

NUMERIUNO

LA REVISTA CIENTÍFICA SWEDEN & MARTINA

APLICACIONES CLÍNICAS
PARA IMPLANTES DE
PEQUEÑO DIÁMETRO

DR. GUILLERMO CABANES GUMBAU
Caso clínico

ENTREVISTA DOBLE

DR. NACHO RODRÍGUEZ RUIZ

DR. MIGUEL ROIG CAYÓN

Cambio de presidencia en SEPES

NOVEDAD DEL MERCADO

EL SISTEMA PREMIUM

SE CONVIERTE EN ONE



ECHOPLAN PRO

Toda la cirugía guiada en tres kit.

ÍNDICE

pág. 03

EDITORIAL

Universo Digitale

pág. 04

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**Aplicaciones clínicas para implantes
de pequeño diámetro

Dr. Guillermo Cabanes Gumbau

pág. 09

**PROFUNDIZACIÓN
CIENTÍFICA**La superficie
ZirTi

pág. 10

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**Rehabilitación unitaria
implantosoportada con prótesis XA
Dr. Alessandro Viviani

pág. 12

**NOVEDADES DEL
MERCADO**Echoplan PRO
Premium One
Aquolab - Trilor Arch
T-Connect Prama IN

pág. 14

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**Gestión de un alveolo post-extracción
en zona estética con implante
PRAMA RF
Dr. Roberto Luongo

pág. 18

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**Prótesis parcial fija
sobre implante SHELTA SL y pilar XA
Dr. José Luis Marhuenda García

pág. 12

ENTREVISTA DOBLECambio de presidencia en SEPES
Dr. Nacho Rodríguez Ruiz
Dr. Miguel Roig Cayón

pág. 14

EVENTOS

Premium Day 2018

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 4, número 13

octubre 2018 / abril 2019

Editor

Sweden & Martina Mediterránea S.L.

Sorolla Center, Oficina 801

Avda. Cortes Valencianas 58, 8pl

46015-Valencia, España

Tel. +34.96.3525895

info.es@sweden-martina.com

Número gratuito 900993963

www.sweden-martina.com

Coordinación editorial

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

Directora científica

Glorianna Zangiacomi

Impresión

Sherpa Print, S.L.
C/Doctor Sumsi, 9 bajo
46005 Valencia
www.sherpaprint.com

Redacción y propiedad

Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

Depósito Legal

n° 2140 del 15/05/2008

Generalitat Valenciana

n° V-2657-2013

ISSN 2340-8065

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.

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO:

Bettin Lorraine, Bozza Silvia, Brigo Emanuele, Cabanes Gumbau Guillermo, Costa Susana, Cuccarolo Silvia, D'Angelo Isabella, De La Peña Miguel, Luongo Roberto, Marhuenda García José Luis, Mirandola Minuzzi Marina, Parente Gianfranco, Rodríguez Ruiz Nacho, Roig Cayón Miguel, Scarpa Carlo, Viviani Alessandro, Zangiacomi Glorianna.

“Este es el momento de estar al tanto de los avances actuales.

De hecho, el progreso y la ciencia están cambiando todo el mundo de la medicina y el ámbito de la odontología también.

Esto nos lleva a cambiar, a emplear las máquinas y el ordenador no para reemplazar nuestras competencias sino para ayudarnos a estudiar los casos desde un punto de vista diferente, ampliando nuestras posibilidades.

No podemos quedar atrás, ni como profesionales ni como empresas.

Ahora podemos estudiar los casos en 3D: conseguimos “fotografiar” al paciente, llevarlo realmente dentro de nuestro ordenador;

no contamos únicamente con una imagen plana, abstracta y lejana de la realidad (el viejo sistema 2D) sino podemos ver la anatomía real y al paciente real con la posibilidad de estudiarlo totalmente de manera profundizada.

El sistema digital nos da miles de posibilidades, sin ningún carácter invasivo, para analizar todos los caminos viables y encontrar la mejor solución para el paciente.

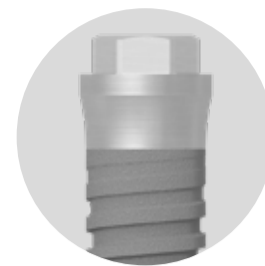
No estamos adoptando una técnica para llevarla a una boca, sino que estamos trabajando en ESA boca con la técnica más adecuada para ESE paciente.

Esto es lo digital: una posibilidad que nos está ofreciendo nuestra época”.

(Ing. Carlo Scarpa - Director de Proyecto Cirugía Guiada, Sweden & Martina)

APLICACIONES CLÍNICAS PARA IMPLANTES DE PEQUEÑO DIÁMETRO

Caso clínico realizado con implante
OUTLINK²
SLIM



DR. GUILLERMO CABANES GUMBAU

Doctor en Odontología. Universitat de València.
Especialista Universitario en Implantología Oral. U.I.B.
Profesor colaborador del Master de Cirugía Oral e Implantología. Universitat de València.
Práctica privada en Vila-real (Castellón).

RESUMEN

En este artículo se presentan distintas posibilidades protésicas aplicables al implante de pequeño diámetro Outlink² Slim (Sweden & Martina), las cuales se ilustran mediante 3 casos clínicos consistentes en, sobredentadura inferior con barra sobre 4 implantes intermentonianos, reposición de un molar inferior mediante corona B.O.P.T. cementada sobre 2 implantes y reposición de un premolar superior mediante corona B.O.P.T. cemento-atornillada.

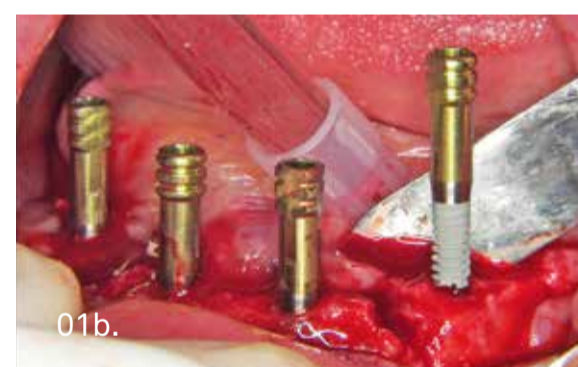
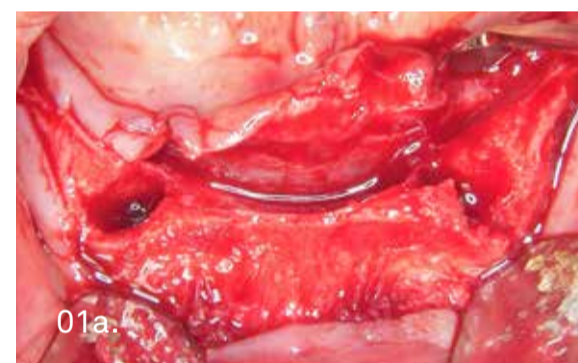
INTRODUCCIÓN

En la clínica diaria podemos comprobar la existencia de un elevado porcentaje de pacientes, susceptibles de tratamiento protodónico implantosoportado sobre crestas óseas estrechas (menos de 5 mm) y/o espacios edéntulos mesio-distales limitados (menos de 6 mm) que dificultan o impiden la posibilidad de colocación de implantes de diámetro estándar con técnica quirúrgica convencional. La existencia frecuente de este tipo de situaciones justifica la necesidad del conocimiento y utilización de implantes de pequeño diámetro, los cuales, con un adecuado criterio de manejo, podrán aportar resultados clínicos satisfactorios a medio y largo plazo, prescindiendo de la necesidad de adecuar los espacios edéntulos mediante injertos óseos o movimiento ortodónico de dientes. De este modo, en determinadas ocasiones, será posible evitar los inconvenientes asociados a estos tratamientos accesorios, como son el incremento de costes, la mayor morbilidad postquirúrgica y la prolongación de la duración del tratamiento. Podremos, por tanto, aumentar el grado de confort y la aceptación del tratamiento por parte del paciente gracias a su simplificación.⁽¹⁻⁸⁾

En el presente artículo se pretende ilustrar, mediante diversas opciones protésicas, la aplicación clínica de implantes de pequeño diámetro en 3 casos resueltos con el implante Outlink² Slim (Sweden & Martina). Se trata de un implante de hexágono externo de 1 mm de altura, tabla oclusal de 3,3 mm, cuello maquinado de 1,8 mm y diámetro de cuerpo de 3 mm en su porción más coronal, el cual disminuye hacia apical con un diseño altamente autorroscante que facilita su inserción quirúrgica en crestas estrechas mediante un fresado muy conservador, en el que tan solo utilizamos una fresa piloto y un ligero avellanado de la zona crestal del lecho.

CASO CLÍNICO 1

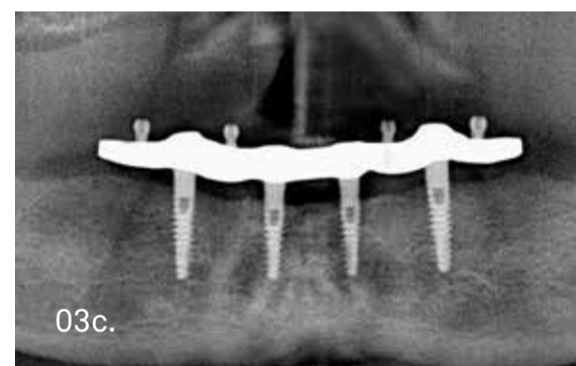
Paciente de 66 años, que había recibido tratamiento con Fosamax durante 10 años y requería de la confección de una sobredentadura implantosoportada sobre una cresta mandibular estrecha. Así pues, se planificó la colocación de 4 implantes intermentonianos Outlink² Slim (dos centrales de 10 mm y dos laterales de 11,5 mm) que nos permitieron aprovechar al máximo su escasa anchura crestal, con un cirugía poco traumática (Figura 1). Transcurridos 3 meses, se confeccionó la supraestructura, consistente en una barra de titanio mecanizada, atornillada a 25 Ncm, ferulizando los 4 implantes, y que incorporaba 4 ataches-bola para la retención de su correspondiente sobredentadura (Figuras 2-4). El mecanismo de ferulización de los 4 implantes mediante la barra microfresada (en vez de utilizar ataches individuales) ha sido fundamental en este caso como estrategia de protección frente a cargas laterales nocivas para los implantes de pequeño diámetro.⁽⁹⁻¹¹⁾



Exodoncia de 3.3, 4.3, con PRF para relleno de alveolos, y colocación de 4 implantes Outlink² Slim intermentonianos. Tras 3 meses de osteointegración se aprecia una adecuada salud tisular periimplantaria alrededor del largo cuello transmucoso del implante.



Toma de impresión, con cubeta cerrada, aprovechando los transportadores quirúrgicos multifuncionales de los implantes. ABAJO: Mordida con rodetes de cera sobre plancha de resina atornillada a los dos implantes centrales con los citados transportadores.



Barra microfresada de titanio, con 4 ataches bola, atornillada a 25 Ncm sobre los 4 implantes ferulizados. Situación intraoral y comprobación radiográfica del ajuste.



Rehabilitación protésica finalizada mediante prótesis superior completa removible y sobredentadura inferior implantomucosoportada.

CASO CLÍNICO 2

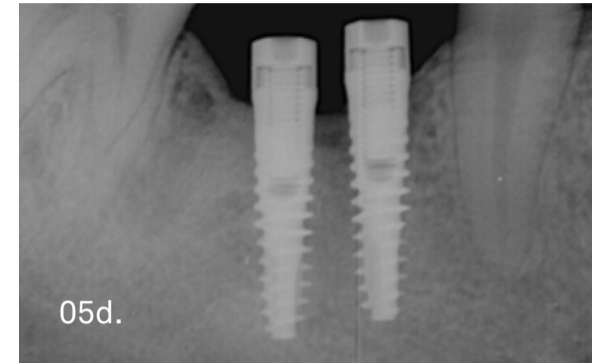
Paciente de 35 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a nuestra clínica para reposición del 4.6.

