

# NUMERIUNO

LA REVISTA CIENTÍFICA SWEDEN & MARTINA

DEL COÁGULO AL NUEVO  
HUESO CIRCUNFERENCIAL  
EL PAPEL DEL CUELLO EN  
EL IMPLANTE PRAMA

DR. IGNAZIO LOI

Caso clínico

PRESERVACIÓN  
DE TEJIDOS  
PERIIMPLANTARIOS,  
MEDIANTE ADITAMENTOS  
EN PEEK CON  
BASE MECANIZADA

DRA. CRISTINA LÓPEZ MUÑOZ

DRA. LUÍS SEPÚLVEDA SALAS

Caso clínico

NOVEDADES DEL MERCADO

ESCÁNER INTRAORAL CS3600

ESCÁNER NEWAY

SOFTWARE EXOCAD DENTAL CAD

OZONE DTA



Más allá de  
las fronteras...

... en Portugal nace  
**Sweden & Martina Limitada!**

Puente Vasco da Gama, Lisboa, Portugal  
*Implante Prama, Sweden & Martina*

## ÍNDICE

pág. 03

### EDITORIAL

Más allá de las fronteras...

pág.04

### EVENTOS

Campus Valores SEPES  
dr. Nacho Rodríguez

pág.06

### CASE REPORT IMPLANTOLOGÍA

Del coágulo al nuevo  
hueso circunferencial  
dr. Ignazio Loi

pág.08

### CASE REPORT IMPLANTOLOGÍA

Preservación de tejidos periimplantarios,  
mediante aditamentos en PEEK  
con base mecanizada  
dra. Cristina López Muñoz  
dra. Luís Sepúlveda Salas

pág.12

### CASE REPORT CIRUGÍA

OZONE Friendly  
dra. Cristina López Muñoz

pág.14

### NOVEDAD DEL MERCADO

OZONE DTA

pág.16

### CASE REPORT ORTODONCIA

Caso clínico realizado con alineador  
ortodóncico F22  
dr. Niki Arveda

pág.22

### ENTREVISTA DOBLE

El mundo de la odontología digital  
prof. dr. Guillermo Pradies Ramiro  
sr. Javier Pérez López

pág.24

### NOVEDADES DEL MERCADO

Escáner intraoral CS3600  
Escáner óptico NEWAY  
EXOCAD DENTAL CAD

#### 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 10

junio / octubre 2017

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 Zangiacomi

Impresión

Sherpa Print, S.L.

C/ Teixidors. 10 Oficina 2

46900 Torrente (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:

Arveda Niki, Bettin Lorraine, Bozza Silvia, Brigo Emanuele, Caramês João, Chiodera Giuseppe, Costa Susana, Cuccarolo Silvia, De Checchi Janette, Di Cicco Franco, Durán Moruno Raquel, Guadalix Pajearos Eusebio, Loi Ignazio, López Muñoz Cristina, Mirandola Minuzzi Marina, Ottogalli Davide, Parente Gianfranco, Pérez López Javier, Pradies Ramiro Guillermo, Razzetto Lissette, Redondo Barba Francisco Jesús, Rodríguez Nacho, Sepúlveda Salas Luís, Zangiacomi Glorianna.



# Más allá de las fronteras...

*El Prof. João Caramês delante de su centro de formación CAEC, donde se tendrá el primer curso Sweden & Martina sobre la técnica B.O.P.T. en Portugal*

## ... en Portugal nace Sweden & Martina Limitada!

El día 17 de junio nace oficialmente la filial portuguesa de Sweden & Martina: la Sweden & Martina Limitada. El directivo de la empresa estará presente en el evento, así como el dr. Ignazio Loi que va a tener una lectio magistralis sobre la técnica B.O.P.T. en dientes naturales y sobre implantes. Presente ya desde hace 10 años en el mercado portugués, Sweden & Martina abre ahora su propia filial para fortalecer los óptimos resultados obtenidos hasta hoy. La red comercial cuenta ya con 5 vendedores en todo Portugal, capitaneados por el jefe de ventas dr. Franco Di Cicco (ya distribuidor de los implantes Sweden & Martina hasta ahora) pretendiendo de esta manera dar continuidad a las relaciones con los numerosos clientes ya activos.

El objetivo es ofrecer en Portugal los productos y los servicios de Sweden & Martina al mayor número de clientes a través de la red de ventas más importante para calidad y cantidad. Precisamente por eso están intensificándose las incorporaciones de nuevos colaboradores y las excelentes relaciones que se mantienen desde hace muchos años con los más importantes líderes de opinión y universidades portuguesas.

