⁽²⁾ realizaron una revisión de la literatura comparando las tasas de éxito y resultados clínicos asociados con los implantes inmediatos, tempranos y diferidos; observaron tasas de éxito similares entre grupos. Algunas de las ventajas con respecto a los implantes diferidos son: reducción de la pérdida ósea, disminución de los tiempos de tratamiento y se evitan segundas cirugías⁽³⁾.

Se han encontrado pocos estudios que evalúan la satisfacción de los pacientes con el tratamiento rehabilitador en una arcada desdentada⁽⁴⁻⁶⁾. Además, no existe homogeneidad en cuanto al método empleado para evaluar la percepción de los pacientes. Van Steenberghe y cols.⁽⁷⁾ evaluaron mediante EVA la satisfacción con la estética, la función, la fonación y la sensación táctil de los pacientes a los 3 meses de la carga inmediata. La satisfacción fue muy elevada respecto a estética, función y sensación táctil; en cambio, alrededor de la mitad de los pacientes refirieron sólo una satisfacción moderada con la fonación. Estos autores también registraron la opinión del clínico respecto a estética y función, clasificándolas como excelente, buena, aceptable, inaceptable: 18 de las 24 tuvieron una función excelente, y 16 una estética excelente; únicamente una prótesis tuvo una estética inaceptable por una desviación marcada de la línea media y fue repetida.

El objetivo de este estudio fue presentar un caso de rehabilitación oral con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción. Se valoró la satisfacción del paciente con la prótesis provisional y definitiva, el éxito y pérdida ósea marginal a los 12 meses de la carga protésica.

Caso clínico

Mujer de 56 años de edad, que no presenta enfermedades sistémicas de interés ni alergias conocidas y no toma ninguna medicación de forma habitual. Acude al Servicio de Cirugía Bucal de la Universitat de Valencia para valoración de colocación de implantes. La paciente refiere tener problemas en la masticación y estar descontenta con el aspecto estético de sus dientes; tras la exploración clínica (Fig. 1 a-b), se observó una periodontitis crónica generalizada avanzada, se realizó una radiografía panorámica (Fig. 2) y se tomaron impresiones obteniendo unos modelos que fueron analizados en el articulador semiajustable Whip-Mix 3000® (Whip-Mix Corporation, Louisville, USA). Posteriormente, se realizó un encerado diagnóstico para evaluar los parámetros estéticos y la relación de los dientes con el reborde alveolar (perfiles de emergencia). Se preparó una guía quirúrgica y se tomó un registro de oclusión céntrica en cera.



La cirugía se realizó bajo sedación consciente intravenosa con propofol 1% (Diprivan, Astra Zeneca Farmacéutica España S.A., Madrid, España) y midazolam; y con anestesia local con articaína 4% con epinefrina 1:100000. Se procedió a la extracción de todos los dientes remanentes de forma atraumática colocando 14 implantes Sweden & Martina (Due Carrare, Italia); 8 situados en el maxilar superior y 6 en mandíbula (Fig. 3 a-d), todos los implantes se colocaron de forma subcrestal. Posteriormente, se pautó tratamiento antibiótico con amoxicilina 500 mg, 3 veces al día durante 7 días (Clamoxyl; GlaxoSmithKline, Madrid, España), junto con ibuprofeno 600 mg, 3 veces al día durante 3 días (Bexistar; laboratorio Bacino, Barcelona, España) y enjuagues de clorhexidina al 0.12% (GUM; John O. Butler Co, A SunStar Company, Chicago, USA).



14

Se confeccionaron unas prótesis removibles provisionales de resina durante el periodo de osteointegración de los implantes (Fig. 4 a-b). La prótesis definitiva se colocó a los tres meses después de la cirugía (Fig. 5 a-b).

El paciente señaló en una escala visual analógica (EVA), el grado de satisfacción con la estabilidad, confort, limpieza, y estética de la prótesis provisional y de la definitiva. Las palabras de referencia fueron “completamente insatisfecho” y “completamente satisfecho”. Se observó una alta satisfacción para la prótesis definitiva, por el contrario, la prótesis provisional obtuvo unos valores menores en todas los parámetros recogidos:

estabilidad (prótesis temporal 6.8; prótesis definitiva 9.3), confort (prótesis temporal 7.5, prótesis definitiva 9.0), limpieza (prótesis temporal 8.7, prótesis definitiva 9.2), estética (prótesis temporal 7.6, prótesis definitiva 9.2), y satisfacción general (prótesis temporal 7.8, prótesis definitiva 9.3).

A los 12 meses de la carga protésica, se realizó un control radiográfico midiendo la pérdida ósea utilizando el protocolo descrito por Peñarrocha y cols⁽⁸⁾. Se observó una pérdida ósea media de 0.7 ± 0.2 mm en los implantes.