Presentaba una cresta edéntula estrecha y adecuado espacio interdentario mesio-distal, por lo que se planificó la colocación de 2 implantes Outlink² Slim de 10 mm de longitud (Figuras 5-9). La utilización de 2 implantes de pequeño diámetro, para reponer un molar, permitió evitar la aplicación de técnicas regenerativas (necesarias en caso de optar por un implante de gran diámetro) y, adicionalmente, disminuyó el tamaño del cantiléver protésico mesio-distal en comparación con el que presenta habitualmente una corona molar sobre un implante unitario.

Se confeccionó una corona B.O.P.T. ceramometálica, cementada sobre pilares sin línea de terminación, con un diseño perfectamente higienizable mediante una adecuada morfología de emergencia y festoneado a nivel cervical.

El cantiléver protésico en sentido vestibulo-lingual también se minimizó mediante el diseño estrecho de la cara oclusal en este eje.

La ferulización de los dos implantes de pequeño diámetro, mediante la prótesis, pretendía garantizar una adecuada respuesta frente a las cargas oclusales, de modo que su comportamiento biomecánico podría ser equiparable al de los casos de reposición molar mediante un implante de gran diámetro.⁽¹¹⁻¹⁴⁾



Inserción de 2 implantes Outlink² Slim de 10 mm de longitud. Es esencial un correcto paralelismo entre implantes próximos para no dificultar los procedimientos protésicos posteriores. Arriba izquierda: Pilar de cicatrización largo en el implante mesial para guiar la inserción paralelizada del implante distal. Arriba derecha: El largo cuello maquinado (1,8 mm) nos permite sumergirlo más o menos, de forma controlada, adaptándonos adecuadamente al perfil óseo crestral irregular sin dejar espiras expuestas.



Adecuada salud tisular periimplantaria en el momento de la toma de impresión, con cubeta cerrada, aprovechando los transportadores quirúrgicos multifuncionales de los implantes.

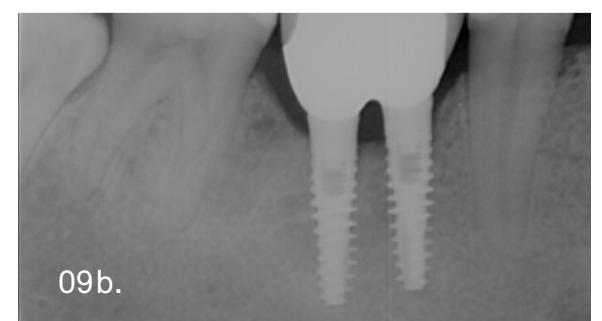
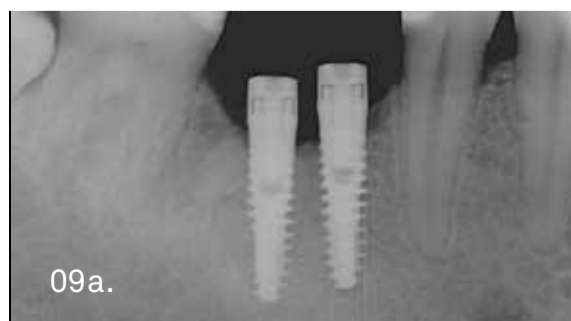


07a.: Preparación de la emergencia gingival protésica, mediante desgaste selectivo sobre el modelo de escayola, para confeccionar una corona B.O.P.T. cementada sobre 2 pilares sin línea de terminación. 07b.-07c.: Perfil de emergencia y adecuado festoneado, en la cara tisular de la corona, que permite una correcta higienización y adaptación de los tejidos mucosos de sellado periimplantario.



Pilares, sin línea de terminación, atornillados a 25 Ncm, y corona B.O.P.T. recién cementada. Las paredes interproximales de los dientes adyacentes han sido ligeramente talladas para facilitar el cierre de troneras y crear superficies de contacto estables.

Aspecto intraoral de la corona y tejidos mucosos a los 3 meses.



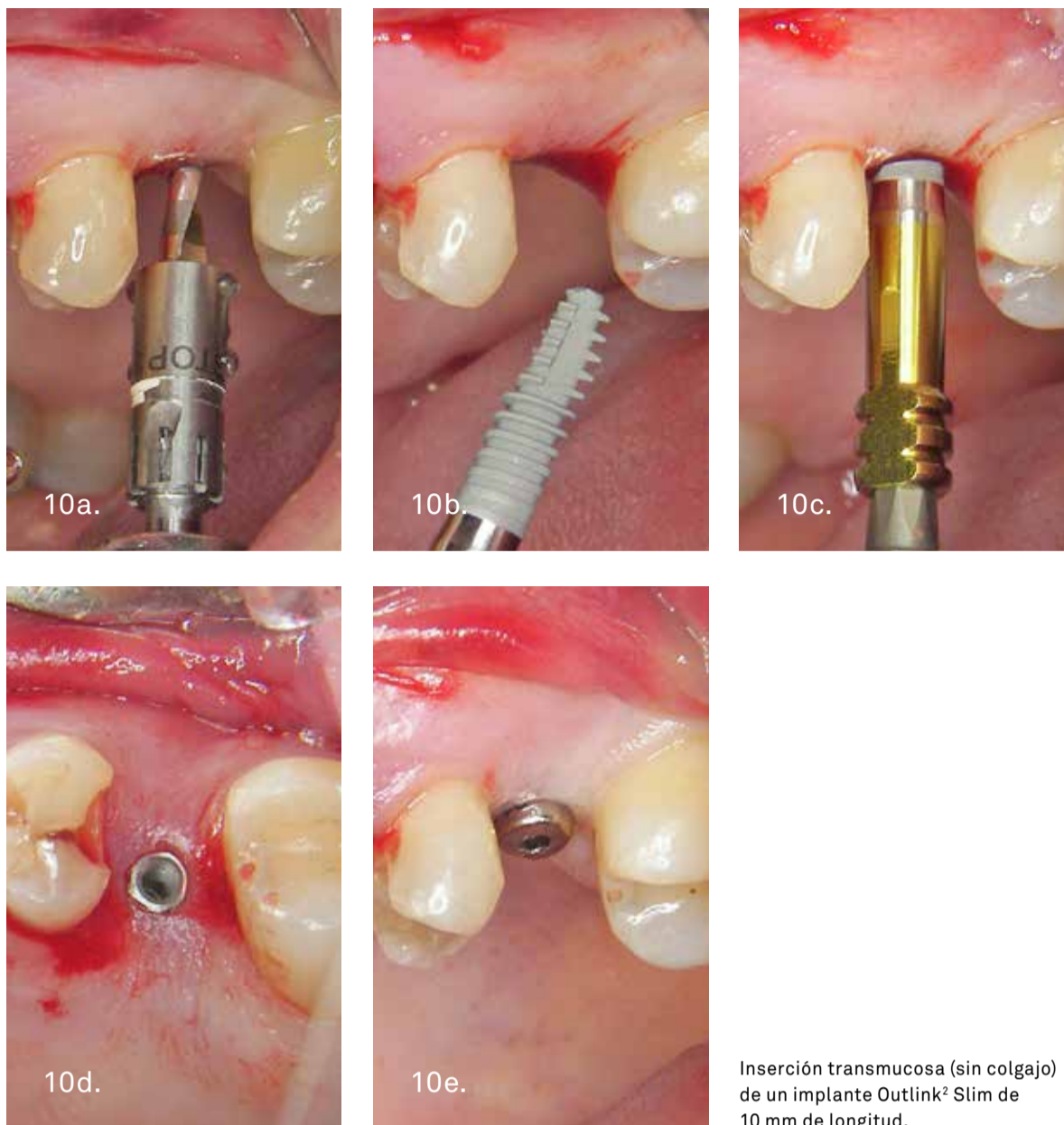
El control radiográfico, sin y con la prótesis, nos permite apreciar las características de diseño y ajuste de la corona B.O.P.T.

CASO CLÍNICO 3

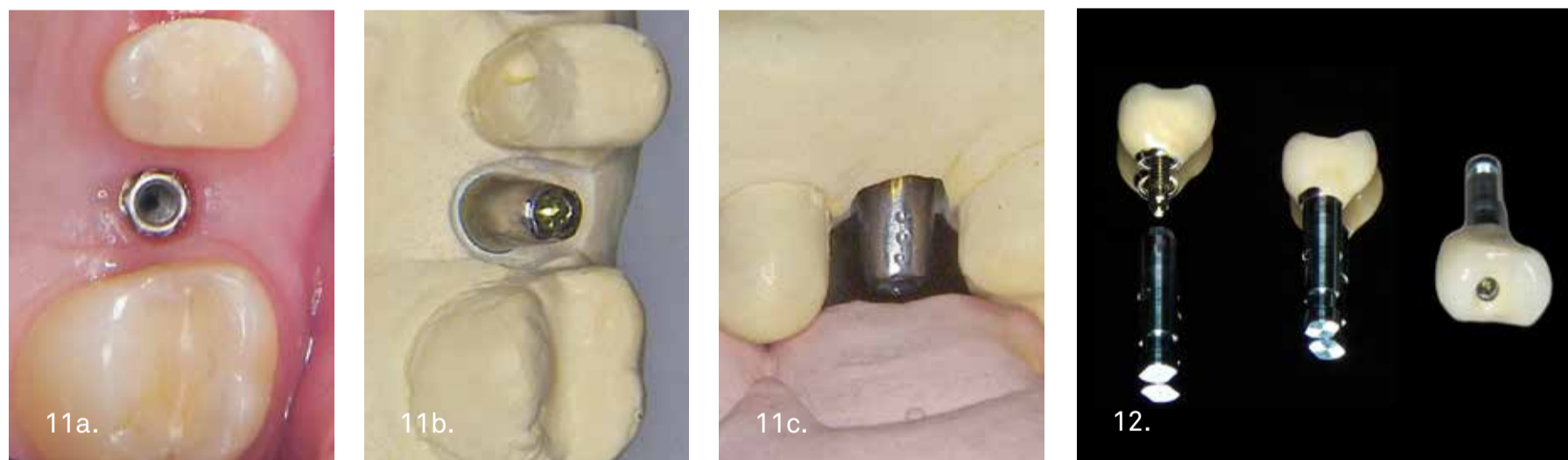
Paciente de 31 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a nuestra clínica para reposición del 2.5.

Presentaba una anchura crestal amplia en sentido vestibulo-palatino, aunque el espacio edéntulo en sentido mesio-distal era muy limitado debido a la mesioinclinación del molar.

Así pues, se planificó la colocación transgingival (sin colgajo) de un implante Outlink² Slim de 10 mm de longitud y adicionalmente se realizó (el mismo día de la cirugía) un pulido controlado de la cara mesial del molar para compensar su mesioinclinación y lograr espacio suficiente para la confección de una pequeña corona B.O.P.T. "cemento-atornillada" con "tornillo prisionero" (Figuras 10-13). El concepto de "tornillo prisionero" consiste en que al cementar, en laboratorio, la corona sobre el pilar, es posible confeccionar la corona con un orificio oclusal más pequeño de lo habitual (menor que el diámetro de la cabeza del tornillo de retención) de modo que el citado tornillo queda "confinado" en el interior de la chimenea que presenta el diámetro mínimo necesario para la entrada del vástago del destornillador. De este modo, el orificio oclusal de la corona podrá ser menor que el de las coronas atornilladas convencionales, con las ventajas que ello supone respecto a estética y resistencia oclusal de la prótesis (más importante en este tipo de coronas de pequeño tamaño).



Inserción transmucosa (sin colgajo) de un implante Outlink² Slim de 10 mm de longitud.



11a.: Los dientes adyacentes al pequeño espacio edéntulo tienen su pared interproximal ligeramente tallada para lograr más espacio protésico y superficies de contacto que conferirán mayor estabilidad mecánica a la corona.
11b.-11c.: Conformación de la emergencia gingival mediante desgaste selectivo de la escayola en el modelo y preparación del pilar protésico.

Corona B.O.P.T. "cemento-atornillada" con "tornillo prisionero". La corona cubre ligeramente el cuello del implante logrando un incremento de la resistencia y estabilidad de la conexión hexagonal.



