

NUMERIUNO

LA REVISTA CIENTÍFICA SWEDEN & MARTINA

REHABILITACIÓN
MÚLTIPLE EN
SECTOR ESTÉTICO CON
IMPLANTES PRAMA

DR. XAVIER VELA NEBOT
DR. XAVIER RODRÍGUEZ CIURANA
SR. JAVIER PÉREZ LÓPEZ

Caso clínico

IMPLANTE PRAMA RF
POST-EXTRACCIÓN EN
SITIO PREMOLAR:
TRES DIFERENTES
ENFOQUES PARA EL
MISMO RESULTADO

DR. GUILLERMO CABANES GUMBAU

Caso clínico

NOVEDAD DEL MERCADO

IMPLANTE CSR : TRES MORFOLOGÍAS
CORONALES PARA TODAS LAS
SITUACIONES CLÍNICAS



PRAGMATICO

ÍNDICE

pág. 03

EDITORIAL

PRAGMATICO
5 años de historia de Prama

pág. 04

ENTREVISTA

B.O.P.T., PRAMA y PRAGMATICO
Dr. Ignazio Loi

pág. 05

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**

Rehabilitación múltiple en sector
estético con implantes PRAMA
Dr. Xavier Vela Nebot, Dr. Xavier Rodríguez
Ciurana, Sr. Javier Pérez López

pág. 09

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**

Implante PRAMA RF post-extracción
en sitio premolar: tres diferentes
enfoques para el mismo resultado
Dr. Guillermo Cabanes Gumbau

pág. 15

**NOVEDADES DEL
MERCADO**

M.F. Extrusion
Implante CSR,
F22 Aligner Starter kit,
Ossix™, Láser RayStylus

pág. 18

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**

Rehabilitación múltiple con
implantes CSR
Dr. Giuseppe Pellitteri

pág. 20

ESTADO DEL ARTE

PRAMA: el punto de vista de un
periodoncista
Dr. Ramón Lorenzo Vignau

pág. 21

**CASE REPORT
IMPLANTOLOGÍA**

Enfoque multidisciplinar para la
rehabilitación de una arcada
Dr. Jaime Molinos Morera,
Dra. Ana Molinos Morera

pág. 27

**CASE REPORT
ORTODONCIA**

La estética en ortodoncia y prótesis:
un caso clínico
Dra. Teresa Oliverio

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 14

mayo 2019 / noviembre 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 Checci Janette, Duran Moruno Raquel, Loi Ignazio, Lorenzo Vignau Ramón, Mirandola Minuzzi Marina, Molinos Morera Ana, Molinos Morera Jaime, Oliverio Teresa, Parente Gianfranco, Pellitteri Giuseppe, Pérez López Javier, Rodríguez Ciurana Xavier, Vela Nebot Xavier, Zangiacomi Glorianna.

PRAGMATICO

5 AÑOS DE HISTORIA DE PRAMA

Tras 5 años del lanzamiento de Prama, el implante intramucoso con cuello convergente que está revolucionando el mundo de la implantología, Sweden & Martina presenta un instrumento inesperado por parte de una empresa que produce implantes. Pragmatico, de hecho, no es un catálogo o un manual de uso, sino un volumen de 232 páginas que se compone de una introducción científica muy detallada, con las excelentes histologías en humano del prof. Gargari y del dr. Rocci de la Universidad Tor Vergata de Roma, y de un portfolio clínico de 30 casos.

El objetivo de la publicación es dar evidencia histológica de la libertad de colocación de este implante más o menos profundo en el hueso, que gracias a la geometría propia de su cuello convergente puede amenudo evitar el recurso a protocolos de regeneración pero que no representa una limitación a posibles ROG, que es ideal tanto para soluciones protésicas cementadas como atornilladas, que expresa sus beneficios también en pacientes periodontales y que es perfectamente conjugable con las soluciones digitales.

Los casos clínicos llevan esmeradas explicaciones de las fases de laboratorio, simplificando la comunicación entre clínico y técnico y pueden abrir nuevas posibilidades de planes de tratamiento.

Además, Pragmatico incluye muchos contenidos multimediales visibles gracias a la Realidad Aumentada: simplemente enfocando las páginas con el smartphone, las imágenes se animan en vídeos clínicos que resultan integrados en la página y que permiten ver algunas de las cirugías o de las fases de laboratorio en versión completa y dinámica.



B.O.P.T., PRAMA Y PRAGMATICO

Dr. Loi, han pasado casi 6 años desde su primera conferencia en España: ¿qué puede decirnos sobre esta experiencia?

Mi primera conferencia en España fue en el centro BORG en Barcelona y debo admitir que fue una experiencia muy interesante y constructiva. Al principio no había percibido claramente la importancia que la técnica B.O.P.T. habría tenido en el mundo de la odontología. Ciertamente, los resultados clínicos que vi durante años sobre mis pacientes y los de mis compañeros de trabajo fueron sorprendentes; sin embargo, fue sólo cuando la gente comenzó a detenerme después de mis ponencias para agradecerme y venir a decirme que había cambiado sus vidas, que sentí que algo realmente importante había sucedido. Luego los congresos de SEPES y SEPA y los cursos en muchas universidades españolas, como la Complutense de Madrid, la UIC de Barcelona, la Universidad de Valencia, la Universidad de Granada, fueron un verdadero éxito. Hoy, cuando llego a un congreso en España, incluso como participante, la gente me saluda con afecto y ya reconozco a muchos de ellos. La odontología española es excelente, hay muchos jóvenes impacientes por aprender y crecer, es un placer hablar aquí y enfrentarse con esta realidad. También, y no es menos importante, me encanta la ligereza con la que se vive aquí y me gusta cómo los Españoles saben crear ocasiones para disfrutarlo incluso en un contexto profesional.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos hasta el momento en Italia y España, ¿cree que la técnica B.O.P.T. se expandirá rápidamente alrededor del mundo?

En Italia y España, la B.O.P.T. ahora es una realidad, pero en los últimos años he empezado a dar conferencias en todo el mundo y le aseguro que se está difundiendo mucho más rápido de lo que cree. En los próximos meses estaré en Rusia, Brasil, Argentina y en muchos países europeos. Hay una creciente conciencia de los beneficios de esta técnica y la voz se propaga rápidamente.

Con el implante Prama, la filosofía convergente llegó a la vanguardia también en implantología: ¿lo esperaba?

En realidad, al principio pensé en el implante Prama para resolver los problemas relacionados con los tejidos blandos, como ya hacía con los tejidos blandos alrededor de los dientes naturales. Sin embargo, cuando desarrollamos el proyecto con Sweden & Martina, me di cuenta al hablar con los usuarios que el implante Prama se usaba en todas las situaciones, a 360°, con resultados excepcionales tanto en tejidos blandos como en preservación ósea. Todos los días recibo mensajes o correos electrónicos con fotos que documentan una calidad de encías y huesos que alguna vez hubiera sido difícil de ver. Especialmente en Italia y España, pero también en Inglaterra, hay muchos odontólogos que están demostrando las ventajas del implante Prama con numerosos estudios in vitro y clínicos.



DR. IGNAZIO

LOI

Licenciado en Medicina y Cirugía y especializado en Odontostomatología y Prótesis Dental en la Universidad de Cagliari. Socio de la "Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica". Práctica privada en Cagliari.

A veces, escuchando sus ponencias, parece que todavía hay algo "en el cilindro": ¿qué sorpresas nos esperan en el futuro con respecto a la revolución convergente?

La B.O.P.T. no es solo una técnica protésica para rehabilitar dientes naturales o implantes, es una manera de pensar. Hoy en mis ponencias ilustro las posibles soluciones, realineación de las parábolas, reposicionamiento de los tejidos coronalmente y apicalmente, recuperación de dientes fracturados, procedimientos de extrusión ortodóncica, aplicación de carillas estéticas y gestión de las quintas clases.

Muchos de sus colegas a menudo comparten con Usted los resultados de la B.O.P.T. en dientes e implantes: ¿qué se siente al ver su técnica en manos de más y más personas?

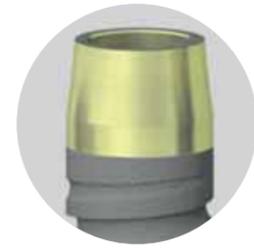
Un sentimiento de gran emoción. Hoy me encuentro con tantas o muchísimas personas que me muestran casos resueltos gracias a la B.O.P.T. y cada vez más profesores universitarios que han introducido la técnica en sus cursos: un placer enorme. La B.O.P.T. es una técnica en la que he estado trabajando durante años y verla ahora en manos de muchos colegas, que obtienen resultados de altísima calidad, me da la sensación de haber hecho algo bueno, importante, en beneficio de todos.

Siguen pidiéndole que deje algo en la historia: ¿cuándo tendremos un libro sobre la B.O.P.T.?

Se dice que nada queda para el futuro a menos que esté escrito. Estoy trabajando en un libro sobre B.O.P.T. junto con mis colaboradores y estoy seguro de que el trabajo se publicará en varios idiomas lo antes posible. Gracias al compromiso de Sweden & Martina, además, acaba de salir PRAGMATICO, un volumen monográfico dedicado a Prama que incluye una importante explicación biológica sobre los beneficios de la superficie UTM del cuello de Prama y su morfología convergente en contacto con tejidos blandos y duros; el libro también incluye una amplia colección de casos clínicos míos y de muchos otros colegas en los que son claramente visibles los beneficios clínicos que Prama proporciona gracias a la libertad de posicionamiento intramucoso de este implante: algo que ningún otro implante en el mercado permite.

CASE REPORT IMPLANTOLOGÍA

REHABILITACIÓN MÚLTIPLE EN SECTOR ESTÉTICO CON IMPLANTES PRAMA



DR. XAVIER VELA NEBOT

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. XAVIER RODRÍGUEZ CIURANA

Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 1992. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial unidad docente de Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 2000. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad

Autónoma de Barcelona (UAB) en 2005 Práctica privada en CambraClínic & Associats, Barcelona- Madrid, desde 2007. Profesor Asociado de la Universidad Europea de Madrid (UEM) desde 2010. Departamento de Investigación en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) desde 2011. Secretario de la Sociedad Catalano-Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial (SCBCOM) desde 2010. 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.



SR. JAVIER PÉREZ LÓPEZ

Título de Técnico Especialista en Prótesis Dental. Escuela Santa Apolonia. Santiago de Compostela Director del Laboratorio Técnica Dental Studio VP SL. Especializado en prótesis sobre implantes y estética. Colegiado 219 del Colegio

Profesional de Protésicos de Galicia. Colaborador del Máster de Periodoncia e implantes Facultad de Odontología, Universidad de Santiago de Compostela. Internacional ORAL DESIGN CENTER Galicia. Miembro de DENTAL EXCELLENCE LABORATORY GROUP. Fellow de ITI- International Team for Implantology. Participante en varios proyectos de investigación relacionados con la implantología y cerámica. Autor de artículos en el campo de la implantología y la estética.

“Optamos por el uso de implantes Prama para dotar de conicidad a la zona transmucosa y pensando en hacer una prótesis cementada para facilitar la inserción protésica y adaptarnos mejor a la oclusión de la paciente que presenta sobremordida.”

CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de 47 años, de profesión liberal y que continuamente viaja por trabajo. Muy nerviosa, apretadora, bruxista. Desea una rehabilitación estética y no quiere más problemas con sus dientes del sector anterior que ya fueron rehabilitados anteriormente. Paciente con elevada exigencia estética, sonrisa gingival y que nos pide una provisionalización inmediata segura para poder afrontar sus compromisos laborales de manera rápida. Tras realizar el estudio radiológico decidimos exodonciar todos los incisivos que muestran en su mayoría múltiples reconstrucciones, algunas de ellas filtradas y granulomas periapicales incluso alguna fístula. Se le hace extracción sanguínea para preparar L-PRF que combinaremos con Keraos como material de regeneración y relleno de los defectos. Optamos por el uso de implantes Prama para dotar de conicidad a la zona transmucosa y pensando en hacer una prótesis cementada para facilitar la inserción protésica y adaptarnos mejor a la oclusión de la paciente que presenta sobremordida. Tras la cirugía e inserción de la prótesis provisional esperamos 4 meses antes de la toma de las impresiones definitivas. La prótesis definitiva se realiza en zirconio monolítico y posteriormente se recubre por vestibular con carillas en cerámica.