Discusión

Lazzara⁽⁹⁾ colocó los implantes inmediatos 2 mm subcrestales para permitir el remodelado óseo y la regeneración ósea hasta la plataforma del implante. El estudio⁽⁹⁾ concluyó que los implantes inmediatos podría permitir la conservación del hueso en el alveolo postextracción, coincidiendo con otros estudios publicados^(10, 11). Por el contrario, estudios más recientes⁽¹²⁾, observaron que la posición del cuello del implante (respecto a la cresta), no influye en los tejidos duros y blandos periimplantarios.

Después de la inserción del implante postextracción, en ocasiones, se produce un defecto circunferencial (gap) entre la superficie del implante y las paredes del alveolo. Dependiendo del tamaño y la ubicación del “gap”, podría ser necesaria la utilización de injertos y/o membranas. Polyzois y cols⁽¹³⁾, realizó un estudio en 4 perros; observó que cuando el “gap” era superior a 2 mm, las técnicas de regeneración aportaron beneficios, por el contrario, cuando se trató de pequeños defectos circunferenciales, estos cicatrizaron de forma espontánea, lo que coincide con otros estudios publicados⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Los estudios sobre satisfacción evalúan una serie de parámetros que pueden influir sobre la calidad de vida de los pacientes. El presente estudio empleó EVA para comparar la satisfacción conseguida mediante prótesis fija de arco completo y de prótesis provisional respecto a comodidad, estética, fonación, masticación, facilidad de higiene, autoestima, duración del tratamiento y la satisfacción global. La satisfacción del paciente fue superior en la prótesis fija de arco completo, resultados que coinciden con la mayoría de los estudios publicados en la literatura⁽⁴⁻⁷⁾.

Todos los estudios revisados sobre carga inmediata con prótesis fijas de arco completo en el maxilar muestran tasas de supervivencia elevadas, oscilando entre 87,5 y 100%^(17, 18). Chen y cols.⁽¹⁹⁾ concluyeron en su revisión que no existían diferencias estadísticamente significativas en la pérdida ósea marginal o en la profundidad de sondaje entre los implantes inmediatos, tempranos o tardíos. En el presente estudio, la pérdida ósea marginal tras un año de seguimiento fue de 0.7 ± 0.2 mm; resultados similares a los obtenidos por otros autores⁽⁸⁾ ⁽²⁰⁾.

Referencias

1. Quirynen M, Van Assche N, Botticelli D, Berglundh T; *How does the timing of implant placement to extraction affect outcome?* Int J Oral Maxillofac Implants. 2007;22 Suppl:203-23. Review.
2. Chen S.T., Wilson T.G. Jr., Christoph H., Hämmerle C.H.; *Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes.* Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19:12-25.
3. Covani U., Crespi R., Cornelini R., Barone A.; *Immediate implants supporting single crown restoration: a 4-year prospective study.* J Periodontol. 2004;75:982-8.
4. Strietzel F.P., Karmon B., Lorean A., Fischer P.P.; *Implant-prosthetic rehabilitation of the edentulous maxilla and mandible with immediately loaded implants: preliminary data from a retrospective study, considering time of implantation.* Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26:139-47.
5. Dierens M., Collaert B., Deschepper E., Browaeys H., Klinge B., De Bruyn H.; *Patient-centered outcome of immediately loaded implants in the rehabilitation of fully edentulous jaws.* Clin Oral Implants Res 2009;20:1070-7.
6. Erkapers M., Ekstrand K., Baer R.A., Toljanic J.A., Thor A.; *Patient satisfaction following dental implant treatment with immediate loading in the edentulous atrophic maxilla.* Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26:356-64.
7. Van Steenberghe D., Glauser R., Blombäck U., Andersson M., Schutyser F., Pettersson A., Wendelhag I.; *A computed tomographic scan-derived customized surgical template and fixed prosthesis for flapless surgery and immediate loading of implants in fully edentulous maxilla: a prospective multicenter study.* Clin Implant Dent Relat Res 2005;7 Suppl 1:S111-20.
8. Peñarrocha-Diago M.A., Maestre-Ferrín L., Demarchi C.L., Peñarrocha-Oltra D., Peñarrocha-Diago M.; *Immediate versus nonimmediate placement of implants for full-arch fixed restorations: a preliminary study.* J Oral Maxillofac Surg. 2011;69:154-9.
9. Lazzara R.J.; *Immediate implant placement into extraction sites: Surgical and restorative advantages.* Int J Periodontics Restorative Dent 1989;9:332-343.
10. Denissen H.W., Kalk W., Veldhuis H.A., van Waas M.A.; *Anatomic consideration for preventive implantation.* Int J Oral Maxillofac Implants 1993;8:191-196.
11. Watzek G., Haider R., Mensdorff-Pouilly N., Haas R.; *Immediate and delayed implantation for complete restoration of the jaw following extraction of all residual teeth: A retrospective study comparing different types of serial immediate implantation.* Int J Oral Maxillofac Implants 1995;10:561-567.
12. Koh R.U., Oh T.J., Rudek I., Neiva G.F., Misch C.E., Rothman E.D., Wang H.L.; *Hard and soft tissue changes after crestal and subcrestal immediate implant placement.* J Periodontol. 2011;82:1112-20.
13. Polyzois I., Renvert S., Bosshardt D.D., Lang N.P., Claffey N.; *Effect of Bio-Oss on osseointegration of dental implants surrounded by circumferential bone defects of different dimensions: an experimental study in the dog.* Clin Oral Implants Res. 2007;18:304-10.
14. Nemcovsky C.E., Artzi Z., Moses O., et al.; *Healing of marginal defects at implants placed in fresh extraction sockets or after 4-6 weeks of healing: A comparative study.* Clin Oral Implants Res 13:410, 2002.
15. Covani U., Bortolaia C., Barone A., et al.; *Bucco-lingual crestal bone changes after immediate and delayed implant placement.* J Periodontol 75:1605, 2004.
16. Covani U., Cornelini R., Barone A.; *Vertical crestal bone changes around implants placed into fresh extraction sockets.* J Periodontol 78:810, 2007.
17. Degidi M., Piattelli A., Felice P., Carinci F.; *Immediate functional loading of edentulous maxilla: a 5-year retrospective study of 388 titanium implants.* J Periodontol 2005;76:1016-24.
18. Testori T., Del Fabbro M., Capelli M., Zuffetti F., Francetti L., Weinstein R.L.; *Immediate occlusal loading and tilted implants for the rehabilitation of the atrophic edentulous maxilla: 1-year interim results of a multicenter prospective study.* Clin Oral Implants Res 2008;19:227-32.
19. Chen S.T., Wilson T.G. Jr., Hämmerle C.H.; *Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes.* Int J Oral Maxillofac Implants 19:12, 2004.
20. Pieri F., Aldini N.N., Fini M., et al.; *Immediate occlusal loading of immediately placed implants supporting fixed restorations in completely edentulous arches: A 1-year prospective pilot study.* J Periodontol 80:441, 2009.