Corona atornillada a 25 Ncm y control radiográfico.

También resulta interesante destacar que el hecho de realizar una corona de tipo "cemento-atornillada" sobre un "pilar sin línea de terminación", nos permitió cubrir ligeramente la primera porción del cuello del implante con el margen cervical de la corona (solo 0,2-0,3 mm para no provocar desajuste horizontal marcado), mejorando la resistencia y estabilidad de la conexión hexagonal de pequeño diámetro que presenta este tipo de implante (Figura 12).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En este artículo se presentan 3 distintas posibilidades protésicas con el implante de pequeño diámetro Outlink² Slim de Sweden & Martina.

El 11th European Consensus Conference Cologne 2016⁽¹⁵⁾, define como implante de pequeño diámetro aquel cuyo diámetro intraóseo es menor de 3,5 mm y mayor de 2,7 mm. En este consenso, al igual que en otros artículos y revisiones, se presentan elevadas tasas de éxito (superiores al 90%) para este tipo de implantes, tanto en dientes anteriores como en posteriores, si se cumple una correcta selección del paciente, evaluación de la densidad ósea, adecuado enfoque clínico y experiencia del odontólogo. Añaden en sus conclusiones que los implantes de pequeño diámetro constituyen una opción de tratamiento confiable, válida y mínimamente invasiva, que evita el incremento de los riesgos e inconvenientes asociados al uso de implantes de dimensiones estándar en combinación con procedimientos de aumento óseo.⁽¹⁻⁸⁾

El éxito a largo plazo en el uso de implantes de pequeño diámetro para la reposición de dientes posteriores no está bien documentado. Existen algunos estudios que muestran una alta tasa de supervivencia y también otros que asocian un fallo significativamente mayor respecto a implantes de diámetro estándar.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Estos resultados dispares, pueden verse influidos por variables como el tipo de prótesis, la ca-

lidad de aleación del implante, el método de fabricación y el tiempo de carga.⁽⁵⁾

El aflojamiento del tornillo protésico es una de las complicaciones más frecuentes en estudios de implantes de pequeño diámetro, pudiendo ser ésta la antesala, o la advertencia, de una complicación mayor como es el caso de la fractura del propio implante.

Este problema puede estar relacionado o influido por factores protésicos como el desajuste pilar-implante, un inadecuado asentamiento o apretamiento, un diseño del tornillo defectuoso, o una carga excesiva.⁽¹¹⁾

Estudios biomecánicos concluyen que en el sector posterior, para reponer un molar unitario, un único implante de pequeño diámetro es menos fiable que un implante de diámetro estándar o que 2 implantes de pequeño diámetro ferulizados.⁽¹²⁻¹⁴⁾

También existen artículos y opiniones dispares respecto a la conveniencia de utilizar implantes de pequeño diámetro con conexión interna o externa.⁽¹⁹⁻²²⁾ A este respecto, la opinión clínica del autor de este artículo se decanta a favor de la utilización de implantes de pequeño diámetro con conexión externa. La conexión interna aplicada a implantes de pequeño diámetro (aunque la cónica pueda lograr mayor ajuste pilar-implante que la externa), conlleva, de forma inevitable, un menor espesor de paredes que en el caso de implan-

tes de conexión externa. Por lo tanto, ante fatiga o sobrecarga oclusal, el “elemento fusible” que sufrirá el fallo estructural en implantes de conexión externa es el “tornillo de retención” (con aflojamiento o fractura), mientras que en implantes de conexión interna será la pared del propio implante la que manifieste el fallo en forma de fractura, siendo ésta una complicación mucho más severa.

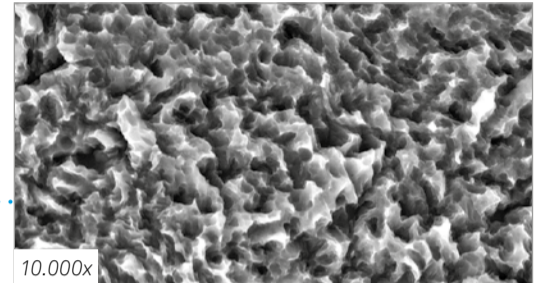
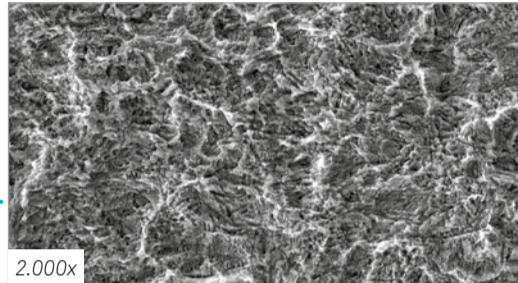
Así pues, y como conclusión de todo lo expuesto, debemos tener siempre presente que para favorecer el éxito a medio y largo plazo en rehabilitaciones con este tipo de implantes de pequeño diámetro, es fundamental la selección del caso, con una correcta planificación quirúrgico-protésica, que nos permita disponer de un adecuado espesor de paredes óseas periimplantarias capaces de mantener estable la osteointegración, así como un correcto control de cargas mediante la ferulización de implantes (sobre todo en posteriores), utilización de longitudes mayores a 8 mm y diseño de caras oclusales estrechas. También será importante la utilización de implantes confeccionados con aleaciones resistentes, el uso de aditamentos originales (con menor desajuste rotacional) y la confección de las emergencias protésicas con perfiles ovoides higienizables que permitan una adecuada adaptación de los tejidos mucosos de sellado periimplantario.

BIBLIOGRAFÍA:

- Degidi M., Nardi D., Piattelli A. Immediate restoration of small-diameter implants in cases of partial posterior edentulism: a 4-year case series. *J Periodontol.* 2009 Jun;80(6):1006-12.
- Arisan V., Bölükbaşı N., Ersanli S., Ozdemir T. Evaluation of 316 narrow diameter implants followed for 5-10 years: a clinical and radiographic retrospective study. *Clin Oral Implants Res.* 2010 Mar;21(3):296-307.
- Galindo-Moreno P., Nilsson P., King P., Worsaae N., Schramm A., Padiál-Molina M., Maiorana C. Clinical and radiographic evaluation of early loaded narrow-diameter implants: 5-year follow-up of a multicenter prospective clinical study. *Clin Oral Implants Res.* 2017 Dec;28(12):1584-1591.
- Shi J.Y., Xu F.Y., Zhuang L.F., Gu Y.X., Qiao S.C., Lai H.C. Long-term outcomes of narrow diameter implants in posterior jaws: A retrospective study with at least 8-year follow-up. *Clin Oral Implants Res.* 2018 Jan;29(1):76-81.
- Anitua E. Narrow-diameter implants in premolar and molar areas. *EDI JOURNAL.* 2017; 13: 88-93.
- Pommer B., Mailath-Pokorny G., Haas R., Busenlechner D., Furhauser R., Watzek G. Patients' preferences towards minimally invasive treatment alternatives for implant rehabilitation of edentulous jaws. *Eur J Oral Implantol* 2014;7 Suppl 2: 91-109
- Klein M.O., Schiegnitz E., Al-Nawas B. Systematic review on success of narrow-diameter dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2014; 29 Suppl: 43-547.
- Sohrabi K., Mushantat A., Esfandiari S., Feine J. How successful are small diameter implants? A literature review. *Clinical oral implants research* 2012; 23: 515-525.
- Assaf A., Saad M., Daas M., Abdallah J., Abdallah R. Use of narrow-diameter implants in the posterior jaw: a systematic review. *Implant Dent.* 2015 Jun;24(3):294-306.
- Wang H.L., Okayasu K., Fu J.H., Hamerink H.A., Layher M.G., Rudek I.E. The success rate of narrow body implants used for supporting immediate provisional restorations: a pilot feasibility study. *Implant Dent* 2012; 21 467-473
- Hasan I., Bourauel C., Mundt T., Stark H., Heinemann F. Biomechanics and load resistance of small-diameter and mini dental implants: a review of literature. *Biomedizinische Technik. Biomedical engineering* 2014; 59: 1-5.
- Freitas-Junior A.C., Bonfante E.A., Martins L.M., Silva N.R., Marotta L., Coelho P.G. Effect of implant diameter on reliability and failure modes of molar crowns. *Int J Prosthodont* 2011; 24:557-561
- Chiapasco M., Casentini P., Zaniboni M., Corsi E., Anello T. Titanium-zirconium alloy narrow-diameter implants (Straumann Roxolid) for the rehabilitation of horizontally deficient edentulous ridges: prospective study on 18 consecutive patients. *Clin Oral Implants Res* 2012;23: 1136-1141.
- Davarpanah M., Martinez H., Tecucianu J.F., Celletti R., Lazzara R. Small-diameter implants: indications and contraindications. *Esthet Dent* 2000; 12:186-194
- 11th European Consensus Conference Cologne 2016. Short, angulated and diameter-reduced implants. *EDI JOURNAL.* 2016; 12: 16-19.
- Garcez-Filho J., Tolentino L., Sukekava F., Seabra M., Cesar-Neto J.B., Araújo M.G. Long-term outcomes from implants installed by using split-crest technique in posterior maxillae: 10 years of follow-up. *Clin Oral Implants Res* 2015 Mar 26(3):326-31.
- Ortega-Oller I., Suarez F., Galindo-Moreno P., Torrecillas-Martinez L., Monje A., Catena A., Wang H.L. The influence of implant diameter on its survival: a meta-analysis based on prospective clinical trials. *J Periodontol* 2014;85:569-580.
- Pieri F., Forlivesi C., Caselli E., Corinaldesi G. Narrow-(3.0 mm) Versus Standard-Diameter (4.0 and 4.5 mm) Implants for Splinted Partial Fixed Restoration of Posterior Mandibular and Maxillary Jaws: A 5-Year Retrospective Cohort Study. *J Periodontol.* 2017 Apr;88(4):338-347.
- Allum S.R., Tomlinson R.A., Joshi R. The impact of loads on standard diameter, small diameter and mini implants: a comparative laboratory study. *Clin Oral Implants Res.* 2008 Jun;19(6):553-9.
- Freitas-Júnior A.C., Almeida E.O., Bonfante E.A., Silva N.R., Coelho P.G. Reliability and failure modes of internal conical dental implant connections. *Clin Oral Implants Res.* 2013 Feb;24(2):197-202.
- Freitas-Júnior A.C., Rocha E.P., Bonfante E.A., Almeida E.O., Anchieta R.B., Martini A.P., Assunção W.G., Silva N.R., Coelho P.G. Biomechanical evaluation of internal and external hexagon platform switched implant-abutment connections: An in vitro laboratory and three-dimensional finite element analysis. *Dent Mater.* 2012 Oct;28(10):e218-28.
- Bordin D., Witek L., Fardin V.P., Bonfante E.A., Coelho P.G. Fatigue Failure of Narrow Implants with Different Implant-Abutment Connection Designs. *J Prosthodont.* 2016 Nov 18.

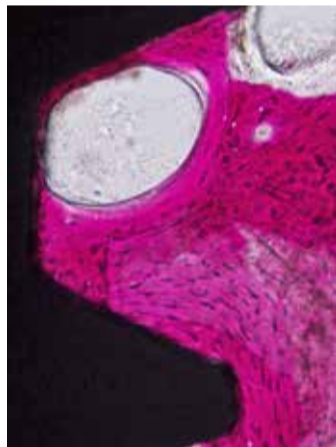
LA SUPERFICIE ZirTi

El **cuerpo ZirTi** está chorreado con óxido de zirconio y grabado con ácidos minerales, técnicas que confieren a la superficie su característica micromorfológica capaz de **aumentar de manera significativa la superficie de contacto hueso-implante** y favorecer el proceso de osteointegración.



Superficie ZirTi a 2.000x y 10.000x aumentada al microscopio de escaneo electrónico: se aprecian la macro y micro rugosidad obtenidas a través de las distintas fases del tratamiento superficial.

La superficie ZirTi, aliada fiable incluso cuando la pared bucal tiene un grosor inferior a los 2 mm...