Situación clínica inicial: vista frontal y oclusal



Tras realizar el estudio radiológico decidimos exodonciar todos los incisivos que muestran en su mayoría múltiples reconstrucciones, algunas de ellas filtradas y granulomas periapicales incluso alguna fístula, y una evidente fractura del tercer apical de la raíz del elemento 2.1, que parece haber ya provocado un proceso de reabsorción.

Diseño de la prótesis provisional con tecnología CAD-CAM.



En el laboratorio se realiza la cáscara anteriormente a la intervención.



Los provisionales antes del rebase y la llave de posicionamiento de silicona.



Extracción de los 4 elementos irrecuperables y preparación del sitio implantario.

La congruencia de la preparación quirúrgica y el correcto paralelismo se comprueban a través de las específicas réplicas.



Colocación de 4 implantes Prisma: visión oclusal y frontal.

Pilares para prótesis cementada colocados.



Se rellenan los huecos alveolares con sustituto óseo a base de β -Fosfato tricálcico mezclado a L-PRF.



Prótesis provisional rebasata según la técnica B.O.P.T.



Colocación de la prótesis provisional.



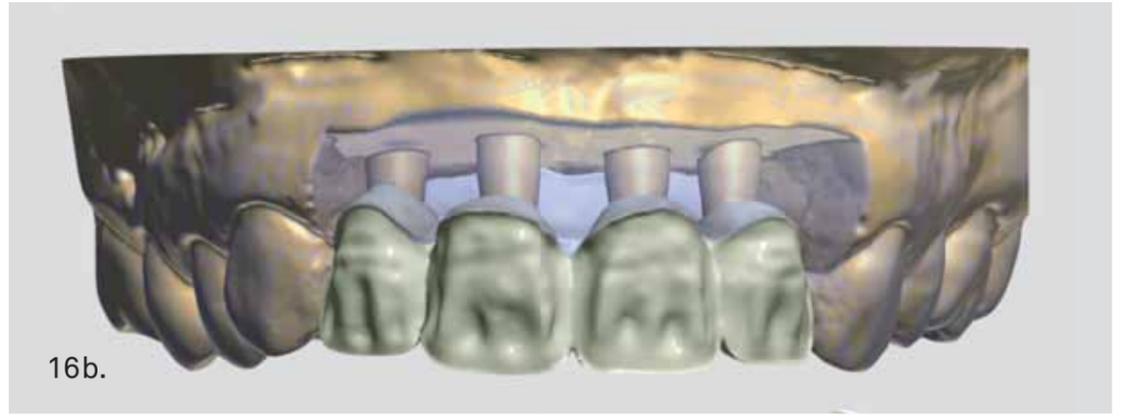
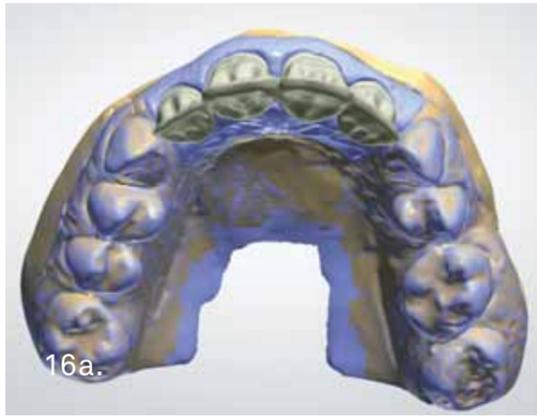
Aspecto de los tejidos a los 15 días.



Tres meses más tarde antes de retirar los provisionales y tomar las impresiones definitivas.



Fase de impresión y modelo para la realización de la prótesis definitiva.



Diseño CAD-CAM de la prótesis definitiva.



Previamente a la realización de la estructura mecanizada en zirconio comprobamos el ajuste con una prueba plástica.



Estructura protésica definitiva.

Aspecto del puente tras el cementado y retirada de posible cemento en exceso.



Radiografía a los 12 meses.

Evolución 1 año más tarde.

IMPLANTE PRAMA RF POST-EXTRACCIÓN EN SITIO PREMOLAR: TRES DIFERENTES ENFOQUES PARA EL MISMO RESULTADO



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).

Se presentan 3 casos clínicos de carga inmediata sobre premolares superiores, en los cuales se describe detalladamente 3 procedimientos diferentes para un mismo objetivo: la confección de coronas provisionales B.O.P.T. de carga inmediata.

“La versatilidad que nos aporta el implante PRAMA al permitirnos trabajar protésicamente sobre su amplia porción coronal convergente de 2,8 mm y sin la limitación de tener que lograr ajuste sobre líneas de terminación predefinidas, nos facilita enormemente el proceso clínico de conformación de la emergencia protésica, con morfología y profundidad personalizadas para cada caso clínico concreto en función de la profundidad de inserción del implante inmediato y de la situación quirúrgica de los tejidos mucosos en el momento de la cita quirúrgica - prostodóncica”.

CASO CLÍNICO 1

Implante Prama RF post-extracción en sitio 2.4, con carga inmediata y corona en resina realizada anteriormente en laboratorio para acondicionar los tejidos tras la cirugía

Paciente mujer, de 32 años de edad, sin antecedentes médicos generales de relevancia. Se planifica tratamiento dentario de exodoncia de resto radicular de 2.4, con implante inmediato y carga inmediata. En la misma fase quirúrgica se coloca también un implante estrecho Outlink² Slim en 2.6.



Imagen clínica y radiográfica con evidencia del resto radicular del elemento 2.4.



Sobre el modelo de escayola se confecciona, previamente en el laboratorio, una corona de resina hueca y con aletas de apoyo en las caras oclusales adyacentes, para guiar su ubicación en boca.



Exodoncia atraumática del resto radicular y legrado de tejidos blandos del alveolo.



Fresado y recolección de virutas de hueso autógeno entre las palas de corte de la fresa.



Colocación inmediata de un implante Prama RF (4.25x13 mm). En la misma fase quirúrgica se coloca también un implante estrecho Outlink² Slim en 2.6.



Colocación del pilar protésico y perforación en el centro de la cara oclusal de la corona de resina. El gap periimplantario se protege temporalmente con una esponja hemostática de gelatina para prevenir contaminación con la resina del posterior rebase.



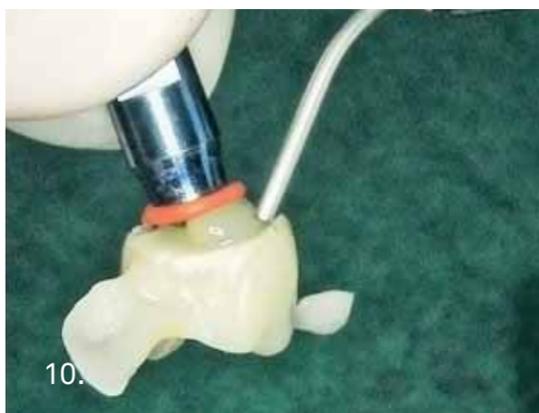
La corona se rebase con resina autopolimerizable (REEF CROWN & BRIDGES) y se inserta sobre el pilar, dejando libre el orificio de acceso al tornillo de retención.



Tras el fraguado, se desatornilla la corona que ya incorpora en su interior el pilar protésico.



Relleno del gap periimplantario mediante virutas óseas recogidas durante el fresado, mezcladas con membrana troceada de PRF.



Se modela una adecuada emergencia coronaria, tipo BOPT, mediante adhesivo y composite fluido fotopolimerizable. Se simplifica el procedimiento, insertando un o-ring de silicona en el cuello del análogo, a modo de "stop" para el composite fluido en el nivel deseado para el límite cervical de la corona. Tras solidarizar la corona al pilar, al nivel deseado con respecto a los elementos adyacentes, se eliminan las alas laterales.



Visión radiológica en el momento de la carga del provisional, tras la remoción de las alas, atornillado al implante. No hace falta suturar, ya que la corona hace de "tapón alveolar".





Situación intraoral satisfactoria tras 20 días de la cirugía.



A los 3 meses se retira la corona de carga inmediata para comprobar la evolución adecuada de los tejidos mucosos de sellado periimplantario, el perfil de emergencia y efectuar la toma de impresiones.



Preparación del perfil de emergencia BOPT en el modelo de escayola y confección de corona atornillada sobre PRAMA en 2.4 (mediante calcinable con base mecanizada) y corona cemento-atornillada "con tornillo prisionero" sobre Outlink² Slim en 2.6.



Aspecto intraoral de las coronas implantosoportadas tras 6 meses de colocación.

“Observando la evolución clínica, desde el día de la colocación de la corona hasta la situación apreciable a los 3 meses de la cirugía, se confirma la respuesta adecuada, activa y progresiva de los tejidos blandos periimplantarios obtenida gracias a la sinergia entre el implante Prama, con su convergencia coronal, y la aplicación de la técnica B.O.P.T. Todo esto destaca una vez más cómo los tejidos blandos perimplantarios se regeneran siguiendo el proyecto protésico pensado por el clínico aprovechando los beneficios de la convergencia del cuello”.

CASO CLÍNICO 2

Implante Prama post-extracción en sitio 1.4, con carga inmediata y corona en composite realizada intraoralmente utilizando una guía preformada en acetato

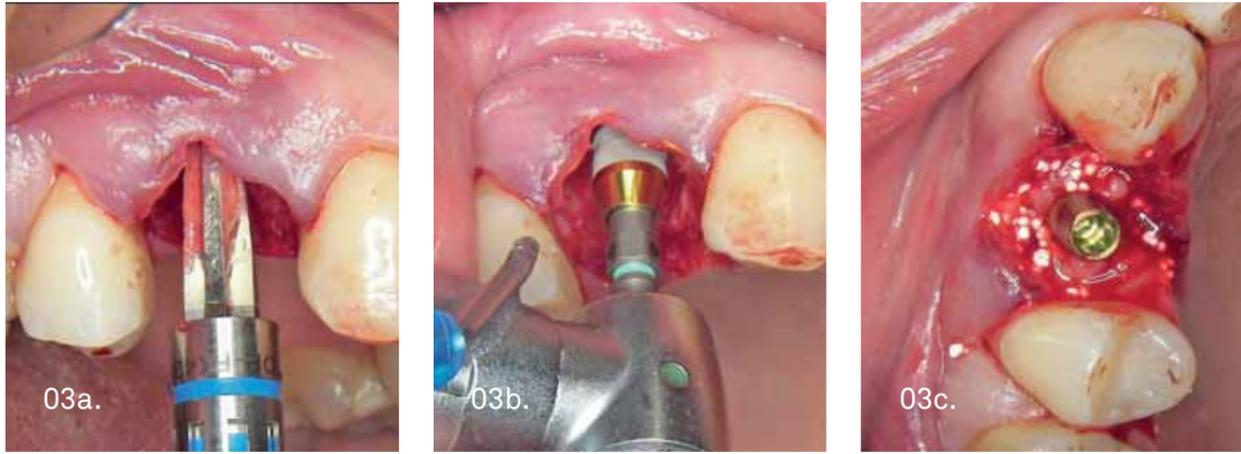
Paciente mujer, de 40 años de edad, sin antecedentes médicos generales de relevancia, acude a la clínica con fractura radicular de 1.4 y el deseo de rehabilitar el elemento lo antes posible.



TAC y OPT preoperatorios que evidencian fractura radicular de 1.4.