Prof. Guillermo Pradés Ramiro

Director del Departamento de Prótesis Buco facial de la Universidad Complutense de Madrid



Odontología digital en el tratamiento Implantológico. ¿dónde nos encontramos?

Durante los últimos años la Odontología restauradora avanza inexorablemente hacia lo que se ha dado en denominar el “digital workflow” o flujo de trabajo digital. Recursos como la fotografía, la radiología, el diagnóstico implantológico con programas de simulación, la cirugía guiada, la toma de color o toda la tecnología CAD/CAM protésica, comienzan a estar presentes en las consultas. Sin embargo, el profesional a menudo no es consciente del potencial de integración de todos estos recursos para lograr un diagnóstico y tratamiento que realmente se beneficie al máximo de las infinitas posibilidades de asociación entre ellos.

Si hablamos de fotografía digital, puede que estemos acostumbrados a realizar algunas fotos, pero no solemos estandarizar las tomas, lo cual es imprescindible a la hora de utilizar dichas imágenes en la predicción de tratamientos estéticos. Posteriormente, como publica el Dr. Coachmann, una simple plantilla con un Power point nos dará una incalculable capacidad de predicción, comunicación con el paciente, etc.

Pero podemos ir más allá. Hoy en día una foto de sonrisa puede utilizarse junto con un programa CAD (Diseño asistido por ordenador) para realizar un encerado virtual 3D de la sonrisa o las restauraciones que deseamos para nuestro paciente. En este sentido, la incorporación en los laboratorios de espátulas de cera de tecnología háptica resulta muy interesante.

En otro orden, hoy en día casi nadie se plantea la colocación de implantes sin la realización previa de una exploración radiológica con un CBCT (Tomógrafo de Haz cónico) para diagnóstico implantológico. Sin embargo, desaprovechamos frecuentemente una importante parte de la información que podemos obtener, obviando su capacidad de integración con la información que nos prestan los escáneres intraorales o extraorales. Está demostrado que la integración de los datos DICOM (archivo estándar para el intercambio de imágenes médicas) que ofrece el CBCT con la obtenida de los escáneres intra y extra orales en STL (lenguaje estándar de triángulos) mejora de manera manifiesta las férulas que se utilizan en cirugía guiada, acercándonos a una exactitud quirúrgica muy aceptable.

Por otra parte, dicha información combinada y nuevamente fundida con la obtenida en la fotografía y en los encerados virtuales nos permite incluso diseñar preoperatoriamente nuestra prótesis sobre implantes.

Los escáneres intraorales son otros importantes actores a tener en cuenta. Si bien su capacidad para escanear implantes se encuentra hoy en día, limitada a no más de tres o cuatro implantes en distancias cortas, es sólo una cuestión de tiempo que sean capaces de leer de manera sistemática y repetible, grandes casos de 6 y 8 implantes.