INFLUENCE OF THE BUCCAL BONE CREST WIDTH ON PERI-IMPLANT HARD AND SOFT TISSUES DIMENSIONS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN HUMANS

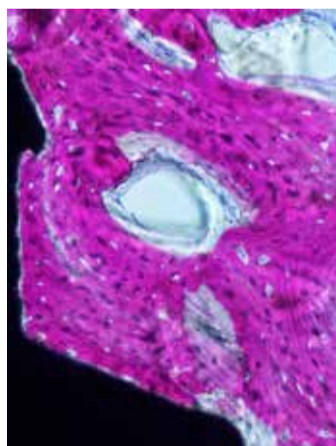
Omori Y., Iezzi G., Perrotti V., Piattelli A., Ferri M., Nakajima Y., Botticelli D.

Implant Dent. 2018 Aug;27(4):415-423

Este importante trabajo histológico en humano, que ha implicado profesionales de 3 continentes diferentes, tenía como objetivo la evaluación de cuanto el grosor de la pared residual pueda influir en el proceso de reabsorción ósea, a través de la comparación de un protocolo splitmouth la remodelación de paredes de 1 mm de grosor (sitios test) con la remodelación de paredes de 2 mm de grosor (sitios control) 3 meses después de la colocación de los implantes. Los resultados de la medición de los tejidos duros y blandos no han evidenciado diferencias estadísticamente significativas, con excepción de la reabsorción horizontal, que ha evidenciado ser mayor en los sitios con pared bucal residual de 2 mm. Desde un punto de vista clínico este resultado confirma que la terapia implantológica puede ser actuada de manera predecible incluso cuando la pared bucal es más sutil de 2 mm, límite históricamente recomendado por la literatura. Las increíbles imágenes histológicas, de hecho, demuestran también que la superficie ZirTi constituye un sustrato ideal para la aposición de hueso nuevo, con un BIC (Bone-Implant Contact) de 69% en los sitios test y 75.8% en los sitios control después de 3 meses.



...e independientemente del protocolo protésico utilizado.



Imágenes histológicas cortesía del dr. Daniele Botticelli.

BONE HEALING AT FUNCTIONALLY LOADED AND UNLOADED SCREW-SHAPED IMPLANTS SUPPORTING SINGLE CROWNS: A HISTOMORPHOMETRIC STUDY IN HUMANS

Yonezawa D., Piattelli A., Favero R., Ferri M., Iezzi G., Botticelli D.

Int J Oral Maxillofac Implants. 2018 Jan/Feb;33(1):181-187. doi: 10.11607/jomi.5928.

Este estudio en humano tenía como objetivo la evaluación histológica y histomorfométrica de la cicatrización de implantes con superficie ZirTi colocados en zona distal en la cresta alveolar de 10 pacientes. Dos meses después de su colocación, uno de los dos implantes en cada paciente fue cargado protésicamente mientras que el otro se ha dejado sin carga protésica. Después de dos meses más se sacaron las muestras para la biopsia con el objetivo de evaluar la influencia de la carga protésica sobre la osteointegración de los implantes. El análisis de las muestras evidenció diferencias no estadísticamente significativas entre los dos protocolos en términos de presencia de hueso neoformado y nativo alrededor de los implantes, con una blanda tendencia a tener una osteointegración más eficaz alrededor de los implantes con carga protésica respecto a los sin carga. La percentual total de BIC, aunque resultó elevada en ambos protocolos, era ligeramente mayor en los implantes cargados protésicamente respecto a los no cargados (86.8% SD 6.5% vs 84.6% SD 3.7%, respectivamente). La superficie ZirTi demuestra ser un sustrato ideal en el proceso de osteointegración implantaria, independientemente del protocolo protésico utilizado.





REHABILITACIÓN UNITARIA IMPLANTOSOPORTADA CON PRÓTESIS XA



**DR. ALESSANDRO
VIVIANI**

Licenciado en odontología en la Universidad Europea de Madrid.
Master en Implantología oral avanzada.
Práctica Privada en Oleggio, Novara (Italy)

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años de edad, interesado en reemplazar el resto de la raíz del elemento 1.5 con prótesis fija. Después de un esmerado análisis del paciente y un correcto diagnóstico que incluye la planificación de la cirugía por medio de CBCT, se decide proceder con la exodoncia del elemento y siguiente colocación de un implante Shelta SL 4.25 x 13 mm y carga inmediata con pilar cónico XA (Sweden & Martina).

Tanto el provisional como la futura corona final se atornillarán al pilar XA aplicando varios concep-



01a.



01b.

Resto de la raíz aún en su sitio: vista lateral y oclusal.



02.

Planificación digital de la cirugía con implante post-extracción y prótesis atornillada.



03a.



03b.

Vista lateral y oclusal del alveolo post-extracción.



04.

Fragmento de la raíz.



05a.



05b.

Poste de paralelismo de 2 mm de diámetro para verificar la dirección del implante.

tos útiles a la preservación del hueso a largo plazo: One-Abutment One-Time, Platform Switching, morfología cónica, Contact Guidance Concept. A la entrega de la prótesis cabe destacar la preservación de hueso obtenida, con picos hasta por encima del micro-gap pilar-implante. En la imagen clínica final, a los 8 meses, cabe destacar la salud de la rehabilitación y el elevado nivel estético de los tejidos blandos.



06. Prueba con el provisional para verificar el correcto eje del poste.



07. Imagen oclusal del implante Shelta SL 4.25 x 13 mm colocado a nivel subcrestal.



08a. Pilar XA atornillado al implante con torque de 25-30 Ncm: vista oclusal y lateral.



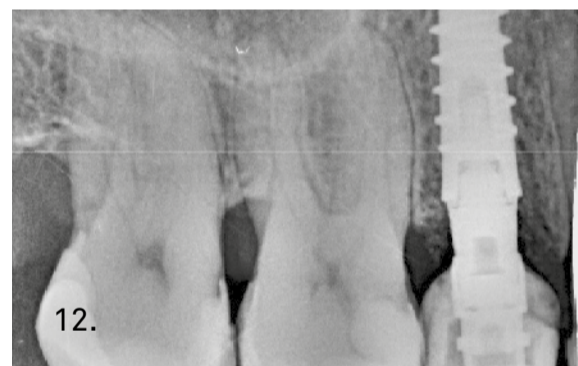
09a. Cánula en titanio y rebase del provisional.



10. Relleno del gap con biomaterial y colágeno, para preservar el mayor volumen posible de hueso y tejidos blandos.



11. Provisional colocado y atornillado, que ayuda a mantener el biomaterial y estabilizar el coágulo.



12. Radiografía después de la cirugía.



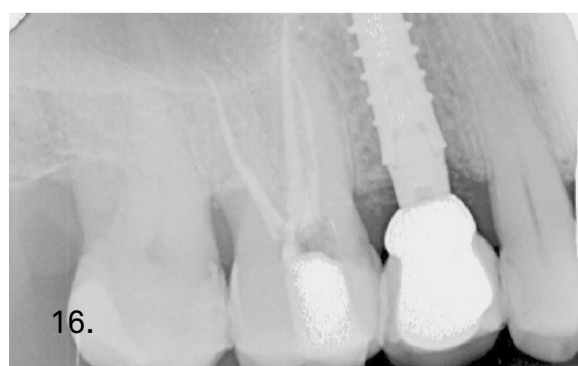
13. Seguimiento a 1 mes, con la corona colocada.



14a. Seguimiento a 1 mes sin la corona: cabe destacar en transparencia los vasos del tejido conectivo.



15. Toma de impresión a los dos meses de cicatrización.



16. Radiografía a la entrega de la corona definitiva.



17. Imagen clínica después de 8 meses: cabe destacar la salud de la rehabilitación y el elevado nivel estético de los tejidos blandos

Echoplan PRO

Toda la cirugía guiada en tres kit

Para permitir realizar una cirugía guiada con todos los implantes Sweden & Martina, se han ideado **3 kit quirúrgicos completos y ergonómicos que incluyen todo el instrumental necesario para llevar a cabo una cirugía totalmente asistida por ordenador.**

La secuencia de los instrumentos en el estuche es intuitiva e inmediata y permite al clínico y al asistente emplear el kit de manera rápida y sencilla. **Los kit se pueden integrar añadiendo las fresas (opcionales) según el tipo de implante que se debe colocar.**

Los kit Echoplan PRO son kit ideales también para ser usados en combinación con software diferentes respecto a RealGUIDE, a condición de que estén incluidos en las librerías de los software y que los software disponibles realicen la plantilla quirúrgica con los casquillos de Sweden & Martina. Para mayores detalles, contacte con el Centro de Servicios Digitales (+39.049.9124250).

ECHOPLAN PRO-A

Para una inserción guiada de los implantes cilíndricos Premium One y Prama

El kit incluye también los alojamientos para las fresas para la preparación de implantes cortos de 6.00 mm y 7.00 mm y de implantes largos de 18.00 mm, que están disponibles como opcionales.



ECHOPLAN PRO-E

Para una inserción guiada de los implantes cilíndricos con hexágono externo Outlink²

El kit incluye también los alojamientos para las fresas para la preparación de implantes cortos de 5.00 mm y 7.00 mm y de implantes largos de 18.00 mm, que están disponibles como opcionales.



ECHOPLAN PRO-S

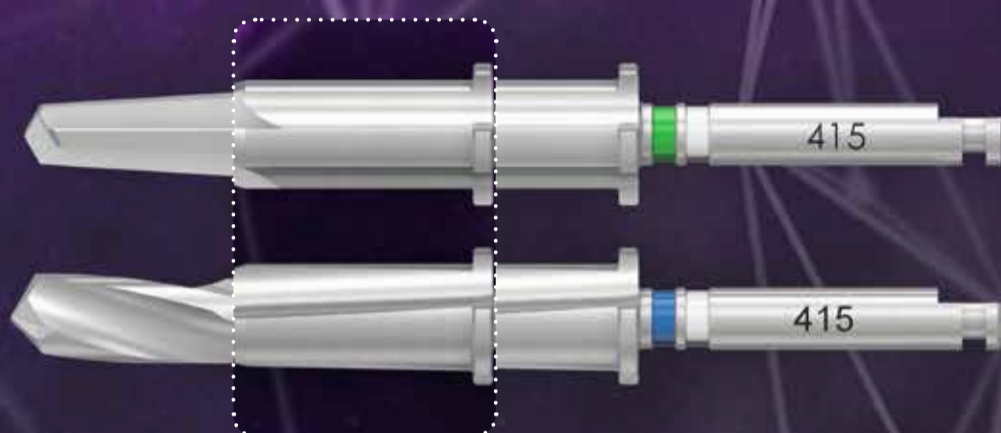
Para una inserción guiada de los implantes cónicos Shelta, Syra y Prama RF

El kit incluye también los alojamientos para las fresas para la preparación de implantes cortos de 4.00, 5.00 y 6.00 mm y de implantes largos de 18.00 mm, que están disponibles como opcionales.



Los toques de profundidad de las fresas de los kit Echoplan PRO ya están integrados en el cuerpo de la fresa. Gracias a esta característica, **estos instrumentos son muy prácticos, permiten un flujo de trabajo más rápido y optimizan los tiempos quirúrgicos.**

Las ranuras presentes en el cuerpo-guía de la fresa permiten un mayor aflujo de solución fisiológica dentro de la osteotomía y disminuyen la fricción entre la fresa y el casquillo guía.



CAJA ORGANIZADORA PARA TRANSPORTADORES

Para brindar al médico una mayor libertad a la hora de guardar y emplear varios tipos de transportadores, está disponible también una caja organizadora para transportadores.

De esta manera, el médico puede ordenar por separado los transportadores necesarios para cada intervención y volverlos a colocar de manera ordenada y práctica en este estuche.

Alojamientos para colocar los transportadores para casquillos con un diámetro de 4.15 mm.



Alojamientos para colocar los transportadores para casquillos con un diámetro de 5.50 mm.

Alojamientos para posicionar las ampollas porta-implantes durante la fase de conexión de los transportadores con los implantes dentales.

