

NUMERI UNO



Dr. Ignazio Loi
Rehabilitación
implantoprotésica de
un puente distal con
implantes Prama



Novedad del mercado
Implante Prama



Dr. Luigi Paolo Sandri
Uso clínico
de los nuevos
implantes Prama:
rehabilitación sobre
un sólo implante



Dr. Miguel Ángel Martín Anciburo
Rehabilitación
unitaria
implantosoportada
utilizando la
técnica B.O.P.T.

Será por segunda vez el maravilloso Palazzo della Ragione, la antigua sede de los tribunales ciudadanos, el marco del principal evento científico patrocinado por Sweden & Martina en 2015 en Padua.

En la gran sala decorada por un magnífico ciclo de más de 500 frescos, los tres días de intercambio cultural e investigación científica en implantología disfrutarán de un contexto realmente impresionante.



Novedad del mercado
Magnetic Mallet
Nuevos instrumentos



Dra. E. Requena Gómez, Dra. N. Cervantes Haro, Dr. J.M. Aragonese Lamas
¿Es la cirugía guiada
junto a la carga
inmediata una
técnica predecible?
A propósito de un
caso clínico

Photo: Roberto Sanna

13th Day
Premium International Congress on Implant Prosthodontics
11-13 Junio 2015
Palazzo della Ragione, Padua, Italia

13th Day
Premium Day International Congress on Implant Prosthodontics
11-13 Junio 2015
 Palazzo della Ragione, Padua, Italia

Talleres pre-congresuales

Jueves 11 de junio 2015

- 08.30 Entrega de documentación
 Moderador **Vittorio Ferri**
- 09.00 - 13.00 Taller pre-congresual
 Implant supported restorations in the current social and economic context: communication - simplification - mini-invasivity
Gioacchino Cannizzaro, Paolo Viola
- 14.00 Entrega de documentación
- Talleres pre-congresuales
- 14.30 - 17.30 **1. Luigi Canullo**
 Prevention and treatment of infective peri-implant complications
- 14.30 - 17.30 **2. Marco Csonka**
 Surgical treatment of thin ridges: split crest with Magnetic Mallet or horizontal GBR with titanium meshes? Indications, limits and clinical results of the two different techniques
- 14.30 - 17.30 **3. Mauro Fadda**
 How we get excellence in implant or tooth supported prosthetic structures: a minimally invasive approach
- 14.30 - 17.30 **4. Giuseppe Pellitteri**
 M.I.S.E. Minimally invasive transcrestal sinus elevation technique

Programa científico para odontólogos

Viernes 12 de junio 2015

- Moderador **Roberto Weinstein**
- 09.30 **Alberto Fonzar**
 Teeth and implants in the rehabilitation of patients affected by periodontal disease: a critical review
- 10.10 **Pierpaolo Cortellini**
 Periodontal regeneration procedures: how to modify prognosis of severely compromised teeth
- 10.50 **Stefano Parma Benfenati**
 Perimplantitis: surgical solutions
- Moderador **Leonello Biscaro**
- 12.00 **Gaetano Calesini**
 Mimetic integration in implant supported rehabilitations, from project to fulfilment
- 12.40 **Guido Fichera**
 Prosthetic abutment restoration: a multidisciplinary approach and treatment strategies
- Moderador **Paolo Pera**
- 14.30 **Domenico Baldi**
 Minimally invasive implant surgery
- 15.10 **Ugo Covani**
 Immediate loading: biological implications and clinical rationale
- 15.50 **Enrico Gherlone, Maria Gabriella Grusovin**
 Prosthetic restorations supported by tilted implants. Clinical viability and scientific evidence
- 16.30 **Rodolfo Gianserra**
 Premiazione 3° Premio Roberto Cornolini
- 16.40 **Roberto Abundo**
 Gingival recessions around natural teeth and implants: do the same surgical procedures achieve the same clinical results?
- 17.20 **Massimo Frosecchi**
 Sinus elevation and alternative procedures in the treatment of maxillary lateral-posterior cone atrophy

Sábado 13 de junio 2015

- Moderador **Francesco Vedove**
- 09.00 **Angelo Sisti**
 Computer aided surgery: role, advantages and limits 20 years after its introduction
- 09.40 **Massimo Buda**
 Integral digital workflow in computer assisted implantology
- 10.20 **Ignazio Loi**
 From B.O.P.T. technique to Prama implants
- Moderador **Antonio Barone**
- 11.30 **Gioacchino Cannizzaro**
 Let us simplify implantology
- 12.10 **Davide Mirabella**
 Congenitally missing maxillary lateral incisors: clinical considerations and orthodontic strategies
- 12.50 **Mauro Fadda**
 Programming aesthetics in interdisciplinary treatments

Sweden & Martina siempre más internacional

Estudio e investigación, pasión y determinación: con estos ingredientes fundamentales todos los colaboradores de Sweden & Martina trabajan todos los días para garantizar la expansión y el crecimiento cualitativo de la empresa. Es precisamente gracias a este serio y científico trabajo de equipo que en poco tiempo llegamos a obtener prestigiosas certificaciones de las autoridades competentes de 27 países; la reciente aprobación por parte de la FDA americana para los sistemas Premium, Premium TG, Shelta y Global es una ulterior confirmación del rigor y de la seriedad de nuestra producción, por otra parte ya avalados por las certificaciones ISO para el sistema de gestión de la calidad.

Con el inicio de la comercialización en EE.UU. y numerosos vendedores capacitados para proponer nuestros implantes, estamos listos para poner en marcha las actividades de ventas en el mercado estadounidense, objetivo para el que la empresa se está comprometiendo desde hace mucho tiempo. No sólo, además estamos trabajando para obtener dentro de 2015 la certificación en 7 mercados más, para continuar con siempre mayor determinación nuestra expansión internacional.



ALABAMA ALASKA ARIZONA ARKANSAS CALIFORNIA COLORADO
CONNECTICUT DELAWARE FLORIDA GEORGIA HAWAII IDAHO
ILLINOIS INDIANA IOWA KANSAS KENTUCKY LOUISIANA
MAINE MARYLAND MASSACHUSETTS MICHIGAN MINNESOTA
MISSISSIPPI MISSOURI MONTANA NEBRASKA NEVADA
NEW HAMPSHIRE NEW JERSEY NEW MEXICO NEW YORK
NORTH CAROLINA NORTH DAKOTA OHIO OKLAHOMA OREGON
PENNSYLVANIA RHODE ISLAND SOUTH CAROLINA SOUTH DAKOTA
TENNESSEE TEXAS UTAH VERMONT VIRGINIA WASHINGTON
WEST VIRGINIA WISCONSIN WYOMING **SWEDEN&MARTINA.**

4

Rehabilitación implantoprotésica de un puente distal con implantes Prama

Dr. Ignazio Loi



*Licenciado en Medicina y Cirugía, y especializado en Odontología y Prótesis Dental en la Universidad de Cagliari.
Socio activo de la "Accademia Italiana di Odontoiatria Protésica".
Práctica privada en Cagliari.*

Paciente varón, 68 años, acude a la clínica con edentilismo a nivel de los elementos 4 y 5 superiores.



Después de realizar un colgajo de espesor total, se procede con la preparación del sito y sucesivamente se insertan dos implantes Prama.



Se colocan dos transmucosas de cicatrización y sucesivamente se sutura el colgajo.



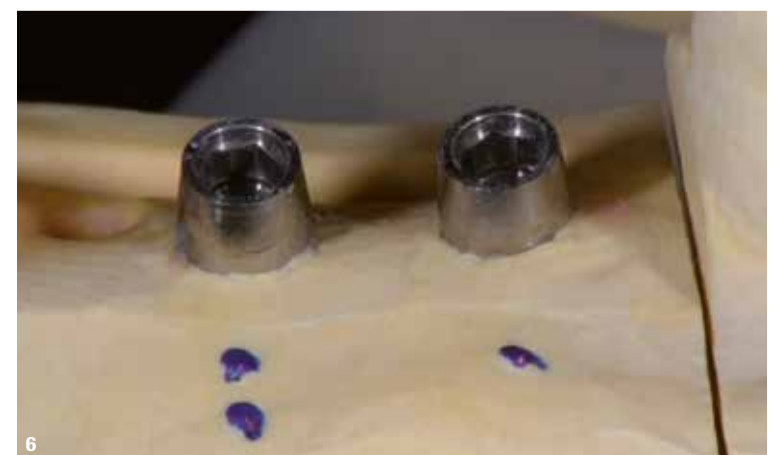
Visión frontal de los tejidos cicatrizados: cabe destacar el espesor y la estética de las encías.