¿Que decir de la bondad de la maquinaria CAM (fabricación asistida por ordenador)? su capacidad de reproductibilidad de las estructuras virtuales diseñadas sobre implantes está sólo limitada por el tiempo que queramos emplear en fresar o sinterizar las estructuras. Si nuestro laboratorio sabe diseñar y el técnico de la máquina ofrece una “estrategia de fresado” en la que prime la calidad sobre el tiempo a invertir en su fabricación, el éxito está garantizado.

Cerrando el círculo, allá quedaron los tiempos de escoger, nunca mejor dicho, “a ojo” el color de las prótesis de nuestros pacientes. Los actuales espectrofotómetros nos garantizan una elección precisa en sólo unos segundos. Además, podemos enviar vía internet la información captada al técnico de laboratorio que podrá incluso utilizarla para mejorar las transparencias, las texturas, etc. de los dientes a reproducir.

Así pues, queridos compañeros, el flujo digital ha llegado a la Odontología y en especial a la implantología para quedarse. Cuanto antes aprendamos a integrar todos los recursos más fácil será nuestra práctica diaria, incluso aunque al principio nos toque estudiar un poco y tengamos que someternos a la ineludible “curva de aprendizaje”.

Prof. Maximino González-Jaranay Ruyz

Prof. Titular y Director del Master de Periodoncia e Implantología de la Universidad de Granada



La enseñanza posgraduada de la Periodoncia y la Implantología en España.

Actualmente en España, la enseñanza posgraduada se desarrolla de forma común en diplomas o master, organizados por instituciones no universitarias, master propios, organizados por cada una de las universidades españolas y que tiene como objetivo “capacitar” de forma reglada en una determinada disciplina y los denominados “master oficiales”, que se definen como “un grado académico de posgrado que busca ampliar y desarrollar los conocimientos para la solución de problemas disciplinarios, interdisciplinarios o profesionales, y además dotar a la persona de los instrumentos básicos que la habilitan como investigador en un área específica de las ciencias, de las artes o de las tecnologías, que le permitan profundizar teórica y conceptualmente en un campo del saber”. Esta definición dada por el Espacio Europeo de Educación Superior iniciado en 1999 con el Proceso de Bolonia y que quiere armonizar los distintos sistemas educativos de la Unión Europea, amplía esta “capacitación” para la investigación. Por todo ello, para conseguir estos requisitos, la mayoría de los estos denominados “master oficiales” que se imparten en España, tienen una duración de 2 a 3 años.

En Andalucía, ámbito en el cual desarrollamos nuestro trabajo, actualmente se imparten master de Periodoncia e Implantes con estas características en la Universidad de Sevilla y en nuestra Universidad de Granada. En concreto, en el master que me honro en dirigir, junto con los profesores Moreu y Gómez Moreno, su duración es de 3 cursos académicos (de Septiembre a Junio), que representan 3275 horas de trabajo, de las cuales 1200 las dedicamos a enseñar al alumno a investigar, pues pensamos que en un master debemos enseñar no solo “cómo se hace” sino el “por qué se hace”.

Por otra parte, el master, no es un título de “especialista”, pues aún las especialidades en Odontología en España no existen, pero sí es una “enseñanza especializada” en Periodoncia e Implantes. El fin ideal para los alumnos de nuestro master es que al finalizar su formación, puedan culminarlo con el título de Doctor, que es el galardón máximo dentro de la enseñanza posgraduada, por lo que consideramos que el contacto con la Universidad resulta esencial.

En la formación de los alumnos de estos master oficiales se implican sociedades científicas, casas comerciales que cooperan con material y cursos propios, profesores y profesionales de reconocido prestigio, que además de su experiencia profesional, intervienen de forma activa en el tratamiento de pacientes junto con los alumnos, pues este tipo de enseñanza lleva apareada una amplia formación práctica necesaria para que los alumnos aprendan y practiquen sobre pacientes y puedan comprobar sus resultados. Todo ello lleva consecuentemente un esfuerzo importante no solamente en “medios humanos” (la mayor parte del profesorado colabora de forma altruista) sino en “material” que es imprescindible para la realización de estas prácticas. A todos ellos queremos expresarles nuestro más sincero agradecimiento por colaborar en la completa formación de todos los alumnos de master oficiales, que sin duda, son los que con su “buen hacer”, darán prestigio en el futuro a nuestra profesión.

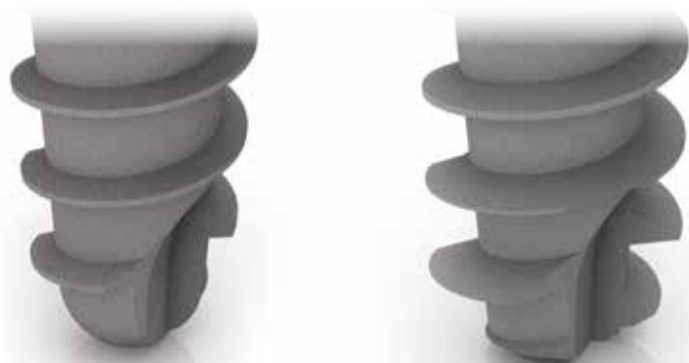
Nuevo implante: Shelta

El nuevo sistema implantológico Shelta presenta una morfología muy cónica, y ofrece la posibilidad de elegir entre dos opciones de espira. La conexión es única para los tres diámetros implantarios disponibles, y permite la aplicación de protocolos de Switching Platform.