Se realiza exodoncia del resto radicular, seguida de desepitelización del margen alveolar con bola de diamante.



Inserción de implante inmediato PRAMA 4,25x13 mm, relleno del gap periimplantario mediante mezcla de beta-fosfato tricálcico + PRF, comprobación de la adecuada estabilidad primaria y colocación del pilar protésico.

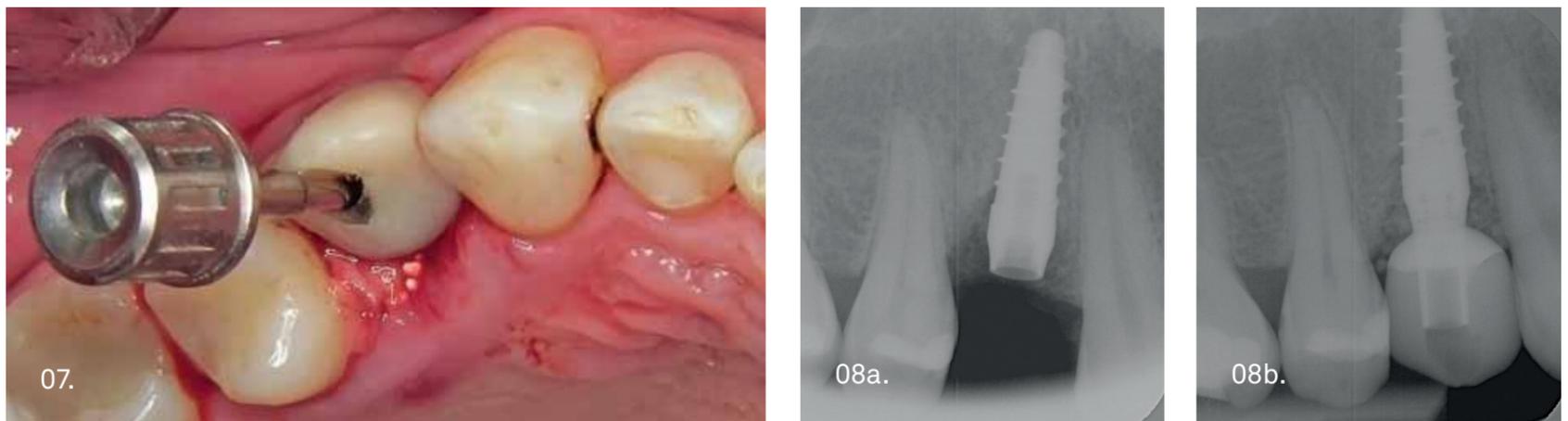


Protección del biomaterial injertado en el gap mediante una tira de teflón estéril y confección intraoral de corona de composite fotopolimerizable atornillada, para estética inmediata, mediante una preforma de acetato, con morfología de canino para disminuir el tamaño y carga sobre la tabla oclusal durante el periodo de osteointegración.



Tras desatornillar la corona de composite, que ya incorpora al pilar protésico, retiramos la cobertura de acetato y conformamos la emergencia BOPT del perfil coronario mediante la adhesión de composite fluido fotopolimerizable hasta el nivel cervical, delimitado mediante el o-ring sobre el análogo.

Se termina la corona mediante un adecuado modelado y pulido cervical.

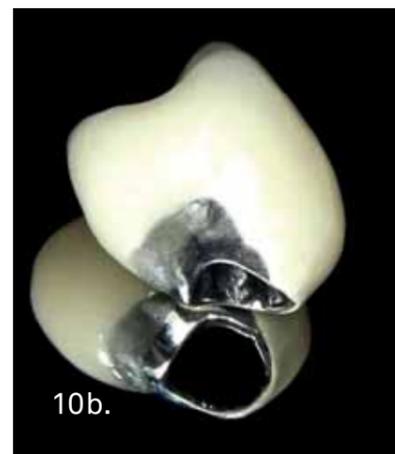


La corona provisional se atornilla sobre el implante, protegiendo de este modo adecuadamente el coágulo y material de relleno del espacio alveolar periimplantario.

La comprobación radiográfica postoperatoria confirma el adecuado ajuste de la corona atornillada sobre el implante.



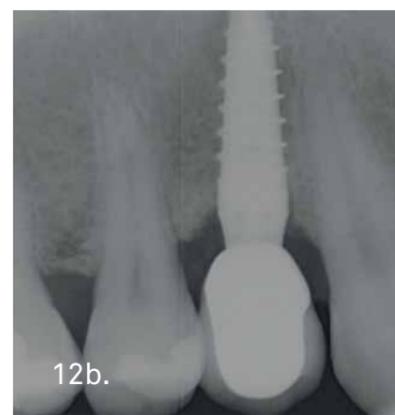
Comparación entre el aspecto intraoral de la corona provisional tras finalizar la cirugía (a) y transcurridos 4 meses (b).



Vista sobre el modelo de la corona ceramometálica definitiva. En este caso, se trata de una corona cementada y confeccionada con perfil de emergencia menos amplio que el de la corona provisional y con un festoneado interproximal más anatómico, evitando de este modo excesos de sobrecontorneado para lograr un mayor espacio disponible para la maduración de los tejidos mucosos de sellado periimplantario.



Colocación de la corona cementada definitiva. El día de la colocación podemos observar el espacio existente entre la encía y el nuevo perfil coronario menos voluminoso. Transcurridos 10 días, la mucosa periimplantaria se encuentra bien adaptada a la morfología de la nueva corona.



Seguimiento clínico y radiográfico después de 3 meses: cabe destacar la cicatrización favorable de los tejidos perimplantarios.

“La versatilidad que me ofrece el implante Prama RF, permitiéndome gestionar la prótesis en su amplia porción coronal convergente de 2.8 mm y sin la limitación de tener que cerrar a nivel de márgenes predefinidos, simplifica notablemente los procedimientos clínicos de definición de la emergencia protésica, con morfología y profundidad específicas para cada caso clínico en función del nivel de colocación del implante y de la situación de los tejidos blandos en el momento de la rehabilitación.”

CASO CLÍNICO 3

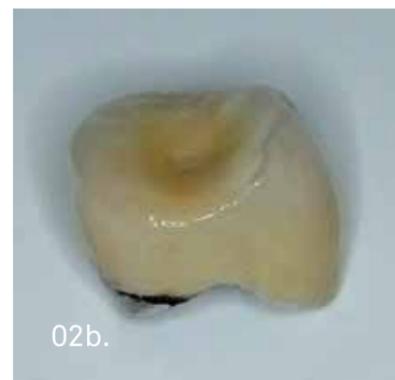
Implante Prama RF en sitio 1.4 con carga inmediata y corona realizada a través de la re-adaptación de la corona ceramometálica del propio diente exodonciado

Paciente varón, de 60 años de edad, sin antecedentes médicos generales de relevancia, con fractura radicular de 1.4.

Se realiza exodoncia del resto radicular, relleno del alveolo con PRF y recuperación de la corona ceramometálica (del diente exodonciado) que será aprovechada posteriormente sobre el implante como corona provisional tras 40 días de curación.



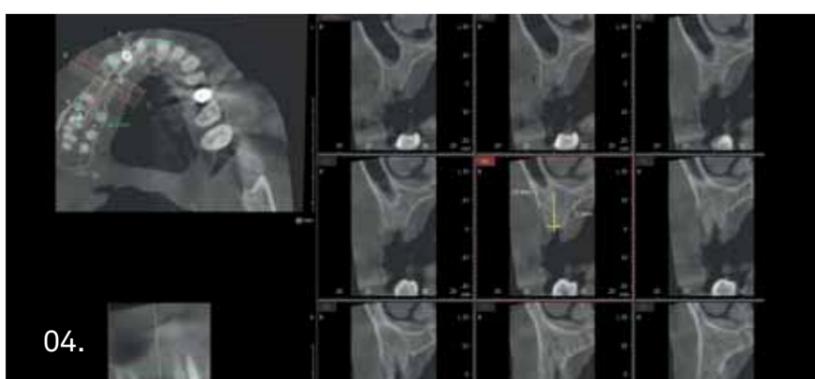
Situación clínica y radiográfica inicial.



Exodoncia del elemento y recuperación de la corona ceramometálica que se utilizará como corona provisional.



Relleno del alveolo con PRF y cicatrización a los 40 días.



TAC preoperatorio.



Fases quirúrgicas flapless para la colocación diferida de un implante Prama RF 4.25x13 mm con control de estabilidad primaria adecuada para proceder con carga inmediata.

Colocación del implante con el auxilio del driver Easy Insert, que garantiza la preservación de la conexión implantaria.

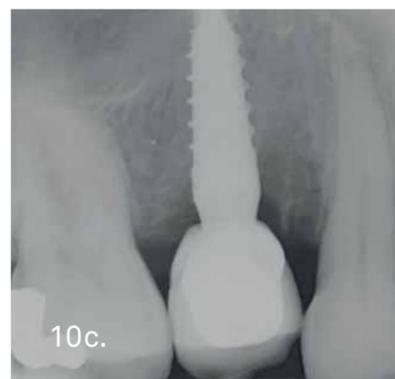


Colocación de un pilar protésico (con ranuras retentivas) y perforación oclusal en la antigua corona ceramometálica para acceso al tornillo de retención.

La corona se rellena con resina autopolimerizable (previa aplicación de una fina capa de cianocrilato para mejorar su adhesión al metal interno de la corona) y se inserta sobre el pilar con el acceso al tornillo protegido mediante teflón compactado.

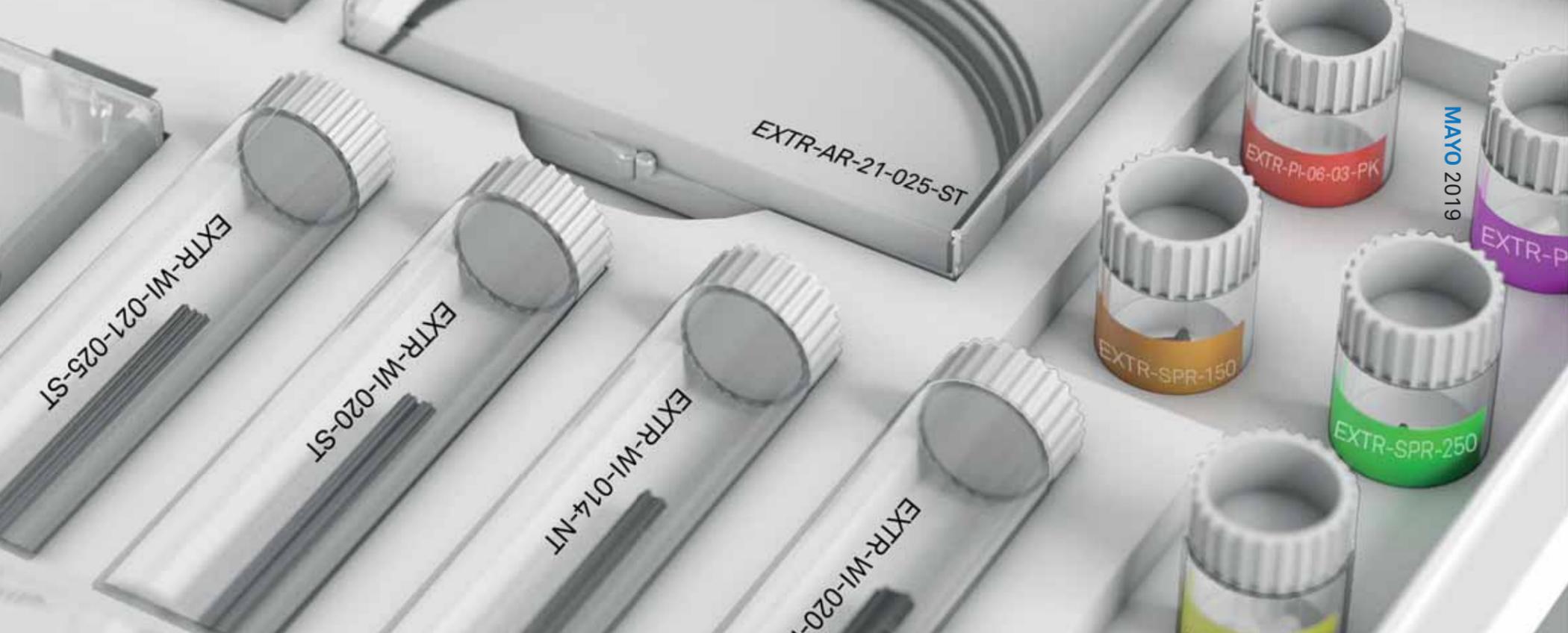


Se procede a desatornillar la corona, que ya incorpora en su interior el pilar protésico, y se confecciona la porción de emergencia cervical, con diseño B.O.P.T., mediante composite flow fotopolimerizable limitado apicalmente por un o-ring como se ha descrito en los casos anteriores.