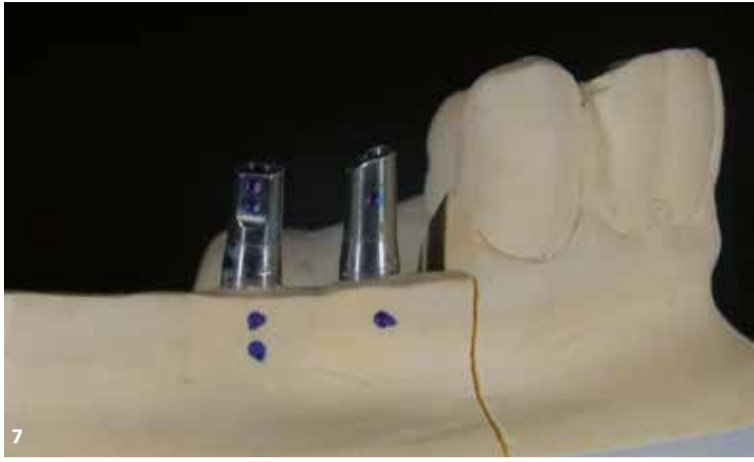
Toma de impresión utilizando los transfer Prama apropiados.



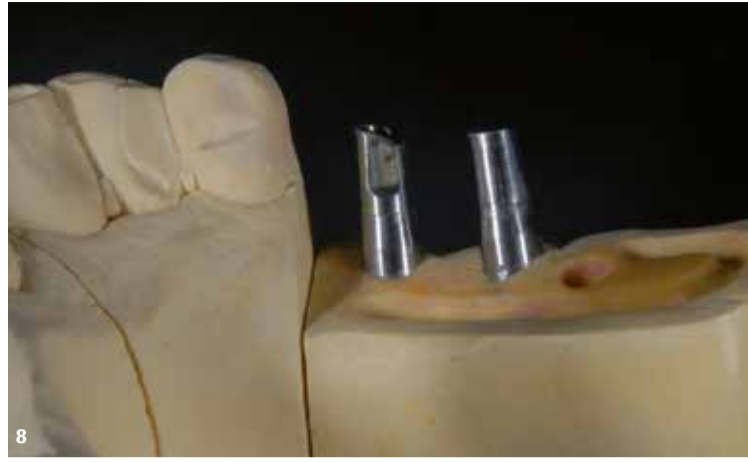
Detalle de los transfer retenidos dentro de la impresión.



Detalle de los análogos de los implantes en el modelo, con la perfecta reproducción de la conexión del implante.



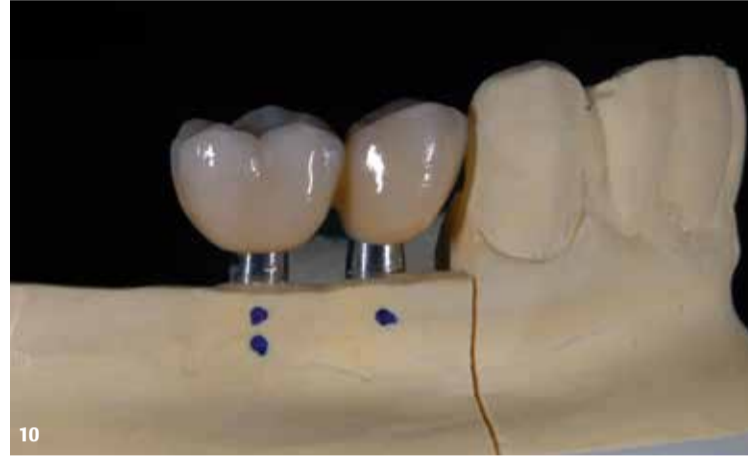
Colocación de los pilares Prama en el modelo: visión vestibular



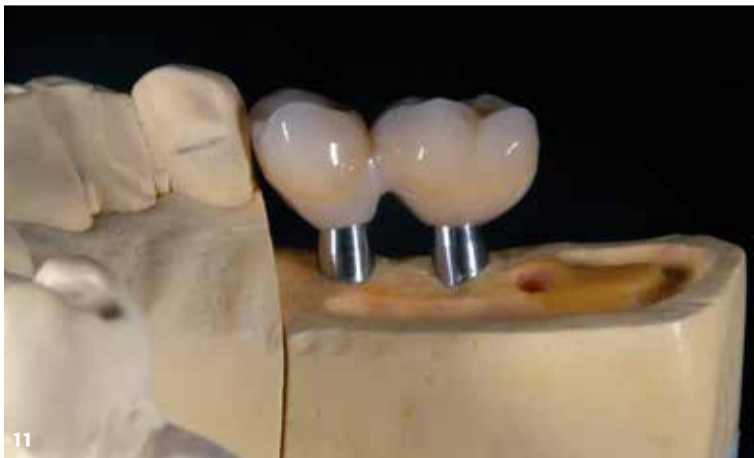
Colocación de los pilares Prama en el modelo: visión bucal



Reconstrucción del margen gingival en el modelo.



Realización de la estructura protésica en el modelo: visión vestibular.



Realización de la estructura protésica en el modelo: visión bucal.



Visión intraoral de los pilares Prama: cabe destacar el perfecto nivel de maduración y de salud de los tejidos blandos.



Visión frontal de los pilares Prama en la boca.



Visión frontal inmediatamente después de la colocación de la prótesis en la boca.



Seguimiento a 1 mes.



Seguimiento a 1 mes.

Caso clínico realizado
con implantes
PRAMA

Implantes Prama

Desarrollados en colaboración con el dr. Ignazio Loi

El sistema implantológico Prama ha sido desarrollado en colaboración con el dr. Ignazio Loi transfiriendo los conceptos de la técnica B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique) de la prótesis sobre dientes naturales a la prótesis sobre implantes.

PRAMARF

Morfología endo-ósea Root Form para la máxima estabilidad en hueso poco mineralizado

Espira con espesor progresivo para una mayor estabilidad primaria

Ápice con diseño atraumático para procedimientos de elevación del seno maxilar, o en proximidad de estructuras anatómicas delicadas

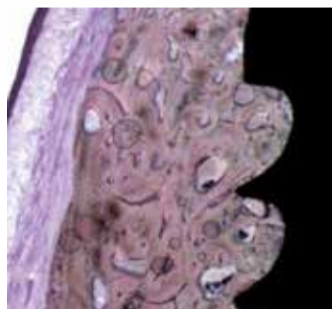


PRAMA

Morfología endo-ósea documentada por 17 años de literatura e historia clínica

Espiras asimétricas elevada capacidad de penetración en todos los tipos de hueso

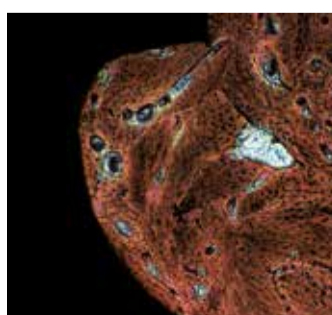
Ápice diseño cónico autorroscante con marcas para la antirrotacionalidad



Superficie

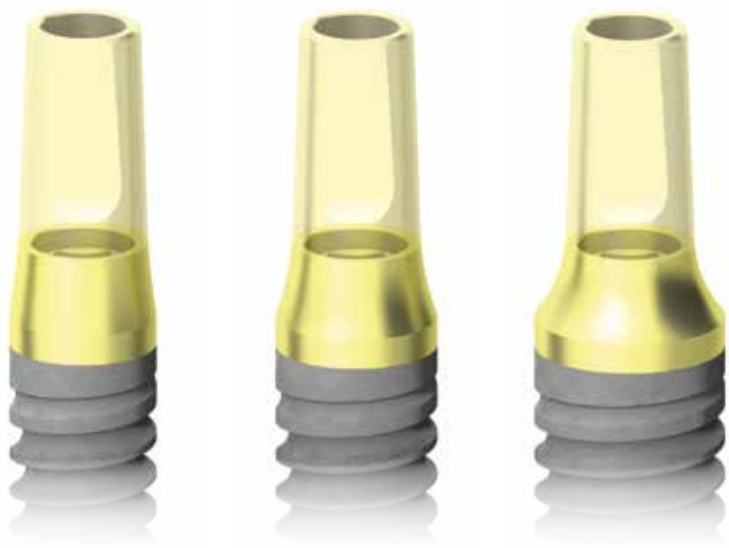
Los implantes Prama y Prama RF se encuentran disponibles con superficie **ZirTi Gold Machined**, caracterizada por un cuello transmucoso maquinado y sometido a un particular proceso de pasivación controlada que le da un color amarillo dorado, y por el cuerpo endo-óseo del implante tratado con chorreado de óxido de zirconio y grabado con ácidos minerales.