La selección de la espira

El implante Shelta se encuentra disponible en dos versiones:

- estándar, con cuerpo y roscado con morfología cónica;
- "SL" (espira ancha), con cuerpo cónico y perfil externo de las espiras cilíndrico, constante a lo largo de toda la longitud del implante.



¿Shelta o Shelta SL?

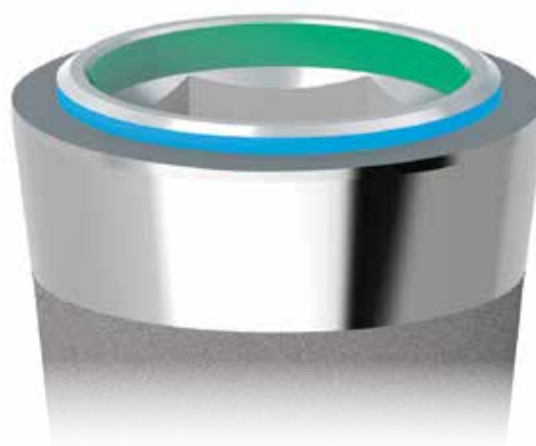
La morfología cónica de los implantes **Shelta** los hace adecuados en caso de espacios interradiculares reducidos; además, su ápice redondeado es ideal para procedimientos de elevación del seno. De modo especial, el roscado de los implantes **Shelta SL** otorga una gran estabilidad primaria en el caso de hueso poco compacto y en las cirugías post-extracción.



Shelta

Collar

Un collar que sobresale del cuello de los implantes Shelta confiere la máxima estabilidad a la conexión y garantiza una correcta distribución de las cargas masticatorias. La parte interna del collar permite además enganchar de forma excelente y segura el driver de inserción.





Amplia gama protésica

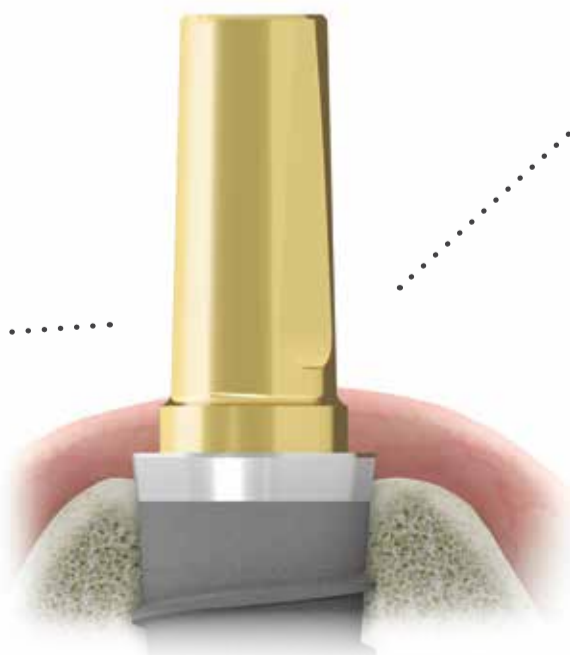
La geometría común de conexión de los implantes Shelta simplifica de forma considerable la gestión de la prótesis, permitiendo al médico una optimización tanto en la compra de los componentes protésicos como a la hora de elegir el diámetro de implante más adecuado a sus necesidades.



Shelta SL (espira ancha)

3 diámetros de implante, 1 sola conexión

Los implantes Shelta presentan una sola geometría de conexión de hexágono interno, con collar externo igual para todos los diámetros implantarios disponibles.



Switching Platform

Todos los diámetros de los implantes Shelta presentan un solo hexágono de conexión, dominado por un collar perimetral que es el mismo en todas las plataformas implantarias: esto permite aplicar sin problemas los protocolos de Switching Platform, reduciendo de esta forma los riesgos de reabsorción ósea y mejorando la conservación de los tejidos periimplantarios.



Centro de investigaciones BORG

Dott. Xavier Vela

Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1989 Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona en 1992 Práctica privada en Barcelona con dedicación exclusiva a implantología y prótesis desde 1992 en Clínica Vela.

Como co-fundador y miembro del BORG desde 2005 ha participado en numerosos artículos y ponencias de ámbito internacional sobre estética y rehabilitaciones orales multidisciplinares, así como también en estudios colaborando con universidades de Barcelona, Madrid, Kyoto, Turín, New York y Murcia.

Dr. Vela, BORG o bien Barcelona Osseointegration Research Group. ¿Quiere Usted contar brevemente a nuestros lectores la génesis de Vuestro grupo?