GESTIÓN DE UN ALVEOLO POST-EXTRACCIÓN EN ZONA ESTÉTICA CON IMPLANTE PRAMA RF



**DR. ROBERTO
LUONGO**

Licenciado en Odontología y Prótesis Dental en la Università degli Studi di Bari en 1996. En 2002 consiguió el Certificate in Implant Dentistry del programa bienal internacional avanzado en la New York University College of Dentistry, dirigido por D. Tarnow y N. Elian. Desde 2015 es Clinical Adjunt Instructur en la New York University College of Dentistry en el departamento de Implantología y Periodoncia (Tarnow's Wing). Socio del Italian Academy of Osseointegration (IAO), desde 2012 es director del programa anual en Implanto-prótesis del Istituto Stomatologico Mediterraneo en Bari, con actividad dedicada exclusivamente a la Implanto-prótesis, a la Periodoncia y a la Cirugía Oral.

INTRODUCCIÓN

Paciente caucásico de 35 años sufrió la fractura del 1.1 a causa de un accidente de moto.

La fractura causada por el accidente era una fractura horizontal compuesta del elemento, que se ha conectado de forma provisional a los dientes adyacentes (fig. 1,2). Se programa la exodoncia del elemento 1.1 con contextual colocación de un implante post-extracción y rehabilitación protésica con corona y pilar metal-free.

sagomada en su porción cervical, y conectada en el lado palatal de los dientes adyacentes, por medio de un hilo ortodóntico y con técnica adhesiva (fig. 8, 9).

Después de 4 meses se ha removido el tornillo quirúrgico de cierre por medio de una incisión semilunar (fig. 10). En la misma cita se ha tomado una impresión de precisión, según el protocolo One-Abutment One-Time, se ha colocado un pilar de cicatrización y se ha recolocado el provisional, adecuadamente modificado para no interferir con el pilar de cicatrización mismo (fig. 11, 12, 13). Tres semanas después se ha colocado un pilar en zirconio sin margen según el protocolo B.O.P.T.

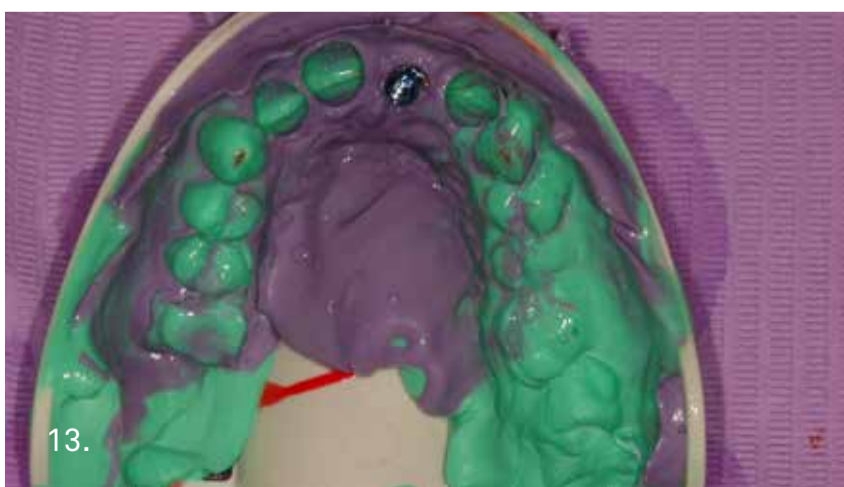
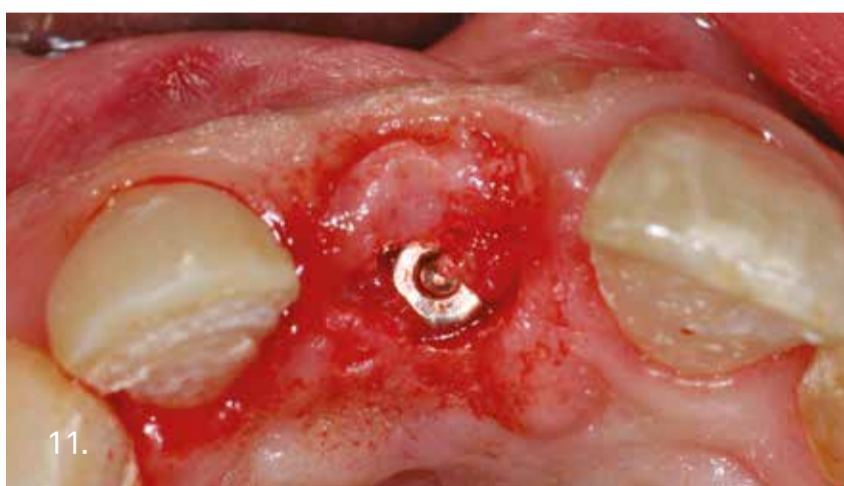
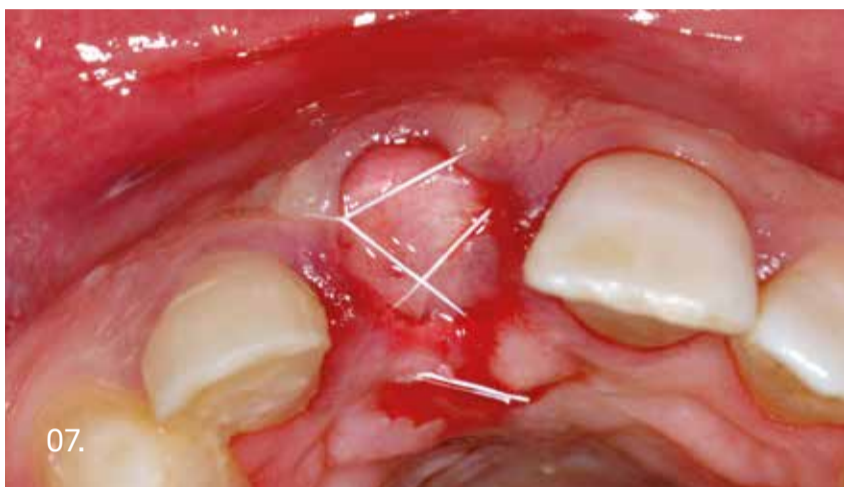
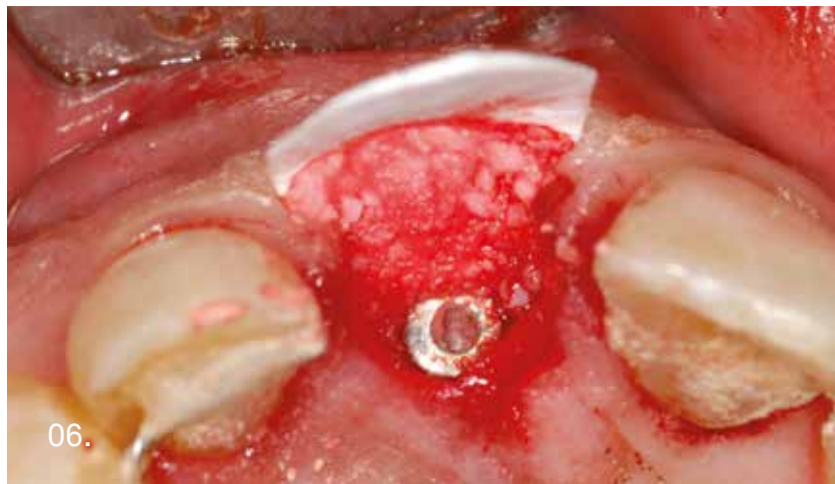
(fig. 14, 15). En la misma cita se ha colocado un provisional para acondicionar los tejidos, y dos meses después se ha tomado la impresión y se ha probado la corona (fig. 16). Finalmente, se ha entregado la corona definitiva en zirconio estratificado cementada con un cemento resinoso (fig. 17, 18). Después de un mes la corona resultaba muy bien integrada estéticamente con los dientes adyacentes y, al control radiográfico con cone beam, cabía destacar el aumento del grosor óseo obtenido en la pared vestibular, fundamental para el mantenimiento de los tejidos blandos a largo plazo, requisito indispensable en los sectores estéticos.

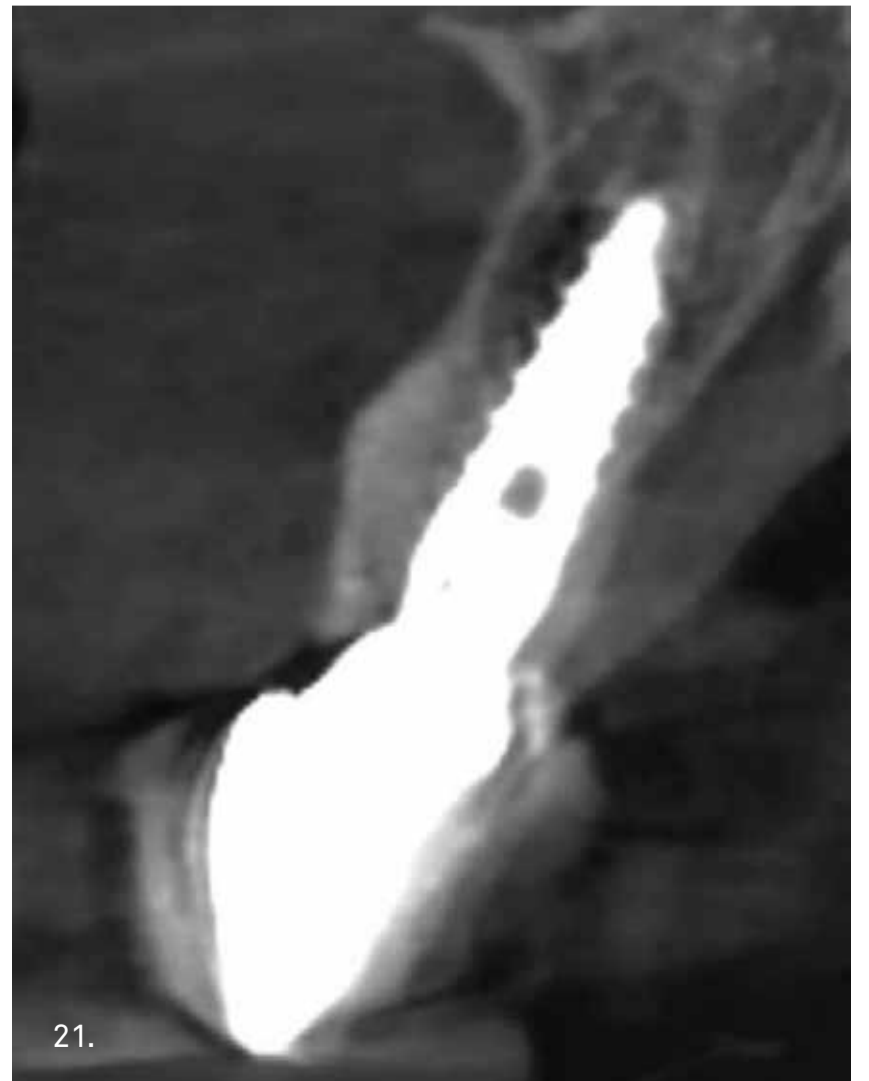
Se ha sometido el paciente a la exodoncia traumática del incisivo, al debridement del alveolo y a sondeo de la cresta ósea residual, del que se evidenció la parcial falta de la pared ósea vestibular (fig. 3, 4). Por lo tanto, se prepara el sitio implantario con fresas dedicadas teniendo cuidado en trabajar hacia la pared ósea palatina.

Tras haber verificado la correcta preparación del lecho implantario se ha colocado un implante Prama RF (Sweden & Martina, Due Carrare, Italia) con diámetro 4.25 mm y longitud 13 mm (fig. 5). Para prevenir el fisiológico colapso de la pared ósea vestibular residual, ya parcialmente comprometida, se ha colocado una membrana reabsorbible de cortical ósea suina sagomada de forma apropiada.