Solamente los implantes Prama están disponibles también en superficie totalmente maquinada



Para más informaciones:





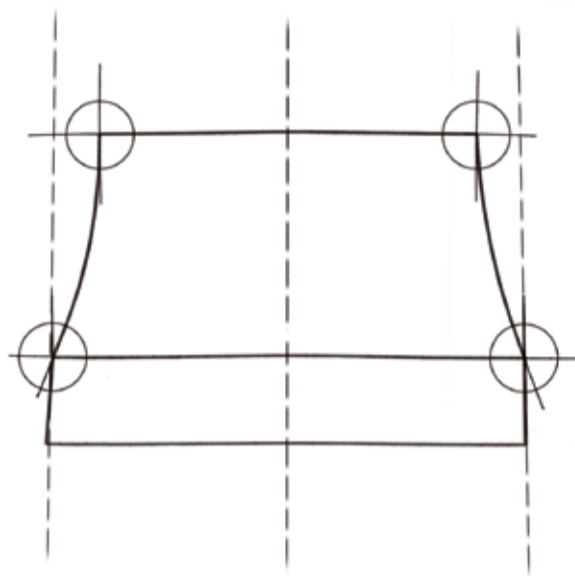
3 diámetros, 1 única conexión

El implante Prama está disponible en los diámetros endo-óseos **3,80 mm; 4,25 mm y 5,00 mm**; el diámetro de conexión es siempre 3,40 mm: de esta manera **la gestión de los componentes protésicos resulta simplificada y optimizada**.

La curva hiperbólica del cuello tiene dimensiones diferentes según los diámetros implantares, permitiendo llegar siempre a un diámetro de conexión de 3,40 mm.

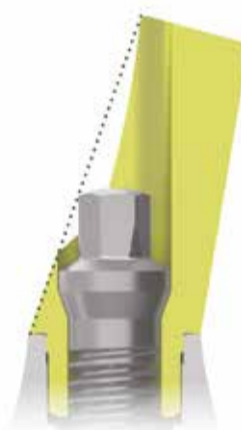
Cuello con geometría hiperbólica

El cuello transmucoso Prama se caracteriza por una **porción cilíndrica de 0,8 mm** y por una **porción hiperbólica alta 2,00 mm** creada ad hoc para garantizar una verdadera continuidad del perfil con el pilar. Esta ausencia de discontinuidad permite a las mucosas adherir al titanio sin encontrar obstáculos y de conseguir el perfil de adaptación establecido por el protésico. El cuello Prama se caracteriza además por tener **conexión COLLEX y sellado CONTRACONE**, ya presente en todas las demás sistemáticas implantológicas Sweden & Martina. Este sellado periférico limita el infiltrado bacteriano preservando así los tejidos periimplantarios de posibles inflamaciones.



Tornillo protésico con tecnología Full Head

Los tornillos protésicos dedicados a los pilares preformados rectos y angulados Prama se caracterizan por tener **tecnología Full Head**: la cabeza del tornillo, de hecho, está maciza y presenta un volumen total de dimensiones reducidas con respecto de una correspondiente vite protésica estándar. La cabeza del tornillo presenta un apoyo cónico que mejora el cierre protésico sin impedir la posible remoción. El kit quirúrgico Prama incluye también los atornilladores dedicados a los tornillos con tecnología Full Head.



Pilares preformados para protocolo cementado con técnica B.O.P.T.

Los pilares preformados Prama rectos y angulados han sido diseñados conjuntamente con los tornillos protésicos con tecnología Full Head. Estos pilares han sido diseñados específicamente para **garantizar la continuidad con el cuello transmucoso con geometría hiperbólica Prama**. Para mayores detalles sobre el uso de los pilares consulten el manual protésico Prama.



Uso clínico de los nuevos implantes Prama: rehabilitación sobre un sólo implante

Dr. Luigi Paolo Sandri



*Diplomado técnico dental en 1984.
Licenciado en Odontología en la Universidad de Padua en 1990. Frecuencia en el O.C. Vicenza, división maxilofacial de 1988 a 1993 dirigida por el Prof. Curioni. Frecuencia clínica del Dr. Ferronto hasta 1995. Curso de reciclaje en Implantología oral y maxilofacial en la Universidad de Padua en 1997. Frecuencia en numerosas formaciones en la Universidad de Philadelphia (Penn University).
Frecuencia en cursos de Cirugía implantológica e Implantoprotésis con ponentes el Dr. Giovanni B. Bruschi y el Dr. Agostino Scipioni.
Consejero regional y ponente de la Associazione Nazionale Dentisti Italiani.
Práctica la implantología desde el 1992.
Colabora con varias Clínicas Odontológicas para la Cirugía Implantológica y Periodontal.
Práctica privada en Alte di Montecchio Maggiore (VI).*

Introducción

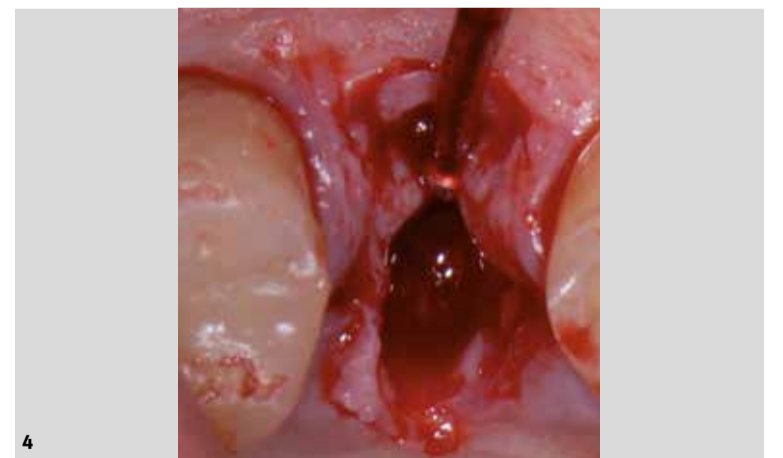
La evolución de los implantes en la odontología es siempre en continuo desarrollo con el objetivo de mejorar los resultados finales de los planes de tratamiento. Tanto en la carga inmediata como en la diferida la gestión de los tejidos blandos puede ser muy delicada y difícil, especialmente cuando los perfiles óseos después del remodelado fisiológico ya no tienen la posibilidad de sostener los tejidos blandos. La posibilidad de acercarse a las técnicas implantarias basadas en los conceptos de la técnica B.O.P.T. puede simplificar y dar resultados increíbles. Por lo tanto, la capacidad de gestionar la curación de los tejidos blandos gracias a una geometría particular del implante y el enfoque B.O.P.T. del provisional ofrece hoy una alternativa clínicamente excelente para simplificar y mejorar la gestión de los tejidos blandos periimplantarios.



El paciente acude a la clínica con fractura coronal del elemento 14 y pérdida de la corona pre-existente. En las fotos: visión lateral y oclusal.



Radiológicamente, además que clínicamente, está presente la raíz del elemento dental en cuestión (14) con imposibilidad de ser recuperado. Está bien visible la rehabilitación implantoprotésica en posición 16.



Se opta por extraerlo y realizar una carga inmediata con técnica flapless. Con la extracción se creó el sitio para la inserción del implante con técnica bimanual para un mejor control de la fresa.



Se coloca el biomaterial (hidroxiapatita enriquecida con magnesio) con protección del sitio por medio de un poste de paralelismo.