Desde hace ya algunos años he tenido el placer de trabajar junto a la Dra. Maribel Segalà, el Dr. Xavier Rodríguez Ciurana y el Dr. Víctor Méndez. El trabajo en equipo te permite comentar pequeñas observaciones clínicas de las que se pueden ir sacando numerosas conclusiones que nos ayudan en nuestra práctica diaria. Fruto de estas pequeñas sesiones de revisión de casos y búsqueda de respuestas surgió nuestro primer proyecto relacionado con el Platform Switching y la preservación crestal que nos podía ofrecer este concepto. Estamos hablando del año 2005 aproximadamente. Decidimos protocolizar todas nuestras observaciones, darles un rigor científico y crear un grupo de estudio que debutó en el año 2006 con su primera publicación en una revista de impacto. A pesar de nuestros limitados medios, seguimos nuestra actividad clínica y científica para poder exponer en diferentes foros y/o publicaciones los resultados que obteníamos. Desde los inicios, la participación del Sr. Daniel Vela fué fundamental en nuestra actividad como conferenciantes ya que nos ayudó a expresar en imágenes con alta carga docente aquello que pretendíamos mostrar.

Progresivamente hemos ido creciendo, participando en foros cada vez más importantes mientras seguíamos con nuestra actividad científica. En este tiempo hemos tenido el placer de colaborar con profesionales tan brillantes como Dennis Tarnow, Myron Nevins, Christian Stappert, Kazuto Makigusa, Tomohiro Ishikawa, Akiyoshi Funato, Ignazio Loi, Roberto Cocchetto, etc... De todos ellos hemos aprendido y todos nos han ayudado a crecer como grupo.

Finalmente el pasado año 2012 inauguramos nuestro BORG Center. El espacio donde seguimos desarrollando nuestras reuniones, nuestras publicaciones, nuestras presentaciones y donde además pretendemos que sea un lugar abierto a todos aquellos que como nosotros viven la profesión con pasión.

BORG, un centro de investigación que es también un punto de referencia para la didáctica no sólo española, sino también internacional: ¿Os ha dado satisfacción esta experiencia? ¿Qué resultados habéis obtenido?

BORG Center es como nuestra segunda casa, es el espacio físico donde desarrollamos nuestros proyectos, donde intercambiamos opiniones con gente venida de todo el mundo, donde enseñamos y aprendemos, donde revisamos conceptos y generamos nuevas tendencias y materiales... en resumen es el lugar ideal para vivir y compartir nuestro trabajo. La experiencia del BORG Center es sumamente satisfactoria y cada semana que pasa son más y más las personas interesadas en nuestro proyecto y que se acercan a nosotros para dar su opinión y soporte. Esto es sumamente satisfactorio y nos llena de orgullo.

Platform Switching y mantenimiento de hueso crestal: un desafío evidentemente de éxito. ¿Cuáles serán los nuevos desafíos en el futuro de la implantología?

Platform Switching fue fundamental para nosotros porque en el intento de entender por qué funcionaba nos ayudó a conocer mejor el comportamiento de los tejidos periimplantarios. En la actualidad

nuestro gran reto es entender la biología y adaptar nuestros materiales y protocolos en busca de esta respuesta biológica ideal. Durante años hemos definido protocolos pensando que la biología se adaptaría a nosotros, pero los resultados nos demuestran que esto no ocurrirá. El gran desafío de la implantología es el logro de rehabilitaciones implanto-soportadas naturales y sobre todo estables. Debemos imitar el diente en su función de estabilización tisular pero no perder de vista que trabajamos con implantes.

Evidence based dentistry e investigación experimental y clínica: en una situación no sólo nacional que está pasando un momento económico difícil, ¿cómo vive/sobrevive hoy la investigación? ¿Cuál es Vuestro modelo de referencia?

Cuando creamos BORG no teníamos ningún modelo de referencia a seguir porque en nuestro sector no existía o al menos nosotros no lo conocíamos. Toda la investigación que hacíamos era soportada por nuestra propia economía y les puedo asegurar que la investigación es cara, carísima. Afortunadamente lo aceptamos como un hobby y seguimos adelante. En la actualidad hemos conseguido el soporte de algunas casas comerciales que nos ayudan a desarrollar nuestros proyectos y estamos colaborando con Universidades de todo el mundo. Esto nos permite abordar proyectos de mayor envergadura con medios óptimos. No obstante seguimos enterrando muchísimas horas en BORG y evidentemente como negocio es poco aconsejable. Tenemos un problema cuando creemos que lo sabemos todo, el mundo del dentista es reducido, en su clínica es el rey y todos le dan la razón y esto nos va empobreciendo científicamente. Es fundamental el debate, la discrepancia, la revisión, el aprendizaje ya que así aumentará nuestro nivel de exigencia.

En Su opinión, ¿cuál es el aporte que pueden traer las empresas productoras al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y protésicas?