Sucesivamente, se ha colocado biomaterial granular colagenado de origen suino entre el implante y la membrana, girando y estabilizando su parte coronal con unos puntos de sutura en d-PTFE 5:0 (fig. 6, 7). Se ha procedido, finalmente, a la colocación de la corona del elemento extraído,

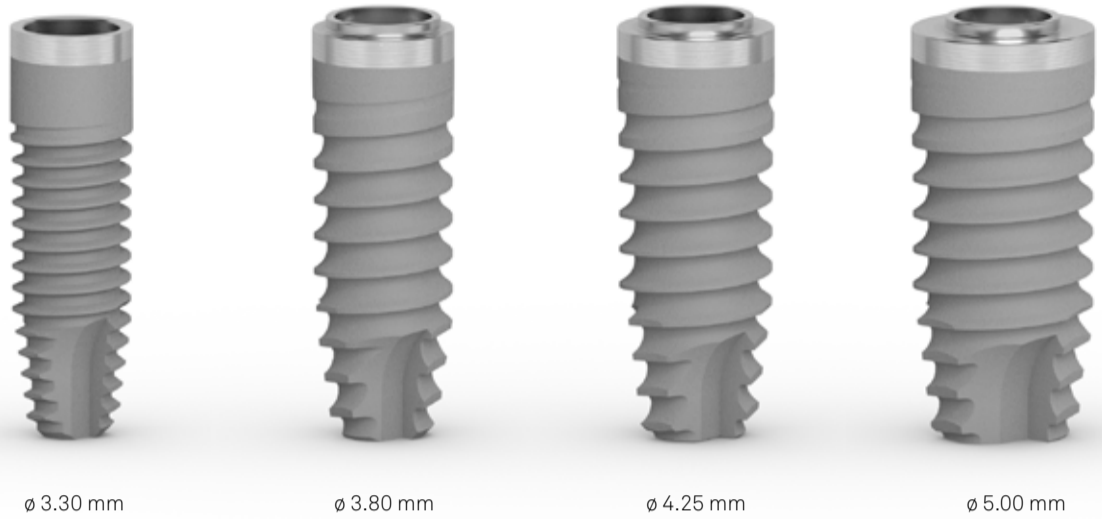






El sistema PREMIUM se convierte en ONE

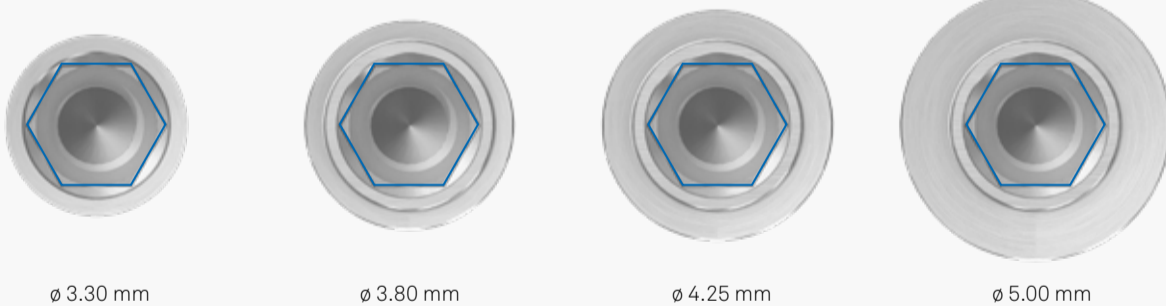
El implante con morfología cilíndrica con más de 20 años de éxito clínico y más de 80 publicaciones llega ahora a ser aún más optimizado, con una **conexión única para todos los diámetros implantarios**.



Conexión Collex ONE

Los ensayos mecánicos realizados a lo largo de los años han demostrado que el collar y el hexágono de la conexión Collex del diámetro 3.80 mm puede soportar las cargas masticatorias de coronas unitarias y rehabilitaciones múltiples, incluso en implantes de diámetros mayores: por este motivo ha sido posible **optimizar la gestión protésica** adoptando esta conexión, para todos los diámetros del sistema Premium.

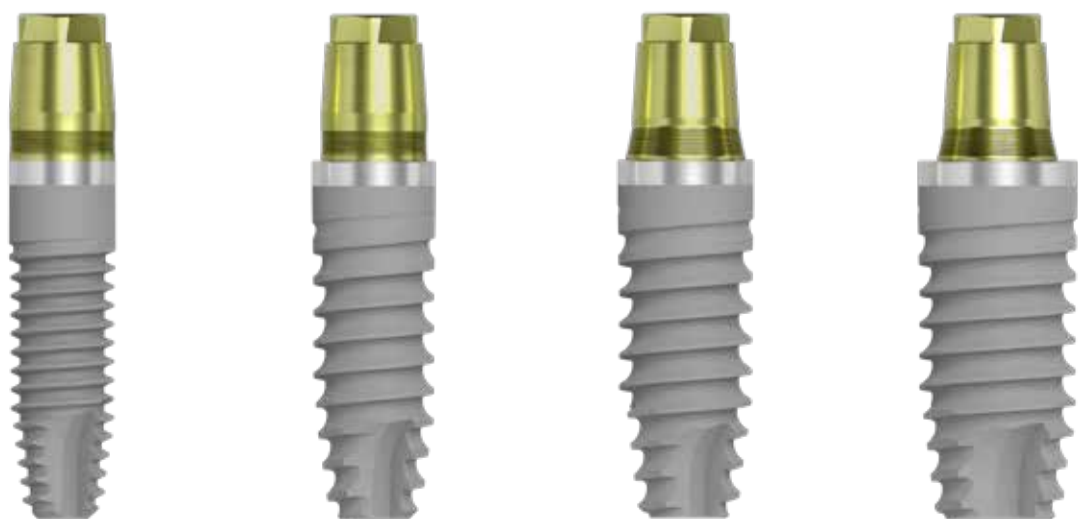
La conexión Collex, caracterizada por un hexágono interno y un collar para la estabilización de la prótesis, se convierte ahora en **conexión Collex ONE**. De esta manera la **gestión quirúrgica y protésica es notablemente simplificada**, así como la cantidad de componentes que les hacen falta al odontólogo y al protésico.



Gracias a la unificación de la conexión Premium en ONE, todos los implantes del sistema se colocan utilizando **un sólo driver Easy Insert**, el de diámetro 2.30 mm (azul).

Premium ONE y prótesis XA

La evidente ventaja de la conexión única que caracteriza el sistema Premium ONE es la **posibilidad de utilizar los pilares XA en varias configuraciones de Platform Switching**, maximizando de esta manera el mismatching entre implante y pilar con todos los beneficios en términos de regeneración de tejidos duros y blandos.



La imagen de arriba se refiere a pilares XA para prótesis atornillada. Se encuentran disponibles también pilares XA para prótesis cementada.



PRÓTESIS PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTE SHELTA SL Y PILAR XA



DR. JOSÉ LUIS MARHUENDA GARCÍA

Licenciado en odontología. Universitat de València.
Posgrado en estética avanzada. SCOE.
Posgrado en periodoncia avanzada. Universidad Complutense Madrid.
Especialista universitario en implantología bucal. Universidad de Murcia.
Protocolo BOPT sobre diente e implante. Centro BORG. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La prótesis parcial fija dentosoportada sigue siendo una opción de tratamiento válida en nuestros días.

Pero cuando una prótesis de este tipo fracasa, y sobre todo afecta al sector anterior estético, los pacientes exigen una solución conservadora y con unas exigencias estéticas máximas.

Gracias a las opciones quirúrgicas y protésicas que nos ofrece Sweden & Martina podemos solucionar estos casos de forma óptima.

En el presente caso se decidió rehabilitar el canino y el incisivo lateral mediante un solo implante atendiendo a varias razones.

La primera de ellas es la presencia de una oclusión favorable, con una guía canina e incisiva capaz de aliviar cualquier tipo de contacto oclusal sobre el incisivo lateral.

Por otro lado, la disponibilidad ósea en la zona del canino ausente permitía la colocación de una fijación de unas dimensiones suficientes para soportar este tipo de rehabilitación.

Y el tercer motivo obedece a motivos económicos.

En caso que la paciente hubiera tenido una oclusión más traumática, con una sobremordida aumentada, se hubiera optado por la colocación de dos implantes.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 51 años, sin antecedentes médicos de interés. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Mala higiene oral. Se presenta en la consulta por un déficit de ajuste en su puente dentosoportado de 1.4 a 1.2.



01. Situación inicial. Vista lateral. Prótesis parcial fija dentosoportada en 1.4 y 1.2. El canino fue extraído cuando la paciente era una adolescente. Recesión en 1.4 de 3 mm. Caries en 1.2 y en distal de 1.1. Se aprecia la presencia de abundante biofilm bacteriano.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Reparación vertical 1.4
- Extracción de resto radicular de 1.2 y preservación alveolar.
- Cirugía mucogingival para cubrir la recesión de 1.4.
- Implante 1.3.
- Prótesis provisional inmediata.
- Prótesis definitiva.



02. Vista oclusal. La oclusión de la paciente presenta una sobremordida aumentada, lo que se traduce en unos diseños inadecuados de la prótesis antigua.



03. Vista al retirar la prótesis. Se evidencia el fracaso del pilar anterior, el incisivo lateral y la un tejido gingival plano, sin festoneado.



04. Vista oclusal sin la prótesis. Se aprecia la presencia de caries y placa bacteriana en ambos pilares.



El premolar 1.4 se prepara según protocolo BOPT. Obsérvese el aspecto poco invasivo de la técnica. La preparación dentaria basada en la técnica de Ignazio Loi, no debe ser más agresiva que la preparación "convencional". Tan sólo se limita a eliminar el margen horizontal coronal al surco gingival y a producir una "herida controlada" del aparato de unión periodontal que estimule su cicatrización guiada por nuestra prótesis provisional.



Extracción atraumática del 1.2. La utilización de un sindesmotomo puede ayudar de manera efectiva a la extracción sencilla y mínimamente invasiva de restos radicares sin ferrule. Eso sí, requiere paciencia.

Tras la extracción del resto radicular probamos la prótesis provisional. Al comprobar que el ajuste es correcto, procedemos con los siguientes pasos.



Desepitelización del surco del 1.2. Con aparatología rotatoria de alta velocidad y una fresa de grano grueso, desepitelizamos el surco gingival del diente extraído 1.2. En casos de implantes inmediatos postextracción con carga inmediata, esta técnica se hace imprescindible para "resetear" el aparato de inserción, lo cual provocará la búsqueda de una nueva inserción conectiva hacia la prótesis. Pero en este caso lo que se busca es crear un sangrado que nutra el injerto de biomaterial que vamos a introducir en el alvéolo.

Desepitelización de la cresta a nivel de 1.3. El estudio del CBCT nos dio a entender que el implante 13 podía realizarse mediante un abordaje sin colgajo (flapless). Dado que la cresta edéntula presentaba un exceso de tejido debido al diseño de la prótesis antigua, se procedió a desepitelizar la zona del lecho implantario para proceder a realizar un acceso crestal tipo punch y guardar ese tejido para aprovecharlo en otros menesteres.

Extracción del tejido blando mucoperiosteico desepitelizado de acceso al lecho del 13. Acabamos de obtener un tejido conectivo denso deseoso de ser ubicado en otra zona donde pueda ser de mayor utilidad.



La porción de tejido blando extraída se secciona parcialmente para doblar su longitud.

En el 1.4 se prepara un lecho en sobre a espesor parcial utilizando una hoja de bisturí.

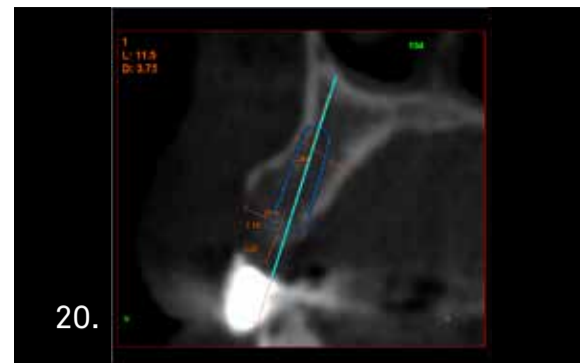
Presentación del injerto en su lecho. El injerto obtenido de la cresta se presenta en su nueva ubicación, la recesión del 1.4.