Se inserta el implante Prama de diámetro 3,80 mm y altura 11,50 mm. Durante la inserción del implante el biomaterial se ha compactado aún más manteniendo los volúmenes del sitio de extracción.



Se coloca el pilar provisional.



Se pone la corona provisional sin oclusión. La cicatrización guiada de los tejidos blandos con técnica BOPT permite la gestión estético-funcional de los tejidos.



Cicatrización a los 3 meses, el provisional ha sido modificado para permitir a los tejidos blandos ocupar los espacios interproximales.



Visión oclusal: cabe destacar el estado de salud y de maduración de los tejidos blandos.



Se coloca el pilar definitivo en titanio.



Se prueba la subestructura en zirconio, averiguando la precisión de ambos componentes, y se procede a la finalización de la corona.

10



Detalle de las fases de laboratorio: la parte coloreada de rojo por el técnico dental es la reproducción del cuello maquinado del implante, la parte gris es el pilar. Cabe destacar cómo la interfaz entre implante y pilar se queda cerrada dentro de la corona en zirconio.



Detalle de las fases de laboratorio: coronas finalizadas con simulación de la encía.



Finalización de la corona zirconio cerámica. Cabe destacar cómo el perfil B.O.P.T. sostiene y da un perfil ideal a los tejidos blandos.



Control radiológico de la cementación.



Visión frontal del caso acabado: cabe destacar una blanda isquemia generada por la morfología de la corona, que hará que los tejidos blandos llenen los espacios destinados a las papilas.



Seguimiento a las 2 semanas: cabe destacar cómo ya no haya señales de isquemia de los tejidos blandos, que ya empezaron a conformarse alrededor de la prótesis.



Seguimiento a los 8 meses: cabe destacar la regeneración de los tejidos y de las papilas alrededor de la corona protésica.

Bibliografía

- Paoloantonio M., Scarano A., d'Archivio D., Placido G., Tumini V., et al.; *Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man.* J Periodontal. 2001;72:1560-71
- Loi I., Scutella F., Galli F.; *Tecnica di preparazione orientata biologicamente (B.O.P.T.). Un nuovo approccio nella preparazione protesica in odontostomatologia.* Quintessenza International 2008;5 (24):69-75
- Loi I.; *Protesi su denti naturali nei settori estetici: descrizione tecnica B.O.P.T.*; Dental Cadmos 2008;76(10):51-59
- Corrente G., Abundo R., Cardaropoli D., Cardaropoli G., Martuscelli G.; *Long-term evaluation of osteointegrated implants in regenerated and non regenerated bone.* Int J Periodontics Restorative Dent 2000;20:390-397

Rehabilitación unitaria implantosoportada utilizando la técnica B.O.P.T.

Paso a paso: extracción, regeneración y restauración protésica

Dr. Miguel Ángel Martín Anciburo



*Cirujano Dentista por la Universidad San Martín de Porres USMP.
Licenciado en Odontología por la Universidad Internacional de Catalunya UIC.
Diploma de estudios Avanzados (DEA) Área de prótesis, prótesis sobre implantes y Biomateriales por la Universidad Internacional de Catalunya UIC.
Diploma de postgrado en Rehabilitación Oral, Oclusión y ATM, por la Universidad San Martín de Porres USMP.
Diploma de postgrado en Rehabilitación Oral y Oclusión, Profesor Dr. Juan Berastain García.
Postgraduado diploma, Residencia Clínica en Prótesis Bucal, por la Universidad Internacional de Catalunya UIC.
Director médico Clínica Blanccidental Rehabilitació Oral - Granollers - BCN.*

Introducción

En las últimas décadas la odontología se ha enfocado en preservar al máximo la estructura dental y seguir protocolos rehabilitadores mínimamente invasivos basados en la adhesión. Los implantes dentales, hoy por hoy, son la opción ideal de tratamiento cuando nuestros pacientes necesitan reponer de una manera fija una o más piezas dentales perdidas. También en aquellas piezas con mal pronóstico afectadas por enfermedad periodontal agresiva, cuando existe evidencia de fracturas radiculares, reabsorciones internas y/o externas radiculares que por su extensión no pueden ser tratadas y en aquellas piezas que claramente no son restaurables.

Para garantizar la supervivencia de los implantes osteointegrados a largo plazo y en buenas condiciones, primero se necesita tener una estructura ósea con volumen adecuado que garantice el posicionamiento ideal tridimensional del implante; a su vez esta estructura ósea le debe proveer estabilidad primaria que será el requisito primordial a la hora de su inserción en el hueso para lograr el consecuente implante oseointegrado. Además, es ideal proveer un mínimo de 2 mm de hueso en todo el perímetro alrededor del implante para asegurar la estabilidad de los tejidos duros a largo plazo.

En ese sentido, si encontramos algún defecto en las paredes óseas del alveolo post extracción o cresta alveolar que pueda comprometer la colocación e integración ideal del implante, la regeneración ósea guiada (ROG) conjuntamente con el uso de una membrana que tiene por función hacer de barrera y evitar la proliferación de células de tejido blando no osteogénicas, es un método previsible y una técnica actualmente utilizada por muchos clínicos para reconstruir, aumentar y estimular la nueva formación de hueso.

Otro factor igual de importante para garantizar la supervivencia de los implantes es el tejido blando y su estabilidad alrededor de los mismos. Este es un punto crucial para conseguir una restauración implantosoportada funcional, estética y predecible a lo largo de los años. Muchas veces debemos recurrir a injertos de tejido conectivo subepitelial preferentemente de la tuberosidad que tienen la particularidad de tener mayor contenido de fibras colágenas para aumentar, corregir y mejorar el volumen o cantidad de los tejidos blandos, engrosar biotipos gingivales finos con tendencia a la retracción gingival y por último compensar la reabsorción fisiológica a la extracción en el caso de implantes inmediatos o tempranos.

En ese sentido, un diseño de cambio de plataforma protésica de los implantes dentales, junto con un protocolo rehabilitador que consiga mantener los tejidos periimplantarios estables y lo más gruesos posibles a nivel de la conexión implantoprotésica, parece ser actualmente la mejor y más predecible elección rehabilitadora.

El uso de un pilar mecanizado garantiza un ajuste marginal óptimo y junto a una conexión interna actuará como un solo cuerpo o elemento, distribuyendo las fuerzas al implante y este al hueso de una manera más progresiva y menos traumática. El hecho de que este pilar protésico sea cónico, sin hombros, con una zona de acabado sin márgenes (marginless) ayuda a las fibras colágenas y circulares del tejido conectivo que se encuentran en el ancho biológico apoyadas sobre la plataforma modificada protésica a mantenerse estables y, sobre todo, gruesas en mayor cantidad alrededor de los pilares. La corona protésica permite el desarrollo de perfiles de adaptación de la prótesis en la denominada B.O.P.T. (técnica de preparación biológicamente orientada). Todo este conjunto implante-pilar-tejido-corona protésica en armonía ayuda a la preservación de la cresta ósea.

Básicamente existen 2 formas clásicas de rehabilitar implantes con prótesis fija: Cementando la prótesis a través de un pilar que va fijado al implante o, atornillando la prótesis directamente al implante. Para esta técnica (B.O.P.T.) la opción es cementando sobre un pilar y que, preferentemente, sea mecanizado para garantizar un ajuste óptimo.

Es de vital importancia realizar la menor manipulación posible en la interfase implantoprotésica como, por ejemplo, al conectar y desconectar los pilares de cicatrización y/o aditamentos protésicos. La preferencia en esta técnica es colocar el pilar en un solo tiempo, debido a que cada vez que conectamos y desconectamos los aditamentos protésicos estamos produciendo la rotura o desgarro de los hemidesmosomas, lo cual evidencia sangrado del tejido. Este sangrado se traduce en inflamación del tejido blando y este, a su vez, repercute en pérdida ósea a nivel de la cresta ósea. Cuanto menos manipulemos los tejidos será mejor para el mantenimiento periimplantario.

Este caso de dos años de seguimiento (desde la colocación de la PFU implantosoportada) utilizando un implante Premium SP de 5 mm conexión interna de la casa Sweden & Martina, muestra al clínico los pasos que se siguieron desde la extracción, pasando por la regeneración ósea, para finalizar con un protocolo de rehabilitación propuesto con la técnica B.O.P.T. que propone el Dr. Ignazio Loi (Cagliari - Italia).