Creo sinceramente que las empresas deben colaborar con las iniciativas privadas de investigación, apoyando los grupos de estudio en los que gente motivada expone sus dudas, revisa casos y genera un nivel alto de exigencia necesario para revitalizar nuestra profesión y para dar ideas a las grandes compañías que creen nuevos productos o mejores los que tenemos.

Odontología española y odontología mundial: ¿cómo las coloca recíprocamente Usted?

En la Odontología española hay grandes, grandísimos profesionales, gente con inquietudes, autoexigencia y una formación muy sólida, gente reconocida internacionalmente en todos los campos y de los que debemos sentirnos orgullosos.

Desgraciadamente en los congresos siempre somos los mismos y hay un porcentaje elevadísimo de nuestra profesión que no ha vuelto a reciclarse tras abandonar la universidad. Esto genera un panorama profesional muy heterogéneo. Creo sinceramente que esto es intolerable y que deberíamos crear un plan de formación continuada obligatoria que nos asegure a nosotros y nuestros pacientes un nivel de atención odontológica más homogénea.

Rehabilitaciones protésicas biológicamente orientadas

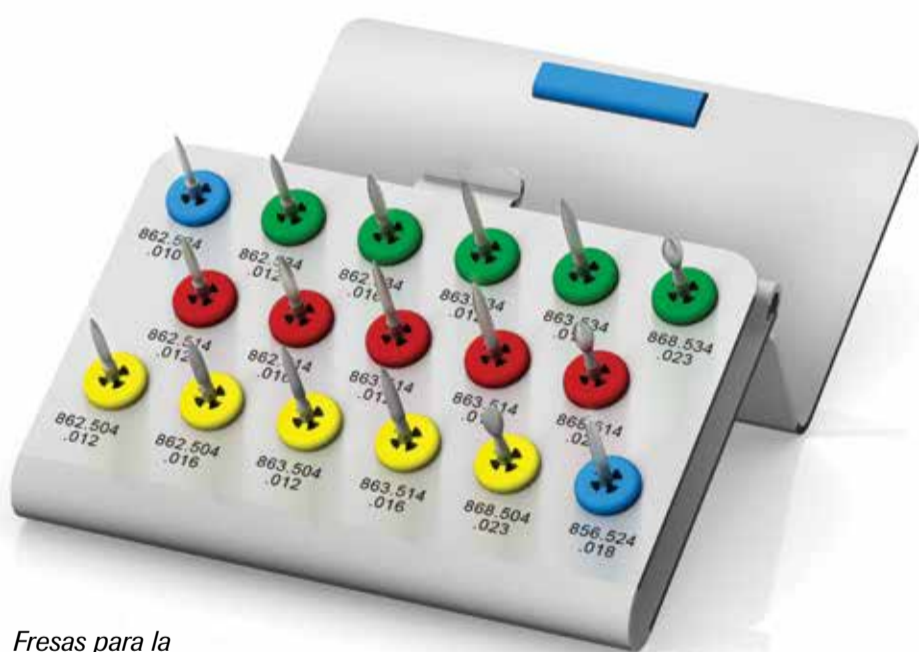
Barcelona, 10-11 de Mayo 2013



En los días 10 y 11 de Mayo el centro BORG ha organizado en Barcelona un interesante curso sobre las rehabilitaciones protésicas biológicamente orientadas. Durante estos dos días de curso el estimado Dr. Ignazio Loi, junto con el apreciado técnico dental Antonello Di Felice, ha demostrado cómo a través de la técnica B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique) se logra una excelente estabilidad de los tejidos en comparación con el uso de las técnicas convencionales. A los participantes del curso les ha resultado evidente cómo esta técnica puede ser utilizada en todas las situaciones clínicas, con una increíble predictibilidad de los resultados a largo plazo.



Fresas para técnica B.O.P.T. del Dr. Ignazio Loi



Fresas para la preparación del muñón natural

El surtido incluye fresas e instrumentos para la adaptación del provisional en resina. Esta selección de instrumentos rotatorios permite enfrentar todos los pasos de acabado y adaptación de los manufactos protésicos según la técnica B.O.P.T. Las fresas en carburo de tungsteno incluídas en el surtido permiten definir con precisión los alojamientos de los manufactos, para que se conectan a la perfección con los muñones, y el disco diamantado es ideal para definir con precisión las líneas interdentes. Finalmente, para el lustre de la prótesis, están presentes en el surtido un pulidor diamantado y un cepillo en pelos de jabalí.

La técnica B.O.P.T. prevé la preparación vertical del muñón natural para permitir que las mucosas se adapten a los perfiles protésicos definidos por las coronas.

El surtido incluye 17 fresas diamantadas de formas y granos distintos, cuyas morfologías permiten trabajar de tal manera que no se creen desniveles o surcos que impidan a las mucosas adaptarse correctamente y de forma natural. Los diferentes tipos de grana de las fresas permiten llegar de forma gradual al pulido del muñón para obtener un acabado superficial perfecto.