La corona provisional, terminada y pulida, se atornilla, comprobando radiográficamente su ajuste sobre el implante y adecuado perfil de emergencia.

Corona cementada definitiva tras 2 meses en boca.



MAYO 2019

M.F. EXTRUSION

Extrusión ortodóncica

A través de la ortodoncia se puede influenciar, de manera positiva, todos aquellos factores que determinan el éxito en prostodoncia y, a menudo, reducir el número y la entidad de las cirugías necesarias para la finalización del caso. La extrusión ortodóncica es el movimiento más utilizado en contexto pre-protésico y pre-implantario ya que puede ser un válido recurso para el prostodoncista, el endodoncista y el implantólogo en sus trabajos, reduciendo la necesidad de cirugías periodontales, sobre todo cirugías regenerativas pre-implantarias.

M.F. Extrusion es un kit proyectado específicamente para aquellos que quieren utilizar esta metodología sin inversiones iniciales de dinero demasiado elevadas. El kit, de hecho, incluye todo lo que sirve para poder efectuar intervenciones de extrusión ortodóncica con resultados impresionantes, de manera simple y predecible tanto en implantología como en prostodoncia.

Aplicaciones:

- restablecimiento de la anchura biológica;
- garantizar el efecto férula en las preparaciones protésicas;
- nivelación de las parábolas gingivales;
- corrección de las recesiones gingivales de I clase de Miller;
- desarrollo ortodóncico del sitio implantario;
- incrementar la calidad de hueso apical y mejorar la estabilidad primaria de los implantes;
- extrusión pre-protésica;
- corrección pre-quirúrgica del torque radicular en el tratamiento de las recesiones gingivales.



Periotomo para la fibrotomía supracrestal, con punta curva o punta recta

Posicionador para alambre de ortodoncia

Muelles para torque Warren*

Todos los componentes del kit M.F. Extrusion se encuentran disponibles también como repuestos: los códigos están indicados en la caja de cada componente.

Bibliografía

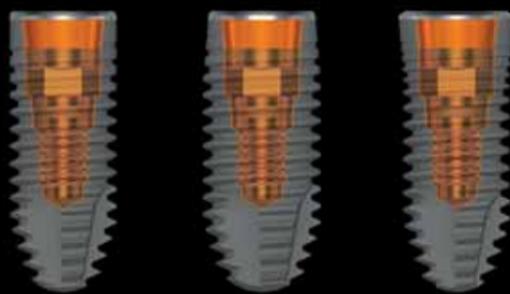
1. Fadda M., Villani G., Cortesi R., Fortini A.; *Ortodonzia: una alternativa al grande rialzo del seno mascellare*. Implantologia 2012; 1:77-83
2. Fadda M., Cortesi R., Lucchi P., Piras V.; *Movimenti estrusivi preprotésici: indicazione clinica-Parte 1*. Ortodonzia clinica 2010; 1:47-52
3. Fadda M., Cortesi R., Lucchi P., Piras V.; *Movimenti estrusivi preprotésici: indicazione clinica-Parte 2*. Ortodonzia clinica 2010, 4:11-20

*Los muelles para torque Warren son un producto sanitario fabricado por RMO Inc.

NOVEDAD DEL MERCADO



CSR
CONEXIÓN SEGURA RESISTENTE.



CSR

TRES MORFOLOGÍAS CORONALES PARA TODAS LAS SITUACIONES CLÍNICAS

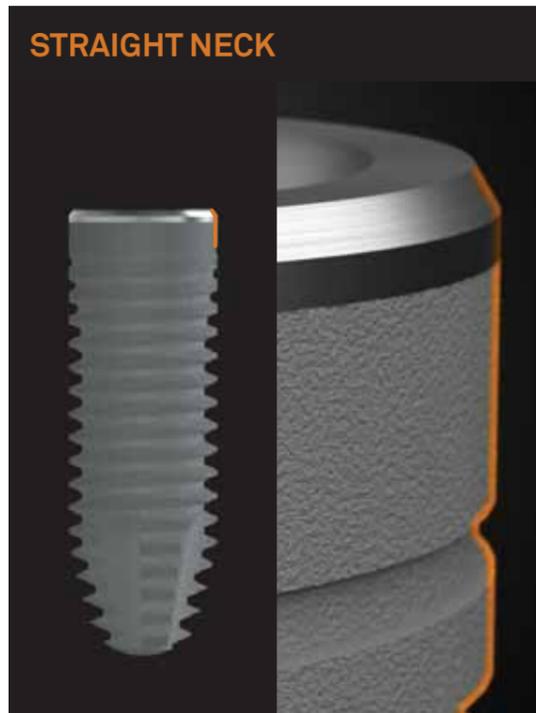
Ideado por Sweden & Martina en colaboración con el Departamento de Odontología del hospital San Raffaele de Milán, CSR es un implante que permite hacer frente a cualquier situación clínica, que garantizara una buena estabilidad primaria en cualquier tipo de hueso, y que permitiera una fase quirúrgica con el uso de pocos y específicos instrumentos.

De estas premisas ha nacido CSR, un implante versátil y al mismo tiempo sencillo, con morfología cilíndrica, doble interfaz cónica de conexión, diferentes geometrías del cuello y posibilidad de realizar la técnica One Abutment-One Time.

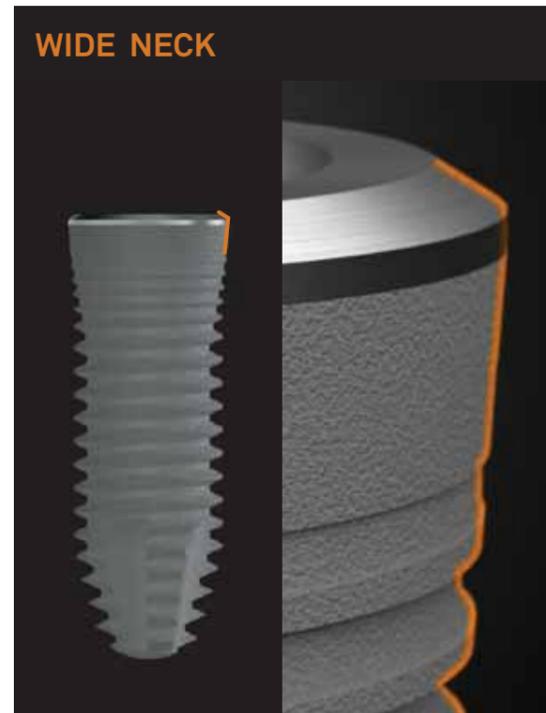
Díámetros disponibles: \varnothing 3.80 mm, \varnothing 4.20, \varnothing 5.00 mm.



Cuello convergente para dejar más espacio a nivel crestal y favorecer la regeneración ósea

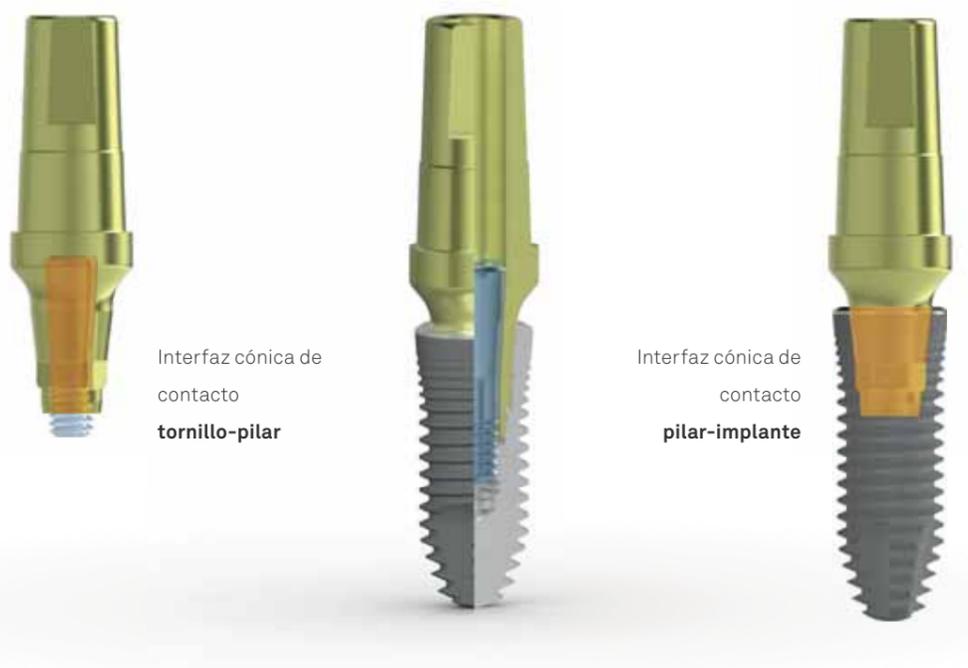


Morfología recta, constante a lo largo de todo el cuerpo del implante



Cuello divergente para aprovechar el anclaje bicortical y obtener una gran estabilidad primaria

LA CONEXIÓN DAT (Double Action Tight)



Interfaz cónica de contacto
tornillo-pilar

Interfaz cónica de contacto
pilar-implante

La **conexión DAT** (Double Action Tight) se caracteriza por tener una **doble interfaz cónica** interior de contacto entre implante y pilar y entre pilar y tornillo, que garantiza una impermeabilidad bacteriana excelente, preservando el hueso de los riesgos de peri-implantitis que pueden comprometer la correcta osteointegración y la supervivencia del implante.

MINI-INVASIVIDAD

Los implantes con diámetro estrecho de 3.00 mm y 3.50 mm tienen **conexión DAT-N**, es decir la conexión DAT en versión narrow, que aprovecha los mismos beneficios de la doble interfaz cónica, manteniendo un espesor de seguridad ideal para evitar posibles riesgos de desatornillamientos y desconexiones.



\varnothing 3.00 mm \varnothing 3.50 mm

REHABILITACIÓN MÚLTIPLE CON IMPLANTES CSR



**DR. GIUSEPPE
PELLITTERI**

Licenciado en medicina y cirugía en la Universidad de Bolonia en 1988. Práctica privada en Bolzano en cirugía implantaria, muco-gingival y prótesis.

Las diferentes morfologías coronales del implante CSR ofrecen una gran libertad de acción al clínico, permitiendo aprovechar las diferentes situaciones anatómicas para obtener rehabilitaciones funcionales y duraderas.

Paciente de sexo femenino, de 40 años con lesión de furca de tercer grado en el elemento 1.6 y grave reabsorción ósea de los elementos 1.4 y 1.5 que provocaba la movilidad de tercer grado.

La paciente ha sido tratada en dos fases quirúrgicas al cabo de un año y medio la una de la otra. En virtud de la joven edad de la paciente y para facilitar la higiene oral, la rehabilitación ha previsto la inserción de un implante y una corona para la sustitución de cada elemento que faltaba.