12

Caso clínico

Paciente mujer de 32 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, fumadora de entre 10 a 12 cigarrillos diarios, acude de urgencia a nuestra clínica, con una molestia a nivel de la pieza 4.6, refiriendo "siento un bulto hace varios días y tengo mal sabor de boca".

Al examen clínico se aprecia una fístula activa (Fig. 1) en la zona de la pieza 4.6. Al sondaje periodontal presenta valores aumentados tanto en distal como en mesial de entre 10 y 12mm con movilidad dental aumentada. Dicha pieza (4.6) está restaurada con una prótesis fija unitaria (PFU) metal cerámica.



Fístula vestibular.

Al examen radiográfico (Fig. 2) la pieza 4.6 presenta imágenes compatibles con tratamiento de conductos que no cumple con los criterios de éxito, un poste intrarradicular en la raíz distal, pérdida de altura del hueso alveolar reducida a nivel de la raíz en cuestión, lesión en la furca dental y lesión en forma de "J" de la raíz mesial.



Rx inicial.

El pronóstico es desfavorable al retratamiento endodóntico y nada alentador: se presume una fractura vertical, con lo que se decide extraer. Previo a la cirugía, el mismo día de la urgencia, se pauta tratamiento antibiótico con Augmentine 500 mg, 1 comprimido cada 8 horas durante 10 días (Augmentine; GlaxoSmithKline, Madrid, España). Se decide extraer la pieza al quinto día de manera atraumática mediante odontosección y realizar un colgajo amplio mucoperióstico a espesor total con una descarga vertical en distal a nivel del canino 4.3 (Fig. 3a, 3b) para visualizar bien la zona a intervenir.

En la misma intervención la intención es realizar una regeneración ósea guiada (ROG) con biomaterial extraída de hueso bovino desproteinizado (Bio-Oss; Geistlich GA) y membrana de colágeno (BioGide; Geistlich AG). El objetivo es obtener un lecho óseo adecuado para la posterior colocación del implante, dejando un tiempo de espera de 4 meses para la re-entrada (Fig. 4, 5, 6).



Vista oclusal y vestibular después de elevar el colgajo mucoperióstico a espesor total con descarga vertical mesial. Estado óseo después de la extracción, legrado, eliminación de quistes y tejido de granulación. Se aprecian varios defectos óseos importantes.



Se lleva biomaterial rellenando los defectos óseos. Luego la membrana se pliega cubriendo la zona vestibular para luego colocar otra membrana que cubra el defecto, es decir, se utilizaron 2 membranas reabsorbibles de colágeno.



Cierre con la membrana.



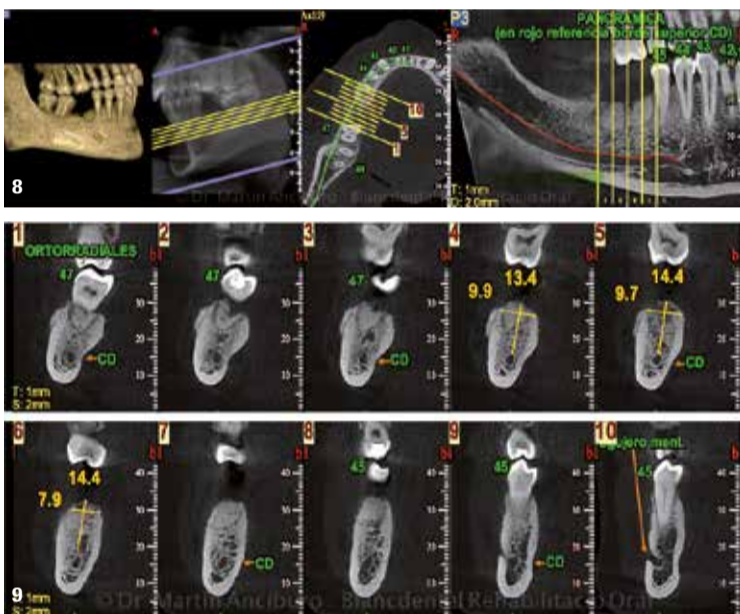
Estado a la semana de la intervención dejando la membrana expuesta.

A los dos meses se aprecia una cicatrización por segunda intención. Los tejidos blandos se observan en buen estado de salud (Fig. 7)



7
Cicatrización a los 2 meses.

Llegando al cuarto mes de la regeneración ósea guiada (ROG) se le pide a la paciente un TAC antes de la re-entrada y así evaluar el estado de la regeneración (Fig. 8, 9).



8
9
Imagen del TAC: en el corte 4, 5, 6 y 7 se puede apreciar la ROG satisfactoria.

Una vez valorado el caso se procede a levantar un colgajo mucoperióstico con descarga crestal y seguir el protocolo de fresado (Fig. 10, 11) que propone el fabricante para colocar un implante Sweden & Martina Premium SP 5 mm, en posición de 4.6 en 1 fase, con su pilar de cicatrización correspondiente (Fig. 12, 13). Al suturar los tejidos con el pilar interpuesto entre ellos se crea un GAP que es rellenado con unas esponjas de colágeno favoreciendo una cicatrización por segunda intención intentando ganar algo más de tejido queratinizado. Finalizada la intervención se toma una Rx para controlar el procedimiento (Fig. 14). En este caso el biotipo gingival era grueso y abundante con lo que se opta por esta estrategia, en caso de un biotipo fino y escaso no sería la opción ideal y procederíamos a realizar injertos de tejido conectivo para mejorar la calidad de la zona implantológica a intervenir.



10
Vista oclusal de la ROG al cuarto mes y dos semanas.



11
Vista oclusal después del fresado previa a la colocación del implante.



12
Colocación del implante.



13
Implante en una fase, relleno del GAP con esponjas de colágeno y sutura de los tejidos con su correspondiente pilar de cicatrización.



14
Rx post-operatoria inmediata a la colocación del implante.

14

En este caso se esperó 3 meses para proceder a la toma de impresiones y empezar con el tratamiento rehabilitador. Una modificación a día de hoy en nuestra práctica es tomar la impresión el mismo día de la intervención, obteniendo los modelos de trabajo y confeccionando el pilar cónico sin márgenes, y así disminuir la manipulación de los componentes (pilares de impresión y pilares protésicos) que pueden desencadenar remodelaciones a nivel de la cresta ósea. En zonas estéticas este protocolo tiene modificaciones.



15 Situación clínica en la toma de impresión a los 3 meses de haber colocado el implante.

El pilar mecanizado de titanio proporcionado por la casa Sweden & Martina que originalmente presenta un hombro fue fresado por el laboratorio dándole un acabado cónico sin márgenes para seguir el protocolo de rehabilitación B.O.P.T. (Fig. 16). Este pilar de titanio fue probado en boca verificando su correcto asentamiento sobre la cabeza del implante mediante una radiografía periapical. La zona de acabado de la corona se colocó entre 1,5 mm a 2 mm por debajo de la encía marginal. La referencia se obtiene de la encía blanda del modelo de trabajo y se procedió a confeccionar la corona protésica en el laboratorio (Fig.17). Posteriormente se cementó la corona sobre el pilar en boca con un cemento temporal (Fig.18)



Concepto pilar cónico sobre la plataforma modificada eliminando el hombro protésico, sin margen, para la rehabilitación. La ganancia de este protocolo garantiza tener mayor grosor de tejido blando, más fibras de colágeno alrededor del pilar sobre la interfase implanto protésica de la restauración, lo que ayuda a mantener estables los tejidos blandos periimplantarios, ayudándose de la plataforma modificada, favoreciendo la preservación de la cresta ósea periimplantaria.



Conjunto protésico pilar-corona finalizada. El uso de este concepto de pilar cónico provee un excelente ajuste, muchas veces es casi imposible poder retirar la corona protésica que ha sido cementada con cemento temporal.