Fijación del injerto en su lecho. El injerto de tejido obtenido del lecho del implante 1.3 fue fijado mediante puntos de colchonero a mesial y distal del 1.4.



19. Aspecto inicial del injerto de tejido conectivo fijado en el aspecto gingivovestibular del 1.4. Tras fijar el injerto en la zona receptora podemos seguir con el resto de procedimientos.



20. Corte sagital del CBCT correspondiente a la corona del 1.3. Obsérvese la escasa densidad ósea y la presencia de corticales vestibular y palatina bien definidas.



21. Utilización de la prótesis provisional como férula quirúrgica. Nuestra filosofía es que la prótesis guíe la colocación de los implantes y nuestra predilección es la prótesis roscada. De ahí la necesidad de utilizar una guía quirúrgica perforada por el cingulo del canino en este caso.



23. Detalle palatino del implante 1.3.



24. Elaboración del lecho 1.3. Dado que el estudio del CBCT evidenciaba una densidad ósea baja y necesitábamos una estabilidad primaria alta para poder realizar carga inmediata, decidimos elaborar el lecho implantario combinando el uso de fresas junto con expansiones roscadas, que consiguen condensar el hueso del lecho. En la imagen vemos el primero de los expansores roscados.



25. Expansores roscados. Usamos expansores roscados mecánicamente para la elaboración del lecho cuando la densidad ósea es baja. El uso de estos expansores también asegura el no perforar la cortical vestibular si su ápice o el del implante choca contra ella.



26. Inserción de implante. Tras la elaboración del lecho implantario con expansores roscados, colocamos un implante Sweden & Martina Shelta SL de 3.8 mm de diámetro y 11.5 mm de altura. El diseño macroscópico de este implante, con una espira agresiva, hace que su uso sea ideal en casos de huesos de baja densidad ósea como el presente, o en casos de implantes inmediatos postextracción.



27. Relleno del alvéolo. De entre todas las técnicas descritas para la preservación del alvéolo postextracción, decidimos utilizar la del relleno con un biomaterial de lenta reabsorción.



28. Colocación de pilar XA. Tras la planificación protésica del caso se decidió que se haría una prótesis roscada con pilar en 1.3 y corona en extensión en 1.2. Para ello el pilar XA nos permite seguir una filosofía B.O.P.T. también sobre implantes, la cual fomenta el engrosamiento de los tejidos blandos periimplantarios.



29. Rebasado de la prótesis provisional. Conectamos el provisional al diente y al implante.



30. Sutura final del ITC y sellado alveolar con fibrina. El uso de PRGF endoret como "socket seal" nos ha resultado muy efectivo en términos de sellado alveolar, y lo utilizamos rutinariamente en todos los casos.



31a. 1 semana postop. Vista lateral y oclusal.



31b.



3 meses postop. Vista lateral y oclusal. La respuesta del tejido blando es óptima con los tejidos blandos. En el alvéolo del 1.2 sigue siendo visible el xenoinjerto. El contorno vestibular en el implante 1.3 sigue siendo óptimo.



Vista lateral sin la prótesis. Se evidencia el modelamiento de los tejidos blandos alrededor del implante y el cubrimiento radicular en el premolar. Una pseudopapila aparece entre el lateral y canino.



4 meses postop. Sigue la maduración de los tejidos blandos.



Prueba de estructura metálica. Corona unitaria 1.4 y puente 1.3 - 1.2.



Prótesis definitiva. Apréciase la isquemia a nivel de la papila entre 1.3 - 1.2.



Prótesis definitiva 3 semanas después de su colocación. El diseño inadecuado de la prótesis ha hecho que la papila modelada con el provisional se pierda.



Desmontamos la prótesis a los 10 meses de haberla colocado. Pese a la mala higiene oral, obsérvese la estabilidad y crecimiento de los tejidos, aunque la papila entre 1.3 y 1.2 está acortada.



Vista oclusal a los 10 meses. El contorno vestibular se mantiene y su aspecto es el de un tejido sano, grueso y maduro.



Aliviamos papila. En vista de nuestro error inicial, retocamos la prótesis definitiva aliviando la papila entre 1.3 y 1.2, esperando que pueda crecer.



Al mes de abrir la papila se evidencia un crecimiento.

CONCLUSIÓN

En 2018 todos los odontólogos tenemos unos retos restauradores que podemos afrontar desde diversos puntos de vista. La carga inmediata en implantología supone un reto para el cirujano y el prostodoncista, pero también supone una gran ayuda a nuestros pacientes que pueden volver a sonreír desde el momento en que pierden sus dientes. El disponer de las herramientas necesarias para solucionar estas situaciones es primordial para el bien de nuestros pacientes.

La carga inmediata en implantología requiere de una estabilidad primaria de los implantes que con los implantes Shelta SL es muy fácil de conseguir. Además, el uso de pilares cónicos como son los pilares XA que promueven la estabilización del tejido conectivo alrededor del cuello de nuestros implantes, hacen que tanto la salud como la estética de las restauraciones se mantengan, incluso se mejoren, con el paso del tiempo.



AQUOLAB[®]
the new
H₂OZONE therapy

OZONOTERAPIA, LA INNOVACIÓN EN ODONTOLOGÍA

El ozono en campo médico tiene propiedades antibacterianas, antivirales y antifúngicas. Disuelto en agua y combinado con el oxígeno desempeña función analgésica, antiinflamatoria, antibacteriana, antimicótica, inmunomodulante.



¿QUÉ ES AQUOLAB?

Aquolab es un producto sanitario innovador cuya eficacia no está basada en la potencia del chorro de agua, sino en las propiedades beneficiosas del ozono mezclado con agua



¿POR QUÉ SE UTILIZA AQUOLAB?

- Cirugía oral y muco-gingival
- Implantología
- Peri-implantitis
- Endodoncia
- Terapia periodontal no quirúrgica
- Ortodoncia
- Tratamiento de higiene en pacientes con prótesis fijas o removibles
- Higiene oral



EFFECTOS BENEFICIOSOS

- Reducción del dolor post-operatorio
- Bioestimulación de tejidos
- Cicatrización más rápida del sitio quirúrgico
- Disminución de la carga bacteriana
- Mantenimiento de la higiene en el período sucesivo a la cirugía
- Mejora de la higiene oral del paciente con implantes y aparatos ortodóncicos fijos
- Reducción de los marcadores de la inflamación en términos de control de los radicales libres

Aquolab está disponible en dos modelos, profesional y domiciliario.



TRILOR® Arch

¡Finalmente un material de alta tecnología en prótesis dental!

Trilor Arch es el material más innovador existente en el mercado para las prótesis dentales

- Biocompatible
- duradero y resistente: adecuado para prótesis definitivas
- muy ligero
- minimiza la absorción de líquidos
- no está sinterizado ni fundido: mantiene su dimensión inalterada
- no contiene ni metal ni zirconio: no desencadena fenómenos de bimetalismo
- es estable químicamente: no sufre corrosión ni oxidación



SUMAMENTE ESTÉTICO

Es blanco marfil, se mimetiza perfectamente y se combina con los materiales estéticos. Posee una estabilidad cromática muy elevada



RECOMENDADO PARA

- Full arch
- Toronto
- Prótesis removibles parciales o totales con ataches
- Soporte para puentes inmediatos
- Barra de refuerzo en implantes para carga inmediata y diferida



AMPLIA GAMA DE SOLUCIONES PROTÉSICAS

Las estructuras obtenidas a través del modelado de Trilor Arch se puede unir a cualquier pilar o estructura de metal.





**NACHO
RODRÍGUEZ RUIZ**

PRESIDENTE DE
SEPES 2012-2018



PRESIDENTE DE
SEPES 2018-2021



**MIGUEL
ROIG CAYÓN**

Siguiendo la estela de las juntas directivas que nos precedieron, la presente y la futura continuaremos con la necesaria relación de apoyo recíproco con la industria del sector a través del patrocinio anual que nuestros sponsors nos brindan.

Desde hace ya varios años Sweden & Martina forma parte del selecto grupo de empresas sponsors de SEPES, confianza que revalidó y amplió posteriormente con la adhesión al reducido grupo de sponsors preferentes vip con los que cuenta nuestra sociedad. La participación de Sweden & Martina en los diferentes cursos y congresos de SEPES es inestimable con la contratación de un espacio comercial preferente en todas las ediciones del congreso

anual que SEPES ha celebrado desde la adhesión de la empresa al conjunto de sponsors de SEPES.

La divulgación científica y de la práctica clínica que actualmente se desarrolla en universidades y clínicas de España e Italia es también destacable en Sweden & Martina y en SEPES tenemos la fortuna de poder disfrutar de ello con los conferenciantes de referencia que la compañía aporta en los cursos y congresos de SEPES.

Esperamos que la relación de fraternidad entre SEPES y Sweden & Martina lo sea por muchos años.

Nacho Rodríguez Ruiz y Miguel Roig Cayón

El 11 de octubre de 2012, hace ya seis años, la Junta Directiva integrada por José M^a Medina, siempre estará con nosotros y Loli Rodríguez como vicepresidentes, Miguel Roig como secretario-tesorero, Ana Mellado y Beatriz Giménez como vocales, Juan Manuel Liñares como director web y yo, Nacho Rodríguez como presidente emprendimos ilusionados una etapa en SEPES con unos objetivos concretos que con trabajo y esfuerzo creemos haber alcanzando.

Estos objetivos fueron: **crear una plataforma para que los jóvenes dentistas miembros de nuestra sociedad compartieran conocimientos, experiencias clínicas y ahondaran en su amistad**, así nacieron hace un lustro el simposio y el campus VALORES SEPES; **afianzar la formación continuada online como programa de formación interdisciplinar gratuita tanto para clínicos como para técnicos**, hoy es una de las actividades más demandadas por nuestros socios ya sea en conexión en directo como a posteriori a través de la videoteca. **Impulsar el programa de premios y becas destinado al fomento de la investigación en prótesis y estética y al reconocimiento de proyectos altruistas dirigidos a la salud bucodental** en nuestro país fue otro de los objetivos que nos marcamos al inicio de esta junta y me satisface decir que hemos llegado a él y año tras año son más los estudios y proyectos que recibimos para optar a alguna de estas ayudas.

Quizás la **internacionalización de SEPES, con la presencia de nuestra sociedad como partner coorganizador en congresos internacionales** celebrados en España y otros países europeos y latinoamericanos haya sido el reto más ambicioso que se propusiera esta junta en su inicio de gestión. Contribuir a posicionar la odontología española y en particular la prostodoncia y la estética dental en el puesto que se merece dentro de la odontología internacional nos llevó a coorganizar tres eventos del máximo nivel como fueron los congresos conjuntos que SEPES hizo en 2017 en Madrid con la European Association for Osseointegration (EAO), sociedad presidida por el Dr. Alberto Sicilia; con la European Prosthodontic Association (EPA) presidida por el Dr. Guillermo Pradíes, en 2018 en Madrid y, como haremos en Barcelona en 2019 con la sociedad presidida por el Dr. Jaime Gil, International Federation of Esthetic Dentistry (IFED).