En la primera fase quirúrgica se ha llevado a cabo una extracción conservadora del alvéolo natural del elemento 1.6 y una elevación del seno, seguida por la inserción de un implante CSR Wide Neck.

La segunda fase quirúrgica ha afectado a los elementos 1.4 y 1.5 que han sido extraídos y enseguida sustituidos con dos implantes CSR: Straight Neck y Reduced Neck.

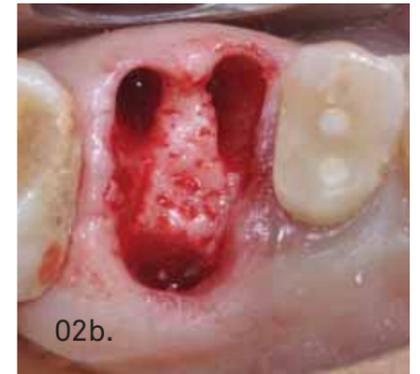


01.

Radiografía endoral: es posible notar la lesión de furca de tercer grado del elemento 1.6.

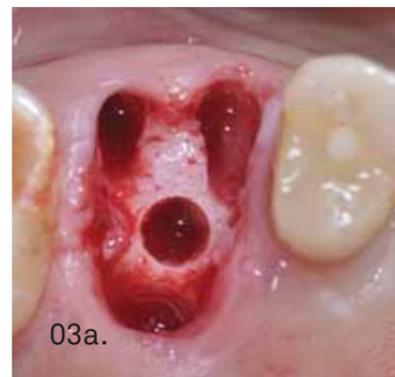


02a.



02b.

Extracción conservadora del alvéolo natural: la corona se secciona en tres partes. Se aprecia el mantenimiento perfecto de la anatomía ósea residual y del tabique interradicular.



03a.



03b.

El tabique interradicular se prepara con fresas para realizar una elevación del seno gracias a la inserción de colágeno y de material de injerto.

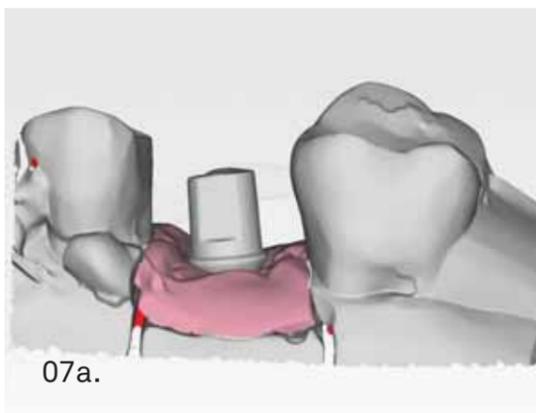


04.

Un implante CSR \varnothing 3.80 mm Wide Neck se inserta en el alvéolo y luego se recubre con un apósito periodontal durante una semana.



El sitio se cicatriza por segunda intención y se documenta la cicatrización. Las fotografías muestran el sitio al cabo de dos y ocho semanas de la cirugía: se aprecia la ganancia de volumen de los tejidos blandos.



Cuatro meses después de la cirugía, el sitio está cicatrizado totalmente y se procede a la toma de impresión para la colocación de prótesis.

Después de tomar la impresión y desarrollar el modelo se diseña la prótesis con software Exocad.



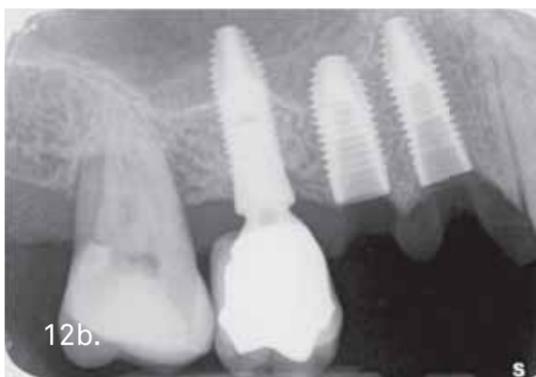
La corona realizada en CAD CAM se prueba en el modelo.

Entrega de la prótesis atornillada realizada en CAD-CAM.

Dos meses después de la entrega de la prótesis es posible notar el crecimiento de las papilas alrededor de la corona.



Radiografía endoral durante la entrega de la corona y radiografía de control a los 12 meses: es posible apreciar la recuperación de los volúmenes óseos alrededor del implante. A la vez es posible notar la reabsorción ósea alrededor de los elementos 1.4 y 1.5, visible en la imagen también.



En la segunda fase quirúrgica se realiza la extracción del elemento 1.4 y se inserta un implante CSR ϕ 3.80 mm Straight Neck; luego se extrae el elemento 1.5 realizando una mini-elevación del seno e insertando un implante CSR ϕ 4.20 mm Reduced Neck, tal y como se ve en la radiografía realizada inmediatamente después de la cirugía.

En los implantes se atornillan unos pilares provisionales de PEEK fresados y pulidos.



En los pilares se rebasan dientes en comercio.



Imagen vestibular de las coronas provisionales atornilladas, entregadas el mismo día de la cirugía.



Radiografía a los 5 meses de la cirugía: en los elementos 1.4 y 1.5 se realiza la toma de impresión con transfer Pick-up; es posible notar la integración total del implante en el elemento 1.6.



Un mes después de la toma de impresión, se entregan las coronas atornilladas en los implantes en posición 1.4 y 1.5 y se realiza una radiografía final. Es evidente el buen crecimiento óseo alrededor de las tres diferentes morfologías de cuello de los implantes CSR.

ESTADO DEL ARTE

PRAMA: EL PUNTO DE VISTA DE UN PERIODONCISTA

La implantología ha supuesto una revolución total y necesaria en el campo de la periodoncia, y a día de hoy no se puede entender la una sin la otra. De hecho, la mayor parte de la investigación y esfuerzos para conseguir resultados estables a largo plazo van dirigidos hacia el área de transición entre el implante y la rehabilitación, ya que la osteointegración es un problema ya superado, por lo que nuestro reto actualmente se enfoca en el área de conexión. Es indudable que la implantología ha sido imprescindible para el tratamiento correcto de muchas patologías periodontales y existen algunas situaciones clínicas que afectan a muchos de estos pacientes, como es el Síndrome de Colapso de Mordida posterior (pérdida de molares, enfermedad periodontal y abanicamiento de dientes anterosuperiores) el cual, sin las opciones terapéuticas que aporta la implantología actual hubiera sido muy difícil tratar la enfermedad periodontal de millones de pacientes, ya que sin la presencia de rehabilitaciones implantosoportadas, no es posible conseguir sectores posteriores tan necesarios para dar estabilidad periodontal.

Actualmente en implantología tenemos 2 retos: por un lado desde la visión crítica que nos aporta la periodoncia, hemos venido observando la necesidad de mejorar los diseños de implantes para tratar de evitar infecciones periimplantarias, mejorando el sellado biológico. Un cambio de diseño en la conexión de los implantes (Prama) que nos permite desarrollar mucosa periimplantaria protectora, ya que el diseño tipo B.O.P.T. de la conexión de Prama, permite un desarrollo en grosor de tejido queratinizado, que estoy convencido que disminuirá de forma drástica la incidencia de las enfermedades periimplantarias. Durante muchos años hemos colocado millones de rehabilitaciones en sectores posteriores con una cantidad inadecuada de mucosa queratinizada, (tejido que cuando está ausente puede ser factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades periimplantarias). Clínicamente es más que evidente que el uso de Prama mejora las condiciones del tejido periimplantario por engrosamiento, que aporta un periodonto grueso, el cual va a favorecer la estabilidad del margen óseo.



**DR. RAMÓN
LORENZO VIGNAU**

Máster en Periodoncia e implantes por la Universidad Complutense.
Director de Clínica exclusiva de Perio e Implantes Periozentrum Madrid y Ávila.
Profesor del Máster de Periodoncia de UCM, de Implantes de UEM y codirector experto en Periodoncia Periozentrum Academy.
Socio fundador de Smile is a Foundation.

Por otro lado a nivel estético es una necesidad generar la máxima cantidad de tejido blando de tal forma que podamos mejorar el perfil de emergencia de nuestras restauraciones. Es un hecho contrastado que tras la conexión de la prótesis definitiva se tiene a producir una migración apical del margen gingival de aproximadamente 1 mm debido a la presión que genera el pilar protésico o la restauración, recesión que se agrava cuando el implante está colocado en el aspecto vestibular.

El motivo es en gran parte por la isquemia que se produce a nivel de la encía marginal queratinizada. Un implante que evita la presión gingival debido a su diseño, mejora el perfil de emergencia, el grosor del periodonto, la estabilidad del tejido y por tanto mejora la estética rosa.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR PARA LA REHABILITACIÓN DE UNA ARCADA



**DR. JAIME
MOLINOS MORERA**

Máster implantología oral avanzada Universidad Europea de Madrid. Vicepresidente de la XXVI reunión anual NYU-UFP-ESORIB-CEPG. Profesor grado Universidad Europea de Madrid. Continuing Dental Education Prograde in New York University College of

Dentistry Linhart (NYU). Profesor grado Universidad Alfonso X el sabio. Facultad de odontología Granada. 1ª promoción Nuevo paradigma en prótesis fija preparación vertical-técnica B.O.P.T. Práctica privada en clínica MEID (Madrid).



**DRA. ANA
MOLINOS MORERA**

Máster de Ortodoncia Avanzada de la Universidad Europea de Madrid (2012-2015). Acreditación Invisalign Provider. Licenciada en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid. Número uno de la promoción UCM (2007-2012). Premio a la Excelencia

en los Estudios de Odontología otorgado por la Conferencia de Decanos de Odontología. Beca de formación continuada (2013) al mejor expediente Académico otorgado por el COEM. Directora de Máster de Ortodoncia en ESORIB otorgado por la Universidad Fernando de Pessoa. Profesora de grado en la Universidad Alfonso X El Sabio. Odontóloga por la Universidad Complutense. Ortodoncista en la clínica MEID (Madrid).

Un caso complejo como éste presentado aquí necesita un enfoque multidisciplinar, en el que la parte de implantología exige una intervención ortodóncica anterior. Gracias a una cuidadosa planificación y a las posibilidades que nos proporciona un implante como Shelta hemos solucionado el caso con satisfacción de la paciente.

Paciente de 29 de años sin antecedentes médicos reseñables acude a la clínica con patología articular. Presenta dolor miofascial musculatura masticatoria bilateral, bruxismo céntrico severo. Capsulitis ATM derecha. Se decide colocar durante 6 meses una férula de desprogramación previo al tratamiento.

Tras 6 meses el dolor desaparece prácticamente por completo y la paciente se anima a colocar ortodoncia.

Presenta Clase II molar derecha, clase canina derecha no valorable. Clase I molar y canina izquierda, agenesia de 12 y 13 incluido. El 22 presenta agenesia. Apiñamiento moderado severo arcada inferior.

En un principio se intenta llevar a arcada el 13 con una BTP de brazo largo como anclaje pero tras 18 meses de tracción sin éxito se determina que está anquilosado y se decide planificar la colocación de un implante en el 12 tras la exoncia del 13 incluido.

Se hizo un wax-up en el laboratorio y al colocar el mock-up en boca se observó que si llevábamos el premolar a posición de canino de Clase I el tamaño del lateral quedaba aceptable haciendo unos composites estéticos. Por tanto se decidió perder anclaje, mesializar el primer cuadrante y dejar Clase II molar derecha y I canina haciendo el premolar de canino.

Exodonciamos el 13 previo tac y a los tres meses hicimos uno nuevo para la colocación del implante en el 12.

Vemos el defecto por vestibular y palatino y decidimos hacer una ROG simultanea al implante guiados por nuestra prótesis definitiva.

A los 6 meses colocamos la prótesis.



01a.

Sonrisa inicial.



02a.



02b.



02c.