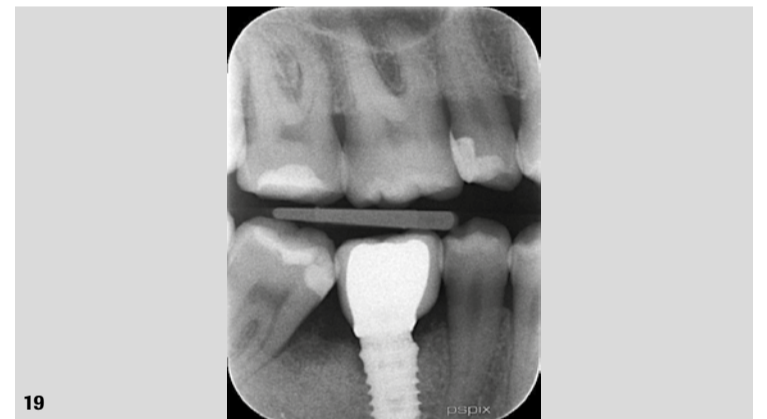


18a



18b

PFU metal cerámica cementada con Temp bond sobre el pilar protésico sin margen. El hecho de dejar un pequeño agujero por oclusal ayuda a que el cemento fluya a la hora que se está asentando la corona ayudando a un ajuste marginal óptimo y que este exceso de cemento no quede retenido en la zona de la conexión implanto protésica que habitualmente trae complicaciones biológicas de los tejidos periimplantarios pudiendo ser la causa de una futura periimplantitis. Luego esta pequeña chimenea se sella con un composite.



19



20

Radiografía y control clínico a los dos años de instalada la prótesis mediante técnica B.O.P.T.

Magnetic Mallet

Instrumento magneto-dinámico



Magnetic Mallet es un instrumento único, innovador y patentado para la cirugía dental avanzada.

Nace como evolución de la técnica de osteotomos, mantiene las cualidades de esta técnica, pero elimina los inconvenientes y las imprecisiones de la técnica manual.

Magnetic Mallet transmite al instrumento insertado en la pieza de mano los impulsos de intensidad regulable y duración predeterminada.

La fuerza vertical generada es mucho mayor que la que se origina con la técnica manual (hasta 6 veces mayor), pero tiene una duración mucho inferior (menos de 50%).

Esta fuerza se agota en el punto de aplicación en lugar de propagarse en la masa craneofacial del paciente, y su intensidad es fácilmente reproducible, lo que hace la intervención más eficaz y menos invasiva.

Mallet Magnetic simplifica las operaciones del cirujano: permite una mayor visibilidad y una movilidad más amplia porque se requiere el uso de una sola mano; asegura una mayor precisión en el posicionamiento del instrumento; limita el uso de la fresa manteniendo una mayor masa ósea. Gracias a la variedad de instrumentos disponibles, las operaciones posibles son muchas: split crest y expansión ósea, elevación de seno, colocación de implantes post-extracción, extracción de raíces y dientes comprometidos. La mayoría de los instrumentos también están disponibles en versión curva, haciendo el acceso a la parte interior del maxilar superior e inferior más fácil.

El manipulador extractor de coronas, pedible por separado, también hace posible la eliminación de coronas y puentes a través de la aplicación de las mismas fuerzas, pero en la dirección opuesta.



La innovación tecnológica en constante evolución

Gracias al aporte de los principales líderes de opinión, la gama de instrumentos opcionales disponible está ahora enriquecida con 8 nuevos instrumentos:

- Un instrumento para introducir el implante compatible con los transportadores hexagonales, específico para implantes Premium Kohno, Outlink² y Shelta.
- Un expansor con punta que reduce aun más el uso de la fresa y simplifica la preparación del sitio implantario.
- Dos expansores de hueso de escoplo para mejorar las operaciones de expansión ósea.
- Un expansor con punta plana, específico para split crest monodireccionales.
- Dos extractores en forma de “cuchara” que se adaptan muy bien a la anatomía de las raíces de los dientes.
- Un instrumento específico para la extracción de los cordales.



Para más informaciones sobre el producto y casos clínicos

Novedad del mercado

15

¿Es la cirugía guiada junto a la carga inmediata una técnica predecible? A propósito de un caso clínico

**Dra. Estefanía Requena Gómez, Dra. María Noelia Cervantes Haro,
Dr. Juan Manuel Aragonese Lamas**



*Dra. Estefanía Requena Gómez
Licenciada en 2009 en Odontología en la Universidad Cardenal Herrera - CEU
Máster en Cirugía, Periodoncia e Implantología - Universidad de Alcalá en 2013
Actualmente está realizando Doctorado en la Universidad de Alcalá de Henares*

*Dra. María Noelia Cervantes Haro
Licenciada en Odontología en 2003 por la
Universidad Alfonso X "El Sabio" de Madrid
Master de Cirugía, Implantología y Periodoncia en la Universidad
Rey Juan Carlos de Alcorcón en Madrid en 2006
Doctora en Especialidades Médicas por la Universidad de
Alcalá de Henares en 2012*



*Dr. Juan Manuel Aragonese Lamas
Vicerrector Académico ISEO
Doctor en Medicina y Cirugía y en Odontología "cum laude"
Director Master Implantología, Peridoncia y Cirugía Bucal Uniecampus
Director Master de Implantología, Periodoncia y Cirugía Bucal, UDIMA
Director Experto en Implantología Oral avanzada, UPV
Profesor colaborador del Master de Universidad, UDLA
Profesor colaborador Master de Cirugía, Universidad de Valencia*



Introducción

En la época actual, la restauración fija sobre implantes dentales en una misma sesión operatoria (carga inmediata) representa una alternativa terapéutica exitosa, reduce significativamente el tiempo de tratamiento, mejorando su calidad de vida.¹

El protocolo convencional de carga para las rehabilitaciones implantosoportadas propuesto por el Profesor Brånemark, establece que para alcanzar una correcta osteointegración de los implantes, estos deberán estar exentos de carga durante 3 a 4 meses en mandíbula, y de 6 a 8 meses en el maxilar superior.² Sin embargo, las mejoras en el diseño de los implantes dentales, tanto a nivel macroscópico, como microscópico, así como la introducción de elementos de diagnóstico y planificación, que son capaces de generar imágenes tridimensionales, permiten al clínico estudiar previamente la anatomía de la zona a intervenir, la disponibilidad y calidad ósea, así como la mejor comprensión de los factores críticos determinantes en la osteointegración y éxito a largo plazo de los implantes dentales, estos factores han llevado a la habilitación de protocolos quirúrgicos que permiten la carga inmediata o temprana de los implantes con tasas de éxito y supervivencia equiparables al protocolo convencional.³ Tradicionalmente, la planificación del tratamiento de implantes ha consistido en el análisis tanto de tejidos duros como blandos

a través de la exploración clínica, exploración radiográfica y montaje en articulador para la confección de férulas quirúrgicas que guíen al cirujano intraquirúrgicamente.^{4,5}

Sin embargo, los nuevos métodos asociados a la cirugía guiada por ordenador, permiten realizar técnicas con resultados quirúrgicos y protéticos predecibles. Las limitaciones anatómicas, la cantidad y calidad ósea pueden ser evaluadas de forma precisa y específica tridimensionalmente gracias al TAC. Con esta técnica no sólo se puede determinar la posición ideal de los implantes, si no la situación de las restauraciones definitivas, dependiendo de las demandas funcionales y estéticas del paciente.^{6,7,8,9}

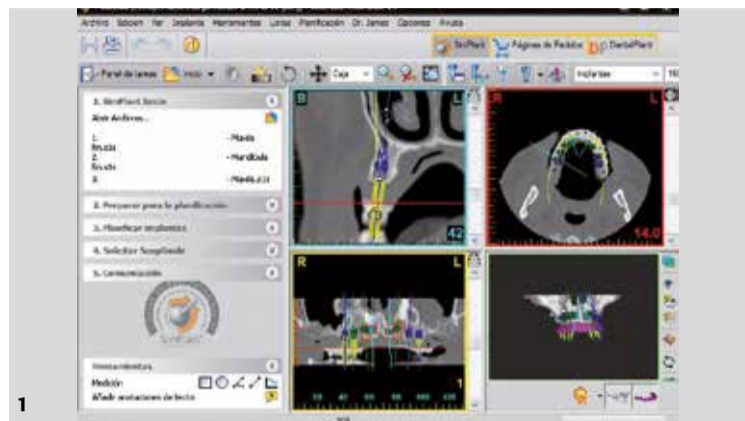
Este artículo presenta el diagnóstico y plan de tratamiento protésico de un paciente mediante carga inmediata sobre implantes en maxilar superior e inferior.