Junto con el surtido de fresas se suministra un práctico estuche de fresas en acero inoxidable, que puede esterilizarse en autoclave y que permite organizar los instrumentos de forma ergonómica.



Instrumentos para la adaptación de provisionales en resina

EVENTOS

1º SIMPOSIO VALORES SEPES



Madrid, 31 de Enero -1 de Febrero 2014

La preparación sin terminación de los dientes naturales para prótesis fija será el centro del 1º Simposio Valores Sepes, que tendrá lugar en los días 31 enero - 1 febrero 2014 en Madrid.

El Dr. Ignazio Loi enseñará sus casos, cuyo follow-up a largo plazo demuestra la estabilidad de los resultados estéticos realizados utilizando su técnica B.O.P.T. Biologically Oriented Preparation Technique.



SEPA

Valladolid, 22-24 de Mayo 2014

En la maravillosa Valladolid, Sweden & Martina será una vez más sponsor de este prestigioso congreso de la Sociedad Española de Periodontología y Osteointegración.



SEPES

Málaga, 10-12 de Octubre 2014

Este año será Málaga la estupenda location del prestigioso Congreso SEPES, en los días 10 -11-12 de Octubre 2014, que tendrá como temas principales la innovación y la predictibilidad.

¡Sweden & Martina no faltará!

Expodental 2014

Madrid, 13-15 de Marzo 2014

Del 13 al 15 de marzo de 2014 Sweden & Martina participará en la EXPODENTAL, que convoca su 13ª edición, como siempre con un marcado carácter internacional.

¡Sweden & Martina os espera en los grandes espacios espositivos de los pabellones 7 y 9!



SECIB

Salamanca, 25-27 de Septiembre 2014

Sweden & Martina estará presente en este interesante congreso.
¡Os esperamos!

¡En los próximos números de NumeriUNO publicaremos los casos más interesantes realizados por los participantes del master organizado por **iClinic** en colaboración con la Universidad de Murcia!

Redacción
"Numeri UNO" esse & emme revista periódica cuatrimestral de información, cultura, ciencia, actualizaciones y noticias sobre productos de odontología y técnica dental de Sweden & Martina S.p.A.

Año 0, número 00
noviembre 2013 / febrero 2014
Editor
Sweden & Martina S.p.A.
Vía Veneto, 10
Due Carrare (PD), Italia
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290
www.sweden-martina.com

Coordinación editorial
Marina Mirandola Minuzzi
mminuzzi@sweden-martina.com
Lorraine Bettin
lbettin@sweden-martina.com

Director científico
Glorianna Zangiacomì

Impresión
M. Selvi S.A.
c/Miguel Selvi Cariñena, 22
46469 Beniparrell, Valencia
España

Redacción y propiedad
Sweden & Martina S.p.A.
Vía Veneto, 10
Due Carrare (PD), Italia
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

Deposito Legal
Generalitat Valenciana
nº V-2657-2013

ISSN 2340-8065



Han colaborado en este número:
Lorraine Bettin
Valeria Bonotto
Antonio Bowen Antolín
Susana Costa
Ugo Covani
Maximino González-Jaranay Ruyz
Sandro Martina
Marina Mirandola Minuzzi
Isabel Ojea
Gianfranco Parente
Hilario Pellicer Chover
Miguel Peñarrocha Diago
David Peñarrocha Oltra
Guillermo Pradiés Ramiro
Xavier Vela
Glorianna Zangiacomì

Los textos de los artículos, aunque cuidados con una atención escrupulosa, no pueden comportar la responsabilidad específica de cualquier inexactitud o errores, y Sweden & Martina no puede garantizar la integridad y exactitud de los mismos. Se recuerda que la información se proporciona únicamente con fines informativos; no sustituyen una evaluación dental del caso individual.

Todos los contenidos de NumeriUno están protegidos por derechos de autor. Sweden & Martina se exime de cualquier responsabilidad por el uso por parte de terceros de este trabajo.



Cupón de abono gratuito a "Numeri UNO" esse & emme revista de noticias

Después de rellenar el cupón que se encuentra a continuación, enviarlo por e-mail a la dirección info.es@sweden-martina.com, o en un sobre cerrado por correo postal a Sweden & Martina Mediterranea S.L. - Sorolla Center, Oficina 504 - Avda. Cortes Valencianas 58, 5pl, 46015 Valencia, España

Nombre _____ Apellido _____

Segundo apellido _____

Dirección _____

Código postal _____ Ciudad _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Partida IVA _____

Firma _____

Autorizo el tratamiento de mis datos personales (Ley Orgánica 15/1999).

¿Usted es ya cliente Sweden & Martina? SÍ NO

- Estoy interesado en recibir la revista
- Estoy interesado en recibir visita de un especialista del producto _____
- Estoy interesado en visitar la empresa
- Estoy interesado en publicar un case report en Numeri UNO
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología**
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 2**
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 3**