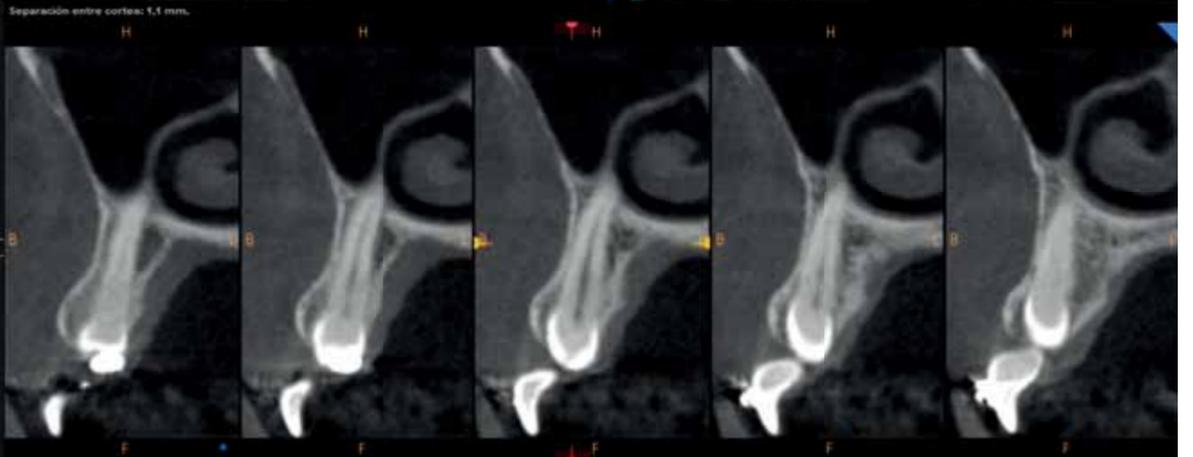
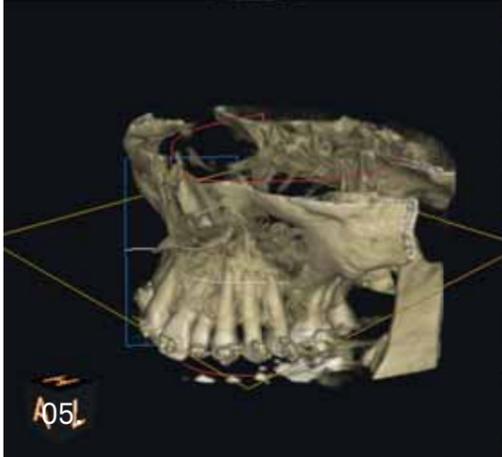
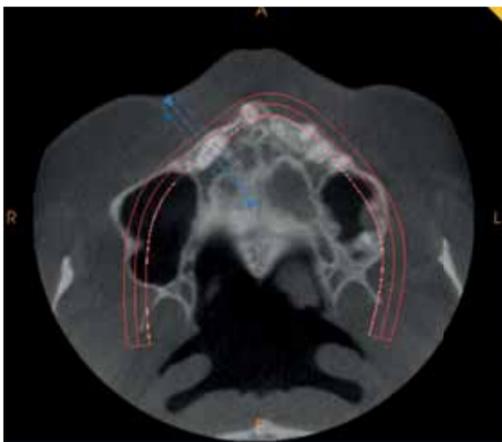
Foto frontal y laterales pre-ortodoncia. Apiñamiento moderado arcada superior. Apiñamiento severo arcada inferior. Clase II molar y canina derecha. Clase I molar y canina izquierda. Línea media dentaria superior centrada y línea media dentaria inferior desviada 3 mm a la derecha.



Oclusal superior e inferior pre-ortodoncia.



Panorámica en la que se aprecia el canino incluido. Agenesia de 12 y 22 conoide. Presencia en boca de 52 y 53.



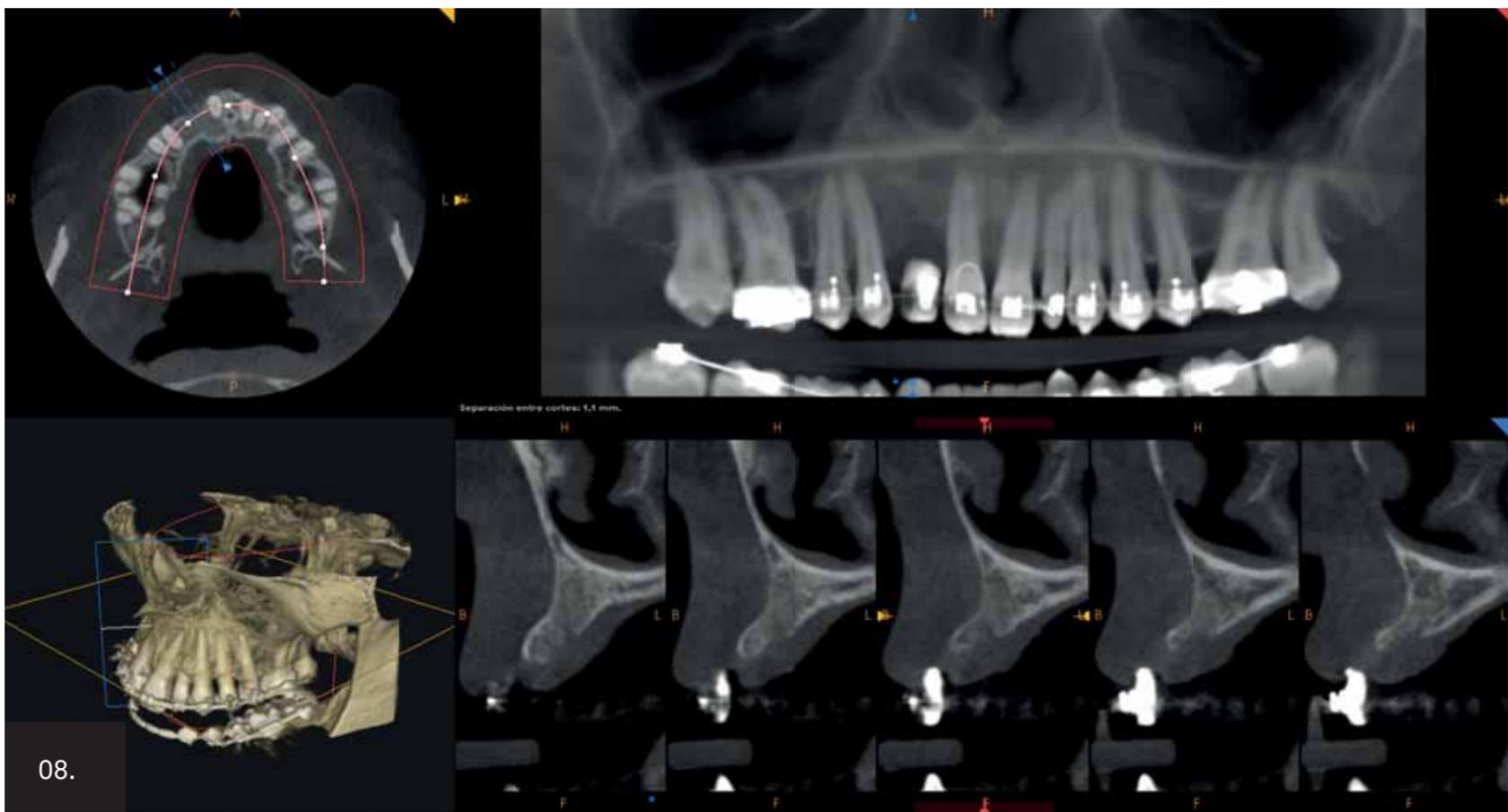
CBCT del canino intentado traccionar con ortodoncia 2 años y al estar anquilosado decidimos exodonciar.



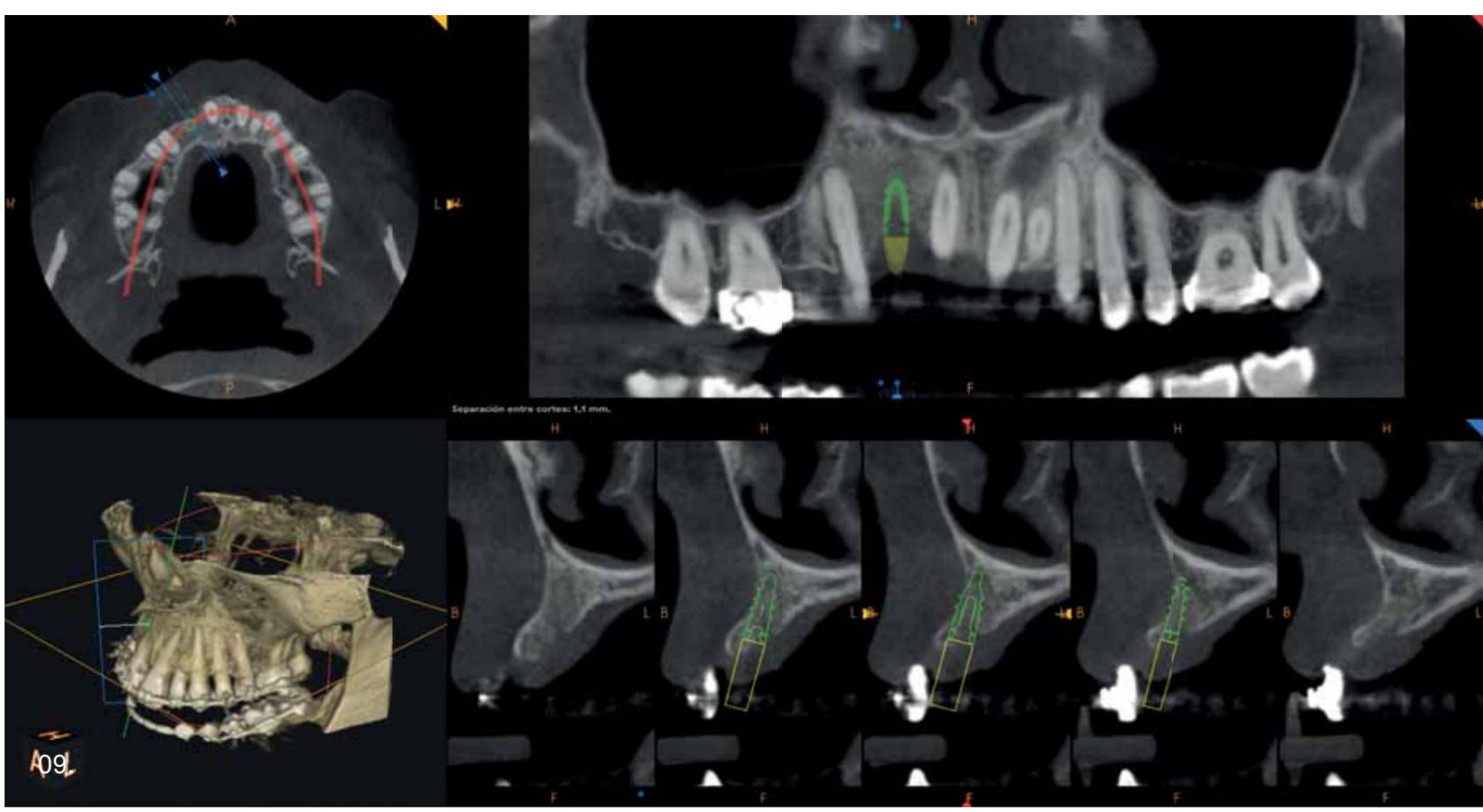
Después de crear el espacio y traccionar del 13 está anquilosado y tenemos que exodonciarlo.



Exodoncia 13.



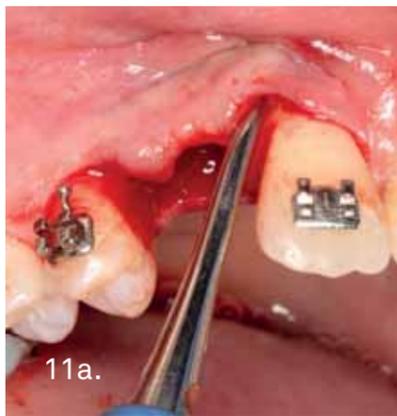
CBCT 3 meses post extracción previo a cirugía implantes en el que vemos el colapso a nivel vestibular y el defecto en crestal.