A través de un estudio del paciente al que se le confecciona una guía quirúrgica individualizada, que va a indicar la posición ideal de los implantes en función de las necesidades del paciente, tanto estéticas como protésicas. Será utilizada una férula quirúrgica de soporte y fijación ósea (Surgical-guide Materialise) con colaboración de Sweden & Martina.

Caso clínico (técnica):

Paciente varón, edéntulo de 35 años de edad, clasificación ASA tipo I, al cual se rehabilita el maxilar superior con 8 implantes Outlink² conexión externa Sweden & Martina mediante cirugía guiada de soporte óseo y maxilar inferior con 6 implantes Outlink² conexión externa Sweden & Martina mediante cirugía guiada de soporte óseo, con carga inmediata.

El software utilizado para el plan de tratamiento y la realización de la guía quirúrgica estereolitográfica, dependió del sistema Siplant[®] (Fig. 1).



Se realiza estudio fotográfico que incluye fotos extraorales para el estudio de la línea media facial, paralelismo entre la línea bipupilar e intercomisural, análisis de los tercios faciales, tipo de perfil y dimensión vertical (Fig. 2). A su vez, se toman fotografías de las arcadas edéntulas a 45°, para posteriormente a través del software específico diseñar la férula quirúrgica.



Morfología facial: proporción de los tercios faciales y perfil facial.

Las impresiones preliminares son llevadas a cabo con hidrocoloides irreversibles (alginato) para obtener modelos de estudio maestros, se realizará la toma del arco facial y registros intermaxilares para el posterior montaje en articulador.

Se confeccionan las planchas base con rodetes de cera para posteriormente elaborar un montaje y prueba de dientes para prótesis fija en la que se basará la férula radiológico-quirúrgica. (Fig. 3).



Al paciente se le realizará un TAC con la férula duplicada radiopaca en boca. Posteriormente se realiza el estudio previo en el ordenador para la posición ideal protética de los implantes dentales.

Esta transferencia de la posición de los implantes establecida en la etapa prequirúrgica, permite la elaboración previa de la prótesis para una carga y función inmediatas.

Tras valorar las condiciones clínicas en el estudio se decide el tipo de férula quirúrgica que requiere el paciente, en función del soporte óseo.

A través del estudio radiográfico:

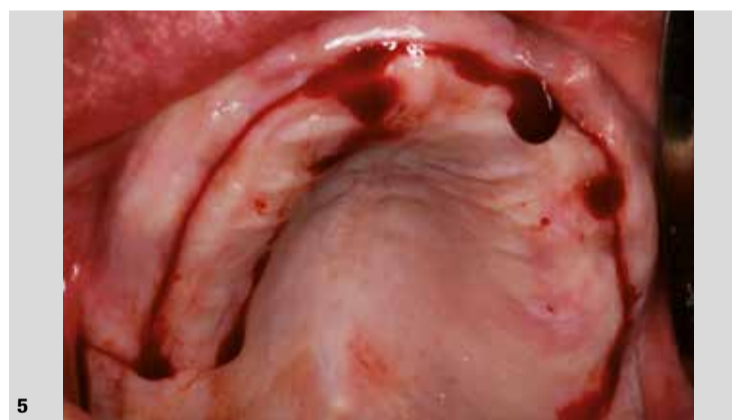
- Se realiza el TAC una vez que se ha realizado el encerado y la prueba de dientes para el duplicado de la férula radiográfica como hemos explicado anteriormente.
- Las imágenes del TAC son reconstruidas usando el software específico para este procedimiento quirúrgico.
- Se determina el sitio ideal de colocación del implante en función del hueso disponible, de la prótesis definitiva y de las estructuras anatómicas.

El paciente acude a la consulta dental, una vez que ha sido realizado el estudio mediante el software tanto de los datos radiográficos como clínicos. Toda la información es remitida al centro que procesa la férula quirúrgica y se encarga del envío de la misma previo a la cirugía (Fig. 4).



Férulas quirúrgicas: férula inferior de apoyo óseo.

La cirugía se realizará levantando en primer lugar el colgajo superior a espesor total, fijando las férulas quirúrgicas estereolitográficas con dos pins laterales y mediante implantes en cada arcada. Posteriormente se sigue el protocolo de fresado quirúrgico a través de la guía, la cual orienta sobre la inclinación/ angulación del lecho del implante (Fig.5-8).



Procedimiento quirúrgico maxilar superior: incisión.

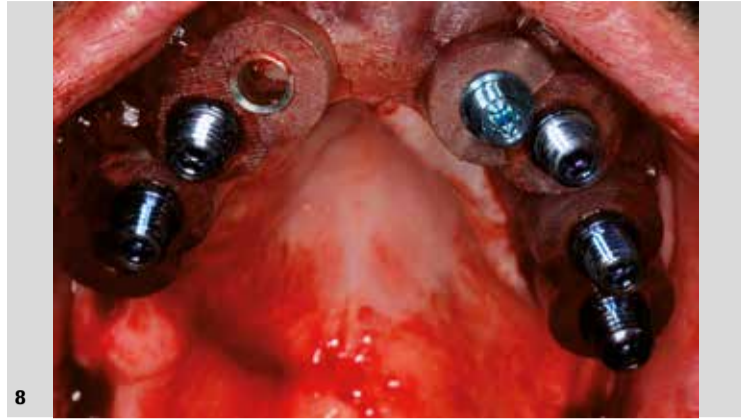


Procedimiento quirúrgico maxilar superior: despegamiento y estabilización de la férula.



Procedimiento quirúrgico maxilar superior: fresado.

18



8 Procedimiento quirúrgico maxilar superior: inserción de los IOI con transportador.

El procedimiento quirúrgico es llevado a cabo gracias al sistema específico de fresado desarrollado por Sweden & Martina con una secuencia clara y sencilla. Se procede con la preparación del maxilar inferior de la misma manera que el superior (Fig. 9-11).



9 Procedimiento quirúrgico maxilar inferior: incisión y despegamiento.



10 Procedimiento quirúrgico maxilar inferior: estabilización de la férula y fijación con dos IOI.



11 Procedimiento quirúrgico maxilar inferior: inserción de los IOI con transportador.

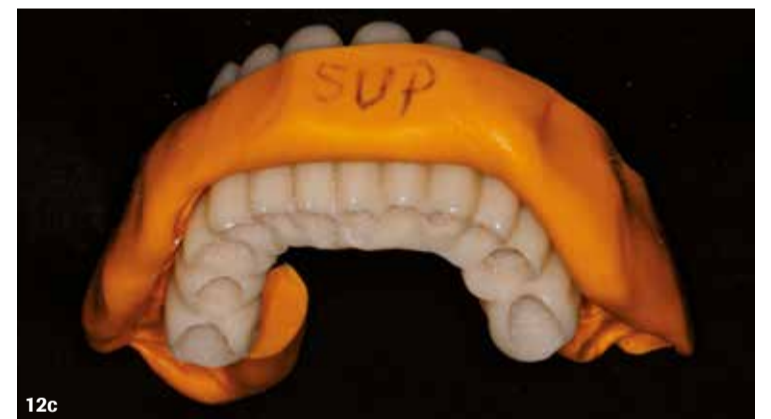
Posteriormente se procedió a la realización de la prótesis inmediata. La prótesis inmediata es ajustada en el mismo acto quirúrgico con un provisional de acrílico en cáscara de huevo, que ha sido confeccionado previamente en el articulador sobre unos pilares provisionales antirotacionales, en función de la posición de los implantes previamente diseñado (Fig.12a, 12b, 12c).



12a Comprobación oclusión con silicona de mordida: provisionales.