Nacho Rodríguez Ruiz

Tras seis intensos y fructíferos años de SEPES bajo la singular presidencia de Nacho Rodríguez, iniciamos el 11 de octubre de 2018 **una nueva etapa que quiere ser continuidad del trabajo bien hecho**, haciéndolo crecer con nuevos impulsos y siguiendo adaptándolo a la realidad social de la odontología presente y futura. Para este desafío hemos formado una junta con los doctores Guillermo Pradíes y Alfonso Arellano como vicepresidentes, Jaime Jiménez como secretario-tesorero, y Rafael Martínez de Fuentes y Carlos Oteo Morilla como vocales. Trabajaremos para afianzar algunos de los principales logros de estos años: apoyo y promoción de los jóvenes profesionales con cursos pensados por y para ellos, con el **Campus y el simposio VALORES SEPES** como referencia; promoción e intensificación de la formación continuada online dentro de la actividad formativa de SEPES; internacionalización de la sociedad, albergando y/o participando en congresos y actividades internacionales, promoviendo una mayor presencia de socios de SEPES en los programas científicos de esos congresos como reflejo del alto nivel de la odontología española. Pero también emprenderemos nuevos proyectos. Buscaremos dar **mayor empuje a la investigación española en el ámbito de la prótesis y estética**, para acercarla a través de nuestros congresos y actividades al resto de la comunidad odontológica. Buscaremos una relación cercana y constante con los socios, para adaptar los contenidos de los congresos y actividades a los intereses e inquietudes que ellos manifiesten. Seguiremos colaborando estrechamente con nuestros patrocinadores de la industria dental para acercar a los socios sus novedades y tendencias, y para promover una mejor salud oral a la población. La desahogada situación financiera y el dinamismo dejado en la sociedad por la junta saliente nos harán mucho más fácil la tarea. Por ello no podemos cerrar estas líneas sin un **sincero agradecimiento a todos los miembros de la junta saliente**. Gracias a Loli Rodríguez, a Beatriz Giménez, a Ana Mellado y a Juan Liñares. Gracias a Nacho Rodríguez, por su liderazgo, esfuerzo y dedicación excepcionales. Y un recuerdo especial para nuestro querido amigo José María Medina, vicepresidente de SEPES, gran profesional y mejor persona, que nos dejó hace escasos días y a quien Dios tenga en su Gloria. En la Asamblea General de SEPES de octubre nos presentaremos como equipo y os comentaremos los cursos y congresos para el 2019.

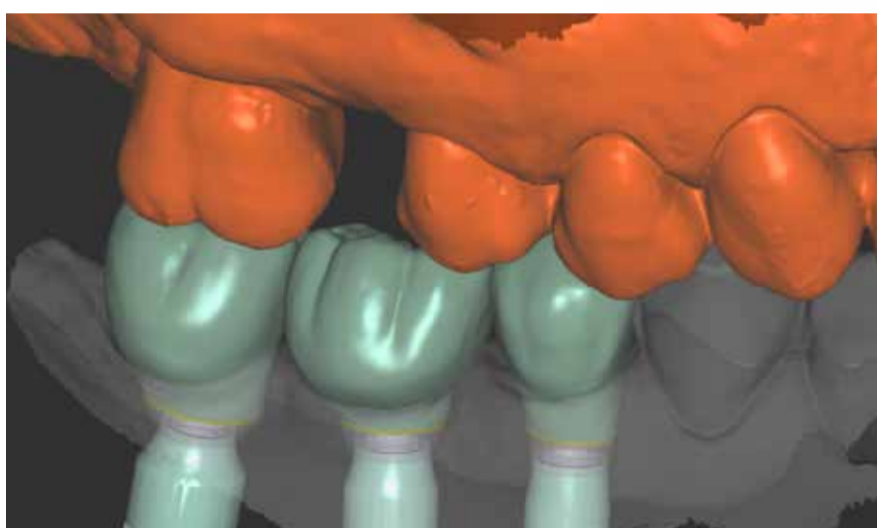
Miguel Roig Cayón

Nuevas interfaces T-Connect Prama IN

Las nuevas interfaces T-Connect para la realización de pilares o estructuras múltiples realizables con técnica cemento-atornillada o a través de software CAD-CAM están ahora disponibles también en versión **Prama IN y se conectan al implante englobando su cuello por 0.50 mm.**

Las nuevas interfaces T-Connect Prama IN en titanio Gr. 5 están sometidos a un proceso de anodización para garantizar continuidad con el cuello del Prama y maximizar por lo tanto la **estética** de la rehabilitación.

La cánula calcinabile puede utilizarse para modelar el wax-up para el escaneo en el laboratorio o para modelar una estructura para la fusión según las técnicas tradicionales.

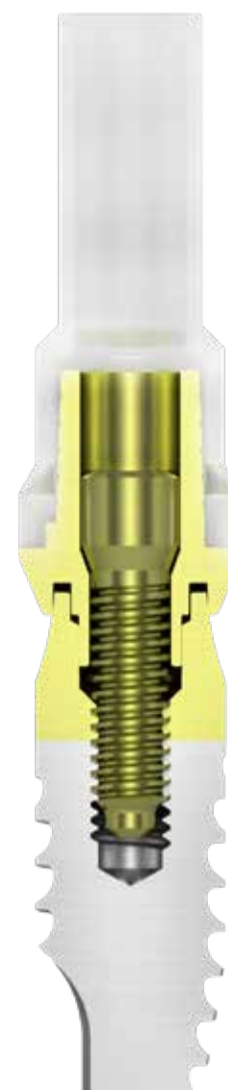
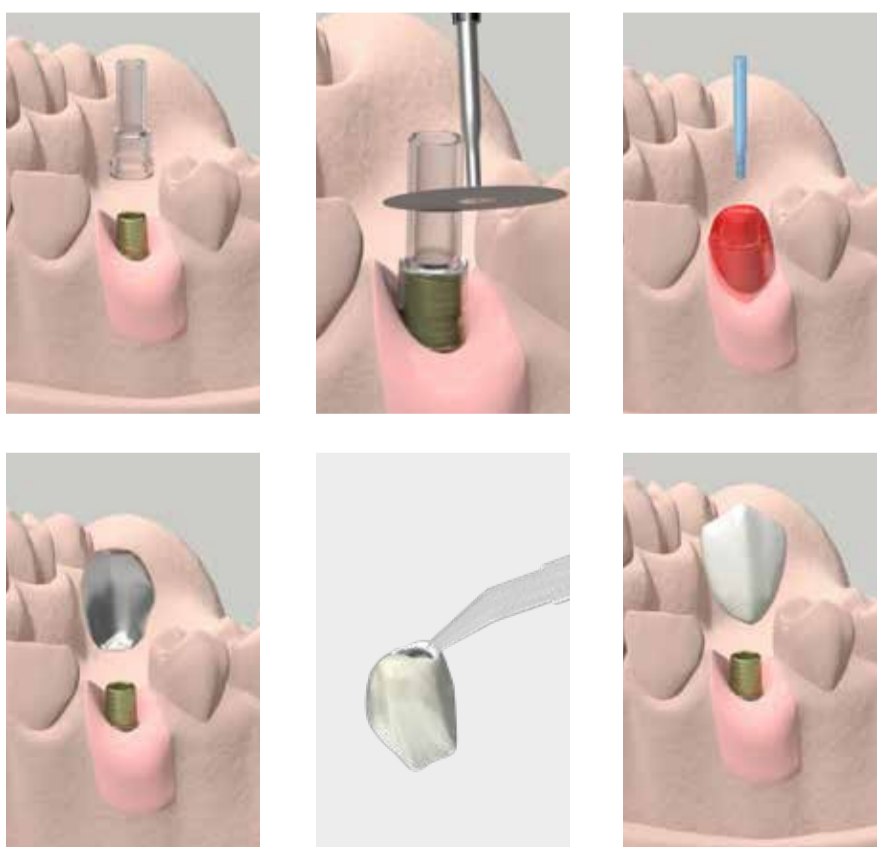


Gracias a las T-Connect Prama IN el odontólogo puede realizar **estructuras protésicas atornilladas** que cierran englobando el cuello del implante Prama. Estas T-Connect representan una solución muy útil para realizar prótesis CAD-CAM con **tecnología digital**: ya se encuentra disponible un archivo dedicado para Exocad y dentro de poco va a ser disponible también para 3Shape, Dental Wings y EGS.



Entren y miren el mini-vídeo de la modelación sobre T-Connect Prama IN en Exocad

Además del enfoque digital, los nuevos soportes Prama IN permiten enfrentar las fases protésicas también **con técnicas más tradicionales**, es decir realizando por fusión estructuras cemento-atornilladas en las T-Connect mismas, lo cual favorece un **adecuado ajuste pasivo**.



Gracias a estos nuevos soportes, las ventajas de la técnica cemento-atornillada se unen a los beneficios mecánicos del cierre protésico que englobe el cuello del implante y, no menos importante, al elevado nivel estético garantizado por el color amarillo de los T-Connect.



PREMIUM DAY 2018

VALENCIA, 28-30 DE JUNIO 2018



Presente y futuro de la implanto-prótesis

Más de 1000 participantes procedentes de todo el mundo participaron en la 18ª edición del Premium Day que tuvo lugar del 28 al 30 de junio en el prestigioso Palacio de Congresos de Valencia.

Las tres jornadas se llevaron a cabo en un clima de entusiasmo e interés a partir de los cursos precongresuales impartidos por el Prof. Giovanni Zucchelli y el Dr. Ignazio Loi, que dedicaron una ponencia magistral a la gestión de los tejidos blandos con un enfoque quirúrgico y protésico, respectivamente. Asimismo presentaron una selección excelente de casos de estudio incorporando al público con ponencias de nivel elevadísimo.

El curso precongresual dedicado a los protésicos se basó en un tema fundamental, es decir, la realización de los perfiles de emergencia B.O.P.T. sobre elementos naturales y sobre coronas implantarias. Asimismo dos ponentes de excelencia, como Antonello Di Felice y Javier Pérez López, se confirmaron líderes carismáticos para un público internacional. Las dos jornadas siguientes se caracterizaron por ponencias centradas en el implante Prama y en sus ventajas clínicas en la gestión de los tejidos blandos peri-implantarios en contacto con la porción más coronal del implante, con un informe histológico de soporte que explicó el funcionamiento biológico del sector peri-implantario.

Los temas clave de las ponencias, que se caracterizaron por una organización impecable y sin parangón, han sido el flujo de trabajo digital, las nuevas estrategias en implanto-protésis, las causas y los tratamientos de la peri-implantitis.

La **cena de gala** del evento tuvo lugar en el Hemisfèric, uno de los lugares más prestigiosos de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia, donde gracias a la cocina de alto nivel, la música y el baile los invitados disfrutaron de una fiesta memorable.

Agradecemos a todos los participantes, a los ponentes y a las **sociedades científicas que patrocinaron el evento: SEPES, SEPA, SECIB y SEI.**



CUPÓN DE ABONO GRATUITO A NUMERIUNO 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 Mediterránea S.L. - Sorolla Center, Oficina 801 - Avda. Cortes Valencianas 58, 8pl, 46015 Valencia, España

NOMBRE _____ APELLIDO _____

SEGUNDO APELLIDO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

E-MAIL _____

TEL _____

PARTIDA IVA _____

FIRMA _____

¿USTED ES YA CLIENTE SWEDEN & MARTINA? SÍ NO

Estoy interesado en:

- recibir la revista
- recibir la newsletter a mi correo electrónico
- recibir visita de un especialista del producto
- visitar la empresa y los departamentos productivos de Sweden & Martina
- publicar un case report en Numeri UNO
- recibir la reseña bibliográfica Científica - Implantología
- recibir la reseña bibliográfica Científica - Implantología Vol. 2
- recibir la reseña bibliográfica Científica - Implantología Vol. 3
- recibir la reseña bibliográfica Científica - Implantología Vol. 4
- recibir la reseña bibliográfica Científica - Implantology Vol. 5 (en inglés)

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para la finalidad indicada por mi en este formulario.

En esta sección encontrará la información sobre la manera en que Sweden & Martina trata los datos personales recogidos, en conformidad con las obligaciones impuestas por la ley.



Conexión única Collex One

Hexágono interno y collar externo de reposicionamiento protésico.

Morfología cilíndrica

Para una mayor superficie de contacto hueso-implante a lo largo de todo el cuerpo del implante.

Espira asimétrica

Para una distribución correcta de las cargas de la masticación.

Ápice ahusado

Garantiza una buena capacidad autorroscante, mejora la estabilidad primaria y las tres incisiones apicales ofrecen una zona de descompresión y salida para el coágulo.

PREMIUM ONE
LA RESPUESTA ESTÁ EN LOS DETALLES


sweden & martina



NUMERIUNO-S