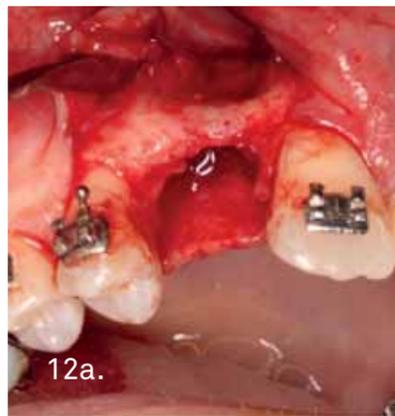
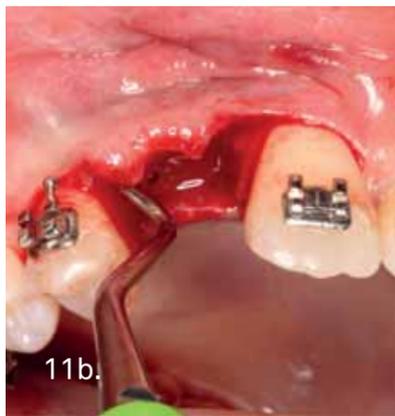
Planificación colocación implante Shelta 3.8x10 guiado protéticamente.



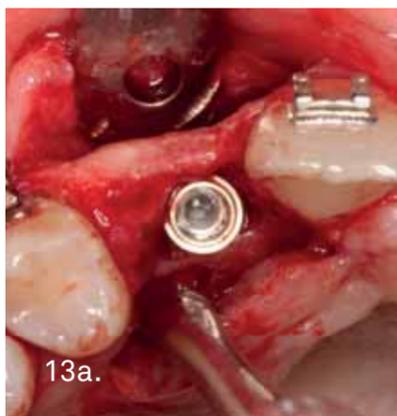
Fotos previas el día de la colocación del implante.



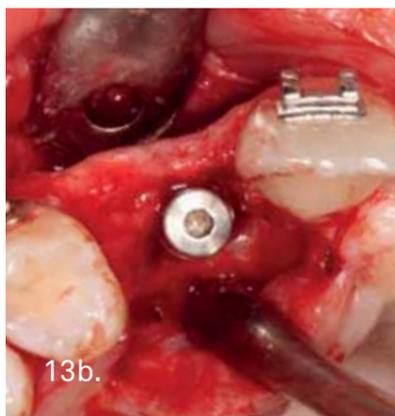
Tunelizamos para hacer nuestra ROG sin descargas.



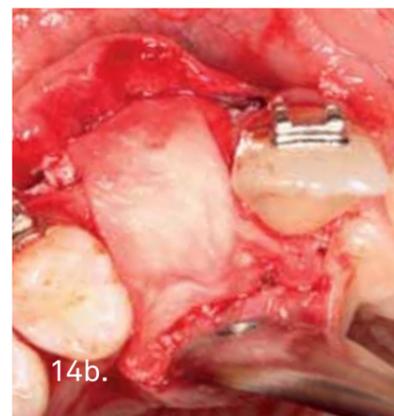
Defecto y fresado para colocación de implante Shelta 3.8x10.



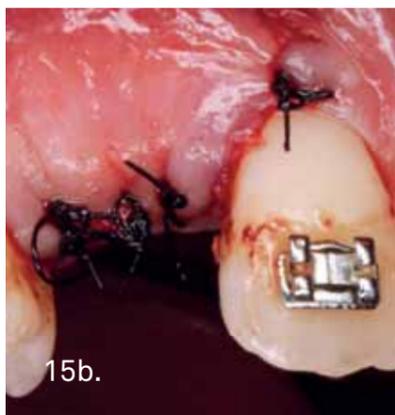
Implante Shelta colocado con pilar de cicatrización recto de 3.3 para hacer cambio de plataforma y mantener el hueso lo más crestal posible con nuestro platform switching.



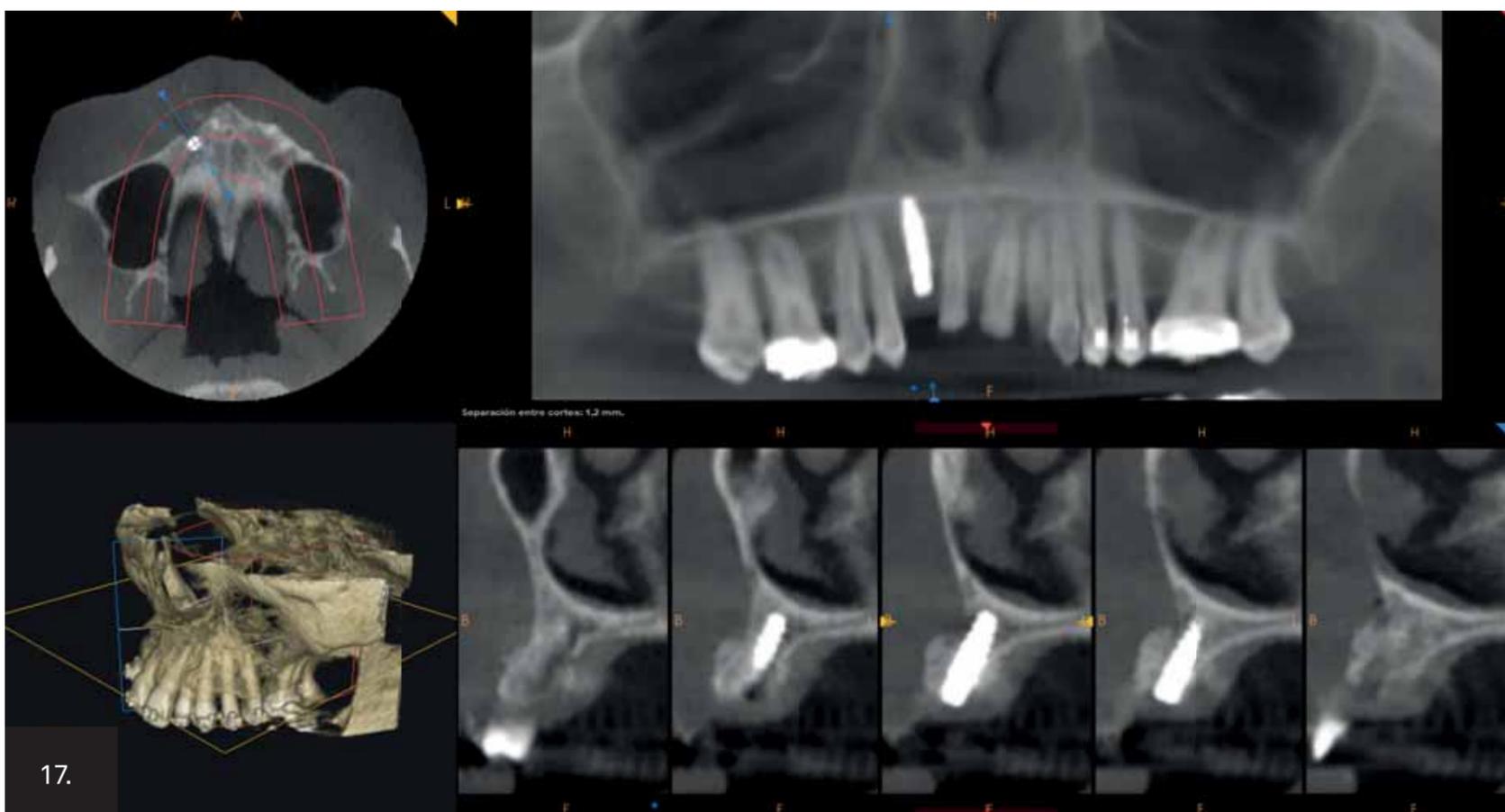
ROG con xenoinjerto y membrana de colágeno de lenta reabsorción.



Sutura: vemos el defecto sobrecorregido.



Rx periapical post cirugía con tapón de cierre enterrado.



CBCT baja radiación post cirugía para ver nuestra ROG y posición tridimensional del implante.



Provisional 12 y moldeamos encía añadiendo composite en el 12 y poco a poco sin hacer segunda cirugía por presión del cangrejo en la zona llegamos al implante moldeando la encía. Hemos realizado composites después de realizar un mock-up para hacer una distribución de los espacios y mejorar la forma de los dientes.



Rx impresiones con transfer de 3.3 en el que apreciamos el cambio de plataforma.

Perfil de emergencia crítico y subcrítico con el cuello pulido para la adhesión de los tejidos.



Fotos frontales y oclusal de la prótesis del 12 recién colocada en boca.



Rx periapical del 12 donde apreciamos cómo hemos mantenido el hueso a nivel crestal haciendo un platform switching en el implante Shelta 3.8 a 3.3.

Sonrisa final.

OXÍGENO-OZONOTERAPIA: VÍDEO PARA SALAS DE ESPERA

El ozono es el bactericida natural más poderoso.

La **oxígeno-ozonoterapia** es un método natural, eficaz, sin dolor e inofensivo para vehicular el oxígeno a través de los tejidos: un tratamiento reconocido por el Ministerio de Sanidad y cuenta con protocolos terapéuticos eficaces y avalados por sociedades científicas.



Hoy puedes ilustrar a tus pacientes sobre los beneficios de los **tratamientos naturales** con oxígeno-ozonoterapia.

Gracias al vídeo que muestra la efectividad y la delicadeza de estos tratamientos, podrás proponerlos por su acción antiinflamatoria, antibacteriana, analgésica, desinfectante e inmunomoduladora con la ayuda de imágenes que transmiten la dulzura y naturalidad de la acción del ozono.

Con la ayuda de imágenes, podrás explicar que la oxígeno-ozonoterapia previene la formación de caries, la aparición de úlceras bucales, inflamación y sangrado de las encías, periodontitis y que también es un método muy apreciado para tratamientos en niños debido a que permite evitar la anestesia.

Escribe a: customerserviceexport@sweden-martina.com para solicitar el vídeo para tu sala de espera.

NUEVO STARTER KIT F22

¡El nuevo Starter Kit F22 contiene los productos indispensables para una mejor utilización del sistema F22!



Todo lo que es necesario para la toma de impresión no digital:

- porta-impresión desechable Small, Medium y Large para arcada superior e inferior, 10 piezas cada uno;
- materiales para impresión Sky Putty Regular y Sky Light Regular;
- 10 cajitas vacías para enviar las impresiones.

Los instrumentos indispensables para hacer el stripping de manera predecible:

- el FitStrip Kit, que comprende las tiras diamantadas abrasivas mono y bilaterales, de distintas granulometrías, para la reducción de los espacios interproximales;
- el medidor para la reducción interproximal, necesario para poder averiguar la real cantidad de stripping realizado.

Instrumentos de comunicación y marketing para la sala de espera:

- folletos, vídeo y póster para la sala de espera.

LA ESTÉTICA EN ORTODONCIA Y PRÓTESIS: UN CASO CLÍNICO



DRA. TERESA OLIVERIO

Se graduó con Honores en Odontología y Prótesis Dental en la Universidad de los Estudios de Ferrara en el 2009. Logró la Especialización con Honores en Ortognatodoncia en la Universidad de los Estudios de Ferrara en el 2013. Prof. a.c. de Ortodoncia para el quinto año del CLOPD de la Universidad de los Estudios de

Ferrara. Contrato de investigación en Ortodoncia en la Universidad de Ferrara. Actualmente ocupa la profesión liberal como exclusivista en Ortodoncia en Emilia Romagna.

Vicepresidente de la Società Italiana Allineatori. En el diciembre 2018 obtuvo el IBOA, Italian Boar of Orthodontic Aligners.