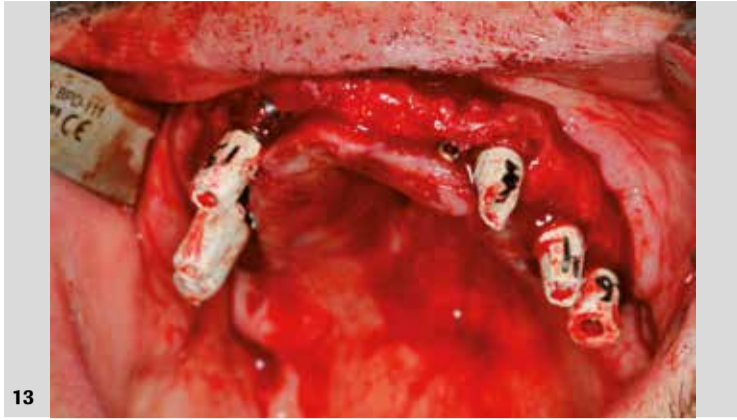


12b Comprobación oclusión con silicona de mordida: provisionales-prueba de dientes.



12c Comprobación oclusión con silicona de mordida: provisionales-provisionales.

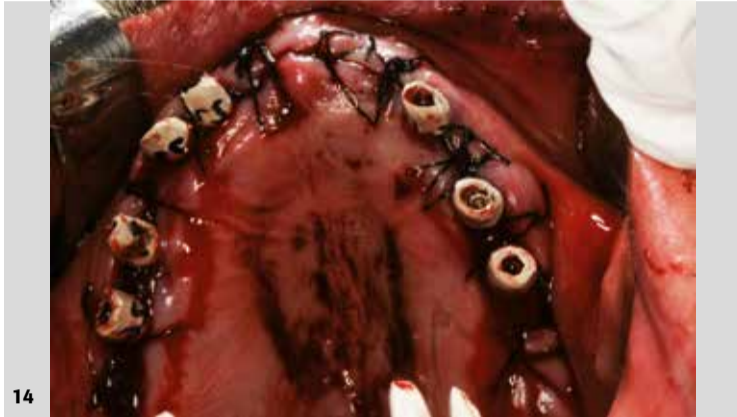
El provisional de acrílico presenta unas perforaciones donde están las salidas de los tornillos pasantes de los pilares provisionales, para evitar la invasión del acrílico autopolimerizable cuando es rebasado y obtener una prótesis fija retirable. Una vez fraguado se retiran los excesos modelando, suavizando y puliendo el acrílico. Para terminar, se atornilla nuevamente a través de las chimeneas de los pilares provisionales que son sellados después con algodón y acrílico (Fig. 13-19).



13 Inserción de pilares superiores numerados y tallado para carga inmediata.



18 Visión intraoral.



14 Sutura y pilares superiores tallados.



19 Visión intraoral.



15 Sutura y pilares inferiores tallados.

Conclusión
 El uso de férulas quirúrgicas esterilitográficas guiadas han supuesto un avance en la implantología oral. Con planificación minuciosa y software adecuado se pueden obtener resultados predecibles e inmediatos en el mismo acto quirúrgico. Es un procedimiento sencillo, eficaz y que permite colocar los implantes dentales en la posición ideal gracias al estudio realizado, sin embargo, es más costoso que la técnica convencional. Es necesario el estudio a largo plazo de dicha técnica y la mejora de los puntos de fijación de las férulas.



16 Inserción del provisional adaptado con perforaciones.



17 Visión frontal.

Bibliografía

1. Velasco Ortega E, García Mendez A et al. La cirugía guiada y carga inmediata en Implantología Oral. Consideraciones diagnósticas y quirúrgicas. Rev. Esp Odontostomatología de Implantes. 2008; 16 (4): 211- 218.
2. Branemark P-I, Hansson B O, Adell R et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-Year Period. Scand J Plast Reconstr Surg 1977; 16 (Suppl): 1-132
3. Ioannidou E, Doufexi A. Does loading time affect implant survival? A meta-analysis of 1,266 implants. J Periodontol 2005; 76: 1252-1258
4. Scott D. Ganz. Presurgical Planning With Ct-Derived Fabrication Of Surgical Guides. J Oral Maxillofac Surg. 2005. 63 (suppl 2):59-71.
5. Gary Orentlicher, Douglas Goldsmith and Andrew Horowitz. Applications of 3-Dimensional Virtual Computerized Tomography Technology in Oral and Maxillofacial Surgery: Current Therapy. J Oral Maxillofac Surg. 2010. 68:1933-1959
6. Dula K, Mini R, van der Stelt P, et al: The radiographic assessment of implant patients: Decision-making criteria. Int J Oral
7. Maxillofac Implants 16:80, 2001 17. Jacobs R: Preoperative radiologic planning of implants in compromised patients. Periodontol 2000 33:12, 2003 18.
8. Reiskin AB: Implant imaging. Dent Clin North Am 42:47, 1998
9. Abbas Azar et Sakineh Nikzas, Flapless Implants Surgery: Review of the literature and Report of 2 cases with computer-guided surgical approach. J Oral Maxillofac Surg 66:1015-1021,2008

Caso clínico realizado con implantes OUTLINK² y el kit para cirugía guiada ECHOPLAN

Curso del Dr. Loi sobre técnica B.O.P.T. para odontólogos españoles

18-20 de mayo y 22-24 de junio 2015, Cagliari

En la ola del entusiasmo levantado por el Dr. Loi y su técnica B.O.P.T., y después muchas peticiones, el Dr. Loi tendrá en su clínica en Cagliari (Italia) dos cursos dedicados exclusivamente a los odontólogos españoles. Durante estos cursos, de 3 días cada uno de duración, el Dr. Loi explicará de manera exhaustiva los principios de su técnica, del origen hasta llegar al implante Prama. El dr. Loi tendrá también cursos en España en estas fechas: 17 de abril en Sevilla; 22 de mayo en Oviedo; 23 de mayo en Bilbao; 3 de julio en Tenerife.



Conferencia del Prof. Dr. Anibal Alonso en la sede del COEC

5, 6 y 7 de febrero 2015, Barcelona



Gran éxito de la conferencia "Diseño de la Rehabilitación Oral" dictada por el Prof. Dr. Anibal Alonso en la sede del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. Con más de 260 asistentes se celebró, los días 5, 6 y 7 de febrero, un amplio programa teórico que incluye las bases fundamentales del diagnóstico y rehabilitación en odontología clínica. También tuvo lugar la participación del Dr. Diego Soler para ilustrar el alcance y actualidad de la filosofía D.A.T.O. en el ámbito de la odontología mínimamente invasiva.

Convención de fin de año 2014

22 de diciembre 2014, Due Carrare

Como de costumbre, gran celebración en la sede de Sweden & Martina con 250 colaboradores nacionales e internacionales, en un ambiente de alegría, unidad y éxito: así terminó en Due Carrare el 2014, galardonando a numerosos colaboradores que han contribuido de manera muy importante a la expansión de la empresa y a la consolidación del crecimiento.



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 2, número 04
febrero / junio 2015
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

Director científico
Glorianna Zangiacomì

Impresión
Quinta Impresión, S.L.

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

Deposito Legal
Generalitat Valenciana
n° V-2657-2013

ISSN 2340-8065



Han colaborado en este número:
Juan Manuel Aragonese Lamas,
Lorraine Bettin,
María Noelia Cervantes Haro,
Giuliana Civallero,
Susana Costa,
Silvia Cuccarolo,
Ignazio Loi,
Miguel Angel Martin Anciburo,
Marina Mirandola Minuzzi,
Gianfranco Parente,
Luigi Paolo Sandri,
Estefanía Requena Gómez,
Glorianna Zangiacomì.

Los textos de los artículos, aunque cuidados con una atención escrupulosa, no pueden comportar la responsabilidad específica de cualquier inexactitud o errores, y Sweden & Martina no puede garantizar la integridad y exactitud de los mismos. Se recuerda que la información se proporciona únicamente con fines informativos: no sustituyen una evaluación dental del caso individual. Todos los contenidos de NumeriUno están protegidos por derechos de autor. Sweden & Martina se exime de cualquier responsabilidad por el uso por parte de terceros de este trabajo.

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

Después de rellenar el cupón que se encuentra a continuación, enviarlo por e-mail a la dirección info.es@sweden-martina.com, o en un sobre cerrado por correo postal a Sweden & Martina Mediterránea S.L. - Sorolla Center, Oficina 801 - Avda. Cortes Valencianas 58, 8pl, 46015 Valencia, España

Nombre _____ Apellido _____

Segundo apellido _____

Dirección _____

Código postal _____ Ciudad _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Partida IVA _____

Firma _____

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

¿Usted es ya cliente Sweden & Martina? SÍ NO

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