INTRODUCCIÓN

“Cuando se describe la cara de una persona, muy a menudo se suele en realidad describir su sonrisa.

La armonía de la forma dental, el color y la exposición de los elementos contribuyen a hacer la cara atractiva y por consiguiente la persona resulta ser más agradable.

Según muchos estudios tener una bella sonrisa aumenta la autoconfianza y mejora las relaciones sociales. La necesidad de mejorar este aspecto de la propia estética cada vez con mayor frecuencia se manifiesta en la edad adulta, cuando las relaciones sociales fuera de la familia resultan fundamentales para lograr una propia determinación tanto en el ámbito laboral como en el tiempo libre”.

Los alineadores ortodóncicos invisibles, a lo largo de los últimos años, han permitido a un gran número de pacientes resolver de manera eficaz y rápida problemas de maloclusión sin afectar la estética de la cara durante el tratamiento. La planificación predecible del tratamiento y la oportunidad de visualizar mediante setup virtuales el resultado, incluso antes de empezar, reducen al mínimo la posibilidad de malentendido entre el ortodoncista y el paciente, así que se puedan crear todas las condiciones para una terapia colaborativa y satisfactoria.

El caso que proponemos es de una joven mujer de 30 años que desea mejorar su sonrisa. La paciente presenta una cara con rasgos regulares y simétricos.

La exposición dental a la sonrisa pone en evidencia la presencia de diastemas antiestéticos que comprometen la armonía de su cara. En el grupo frontal superior los elementos presentan una forma rectangular, que no es apropiada a la cara de la paciente ni a su carácter amable. Los diastemas los encontramos también en la arcada inferior aunque si de

menor entidad. La historia clínica de la paciente no pone de relieve ninguna forma de deglución atípica, ni de otros malos hábitos que podrían haber creado las condiciones ideales para la presencia de los diastemas entre los elementos dentales.

Se ha programado un tratamiento subdividiéndolo en 2 fases, la primera ortodóncica y la segunda protésica. El caso ha sido tratado en la Escuela de Especialización en Ortodoncia de Ferrara en colaboración con el departamento de odontología y prótesis dental de la misma Universidad. El caso ha sido tratado con alineadores ortodóncicos F22. La teleraudiografía latero-lateral señala que la paciente presenta primera clase esquelética normodivergente con inclinación de los incisivos superiores en el plan palatal de 115° y el valor del ángulo IMPA de 98°. El tratamiento estaba compuesto por 14 ferulas por arcada, o sea 7 meses de cura. La paciente ha llevado cada ferula para 22 horas cada día. Durante esta fase se había programado movimientos de ligera lingualización e intrusión de los incisivos para reducir los espacios, no se había programado su cierre total porque el índice de Bolton anterior de la paciente era de 0.81, esto indicaba una diferencia de proporción entre los elementos de las dos arcadas a favor de la arcada inferior. Al final del tratamiento ortodóncico se ha previsto una fase de remodelación y reconstrucción indirecta de 1.1 2.1, 1.2 y 2.2.

La realización de la segunda fase protésica habría sido inadecuada sin la fase ortodóncica anterior porque llevaría a reconstrucciones de dimensiones mesiodistales excesivas alterando las proporciones dentales ideales.

La duración total del tratamiento ha sido de apenas 8 meses, esto ha aumentado la satisfacción de la paciente, la cual ha solucionado un problema estético que la caracterizaba desde la adolescencia, sin tener que modificar de ninguna manera sus costumbres de higiene dental, alimentación y vida social.

Como en cualquier ámbito sanitario, la colaboración entre los especialistas permite obtener resultados predecibles, satisfactorias y estables en plazos adecuados.

Pre tratamiento



Post tratamiento



Detalle del alineador F22 en boca



OSSIX™ Soluciones regenerativas

Los materiales innovadores para la regeneración de los tejidos

Realizados con la tecnología exclusiva **GLYMATRIX®**, un proceso patentado semejante al reticulado natural del cuerpo humano (glicación) que emplea un agente natural a base de azúcar para el reticulado del colágeno, confiriendo turgencia y sostén a los tejidos. **GLYMATRIX®** es una tecnología innovadora para crear bio-matrices de colágeno. Los resultados son productos biocompatibles, seguros y eficaces.




OSSIX™ Bone
Ossifying Collagen Sponge

Bloque esponjoso para la regeneración guiada de los tejidos duros

- Bloque esponjoso formado por una matriz de colágeno reticulado e hidroxapatita para la regeneración guiada de los tejidos duros.
- La estructura de OSSIX® Bone favorece la vascularización, la proliferación celular y la maduración ósea y **contribuye al proceso de osificación.**
- Fácil de usar.
- No hay gránulos que emigran.



OSSIX™ Volumax
Volumizing, Ossifying Collagen Scaffold

Scaffold de colágeno reticulado estudiado para recuperar la pérdida de volumen en los procedimientos de GBR y GTR

¡OSSIX VOLUMAX ES UN PRODUCTO ÚNICO!

- Un scaffold de colágeno reticulado con la tecnología **GLYMATRIX®** ideado para resolver muchos problemas en los procedimientos de cirugía regenerativa e implantaria.
- Aumento de volumen en los procedimientos de regeneración ósea lateral y vertical, preservación del alvéolo post-extracción.
- Crea un aumento de los tejidos blandos peri-implantarios, pontic, cobertura de implantes.
- **Mantiene su efecto barrera durante 6 meses** para luego integrarse de manera gradual en los tejidos adyacentes, fomentando la reparación de los defectos.
- En contacto con el hueso OSSIX® Volumax demuestra una **capacidad única de mineralización que se transforma en osificación.**



OSSIX™ Plus
Ossifying Collagen Barrier Membrane

Membrana de colágeno reticulado para la regeneración guiada de los tejidos duros (GBR)

- Fibras de colágeno reticuladas, obtenidas con la tecnología patentada exclusiva **GLYMATRIX®**.
- **Efecto barrera garantizado durante 4-6 meses.**
- Resistencia a la degradación si expuesta durante 3-5 semanas.
- Fácil de manejar, se adapta a la forma del defecto que se debe tratar.
- **Contribuye a una osificación rápida.**
- Utilizada en todo el mundo durante más de 17 años recogiendo más de 350.000 casos clínicos y más de 50 publicaciones.

datudental



SWEDEN & MARTINA DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO PARA ESPAÑA Y PORTUGAL



RAYSTYLUS

EL LÁSER DE DIODOS INALÁMBRICO

El láser de diodo, es un método menos invasivo respecto a las técnicas tradicionales en los tratamientos odontológicos, permitiendo una menor destrucción de los tejidos y menor sangrado por efecto de la hemostasia. El láser tiene un **alto poder antibacteriano y anti-inflamatorio**, requiere un **menor número de sesiones** y **menor duración** en la mayor parte de las aplicaciones.

La **extrema tolerancia** del tratamiento en las aplicaciones odontológicas permite evitar el uso de la anestesia en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas. Esto asegura una mejor relación con el paciente, especialmente con el paciente que sufre de odontofobia y con los niños.

Raystylus es un láser inalámbrico específico para tratamientos odontológicos rápidos, fáciles y seguros.



Con una longitud de onda de 810 nm y una potencia de 0.1 W a 2 W, funciona con fibras puntales desachables, esterilizables en autoclave antes del uso, de 200 micron, 300 micron y opcionales 400 micron. Además tiene un puntal especial para el blanqueamiento.



7 los tratamientos pre-establecidos, fáciles de elegir en el cómodo display:

Los campos de aplicación son:

- Descontaminación de las bolsas periodontales y periimplantarias
- Cirugía pequeña (frenectomía, aftas, herpes)
- Terapia fotodinámica/fototérmica (PDT/PTT)
- Blanqueamiento dental
- Tratamiento de cuellos sensibles
- Fotobioestimulación

CALENDARIO CURSOS

IMPLANTOLOGÍA	FECHA	COORDINADOR	TÍTULO	LUGAR	CÓDIGO
	07-08/06/2019	LOI, PRADÍES	CURSO TEÓRICO PRÁCTICO DE B.O.PT SOBRE DIENTES E IMPLANTES	MADRID	DASL428
	11/06/2019	RAMÓN	STUDYCLASS GRUPO PERIOCENTRUM 3/4	MADRID	DASL455
	15/06/2019	DI DOMENICO	CURSO TEÓRICO PRAMA	GIJÓN	DASL456
	21-22/06/2019	URSUA, BERRAZUETA	CURSO BÁSICO CIRUGÍA Y IMPLANTOLOGÍA ORAL 2/2	GETXO	DASL409
	11/07/2019	RAMÓN	STUDYCLASS GRUPO PERIOCENTRUM 4/4	MADRID	DASL455
	11-13/07/2019	VELA, RODRÍGUEZ, PÉREZ	CURSO TP TÉCNICA B.O.PT. SOBRE DIENTES E IMPLANTES (LIVE SURGERY) PARA CLÍNICOS Y PROTÉSICOS	BARCELONA	DASL408
	26-28/09/2019	VELA, RODRÍGUEZ, PÉREZ	CURSO TP TÉCNICA B.O.PT. SOBRE DIENTES E IMPLANTES (LIVE SURGERY) PARA CLÍNICOS Y PROTÉSICOS	BARCELONA	en definición
	10-12/10/2019	LOI, ZUCHELLI, VELA, RODRÍGUEZ, PÉREZ	SEPES CONGRESO + IFED	BARCELONA	ESEVE2019002
	24-26/10/2019	VELA, RODRÍGUEZ, PÉREZ	CURSO TP TÉCNICA B.O.PT. SOBRE DIENTES E IMPLANTES (LIVE SURGERY) PARA CLÍNICOS Y PROTÉSICOS	BARCELONA	en definición
	07-09/11/2019	VELA, RODRÍGUEZ, PÉREZ	CURSO TP TÉCNICA B.O.PT. SOBRE DIENTES E IMPLANTES (LIVE SURGERY) PARA CLÍNICOS Y PROTÉSICOS	BARCELONA	en definición

LÁSER	FECHA	COORDINADOR	TÍTULO	LUGAR	CÓDIGO
	07/06/2019	GÓMEZ	APLICACIÓN DE LÁSER DE DIODO Y OZONO EN ODONTOLOGÍA	MÁLAGA	DASL457G
	07/06/2019	GÓMEZ	APLICACIÓN DE LÁSER DE DIODO Y OZONO EN ODONTOLOGÍA	MÁLAGA	ESLASE2019001

ORTODONCIA	FECHA	COORDINADOR	TÍTULO	LUGAR	CÓDIGO
	24/05/2019	SALOMONE	F22 CURSO TEÓRICO	BARCELONA	DASL450

CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN GRATUITA A NUMERIUNO ESSE&EMME REVISTA DE NOTICIAS

ENVIA ESTE CUPÓN A: 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 Y APELLIDO COMPLETO*
 DIRECCIÓN *
 CIUDAD* C.P.*
 EMAIL* @
 TELÉFONO.....
 CIF (CLÍNICA) NIF (PERSONA FÍSICA)
 FIGURA PROFESIONAL*:
 CIRUJANO DIRECTOR SANITARIO GERENTE
 ASISTENTE HIGENISTA OTROS
 USTED ES YA CLIENTE SWEDEN & MARTINA SI NO
 CÓDIGO CLIENTE.....
 RAZÓN SOCIAL CLIENTE.....

¿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)

FIRMA*

* Sin rellenar los campos obligatorios la revista no se podrá enviar.

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.



PREMIUM DAY | SPECIAL PALMA

Palau de Congressos de Palma



MODERADORES

Nacho Rodríguez | Francisco Vijande

PONENTES

Ignazio Loi | Xavier Rodríguez Ciurana | Xavier Vela Nebot | Giovanni Zucchelli

06.07.2019
PALMA
DE MALLORCA
09:00 - 14:30


sweden & martina