Entre otros, caben destacar los acuerdos de colaboración con el grupo del Prof. Francisco Salvado y el Instituto Stomatológico Toscano del Prof. Ugo Covani y con el CAEC (Carames Advanced Education Center), el centro de formación del Prof. João Caramês. Precisamente en este centro está previsto el primer curso, totalmente dedicado a la técnica B.O.P.T., que tendrá lugar los días 3 y 4 de noviembre con la participación del grupo del dr. Ignazio Loi.



No dia 17 de Junho a Sweden&Martina apresentará oficialmente a sua filial portuguesa. O evento conta com a participação da direção da Sweden&Martina e do Dr. Ignazio Loi que realizará uma Lectio Magistralis sobre a técnica B.O.P.T. em dentes naturais e em implantes. Presente em Portugal há dez anos, a Sweden & Martina com a abertura de uma filial própria pretende fortalecer os ótimos resultados atingidos ao longo destes anos. Sweden & Martina Limitada conta com 5 comercias em todo o território português, confirmando como diretor da filial portuguesa, o Dr. Franco Di Cicco (distribuidor dos implantes Sweden & Martina), dando assim continuidade às relações com os inúmeros clientes já ativos.

Como nos outros países onde a Sweden & Martina está presente, também em Portugal, o objetivo é oferecer produtos e serviços Sweden & Martina ao maior número de clientes através de uma rede de vendas significativa por qualidade e quantidade. Nesta fase estão a ser intensificados o processo de crescimento da força vendas assim como as óptimas relações estabelecidas ao longo dos anos com os mais importantes Opinion Leader e universidades portuguesas.

Entre outros, salientamos os acordos de colaboração com o grupo do Prof. Dr. Francisco Salvado e o Instituto Stomatológico Toscano do Prof. Ugo Covani e com o CAEC, o centro de formação do Prof. Doutor João Caramês. No CAEC já está previsto um primeiro curso dedicado a técnica B.O.P.T. que irá decorrer nos dias 3 e 4 de Novembro com a participação da equipa do Dr. Ignazio Loi.



Pablo Ramírez



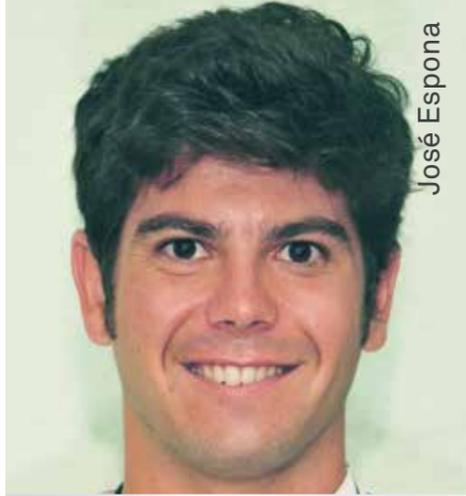
Cristian Abad



José Bahillo



José Manuel Reuss



José Espona



## CAMPUS VALORES SEPES: La técnica B.O.P.T. del dr. Loi



Pablo Gómez



Lolli Rodríguez

Del 29 de junio al 2 de julio se celebrará en la sede de Sweden & Martina en Padua y con la colaboración de la casa italiana de implantología el 3º Campus VALORES SEPES con la Técnica B.O.P.T. como tema de estudio que dará lugar al posterior documento de consenso que editará SEPES.

Se reunirán 26 odontólogos españoles en grupos de trabajo coordinados por la presidenta de la Comisión VALORES SEPES, la Dra. Beatriz Giménez.

El primer día, el dr. Ignazio Loi, máximo exponente de la técnica B.O.P.T. compartirá con el grupo su labor clínica con esta técnica y responderá a las preguntas que le formulen y que constituirán el eje sobre el que gire la estructura del documento divulgativo que se edite.

Tras este campus, SEPES trabajará en la preparación del documento que revisará, entre otros puntos, las bases biológicas, descripción de la técnica, indicaciones, ventajas y desventajas.



Fran Abella



Juan Zufia



Herminio García



Sira Esteban



Irene Tarazon





Manuel Sancho



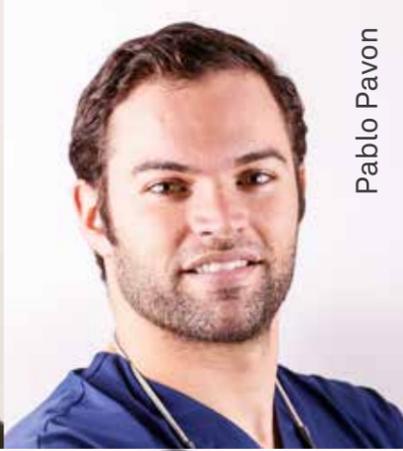
Ana Mellado



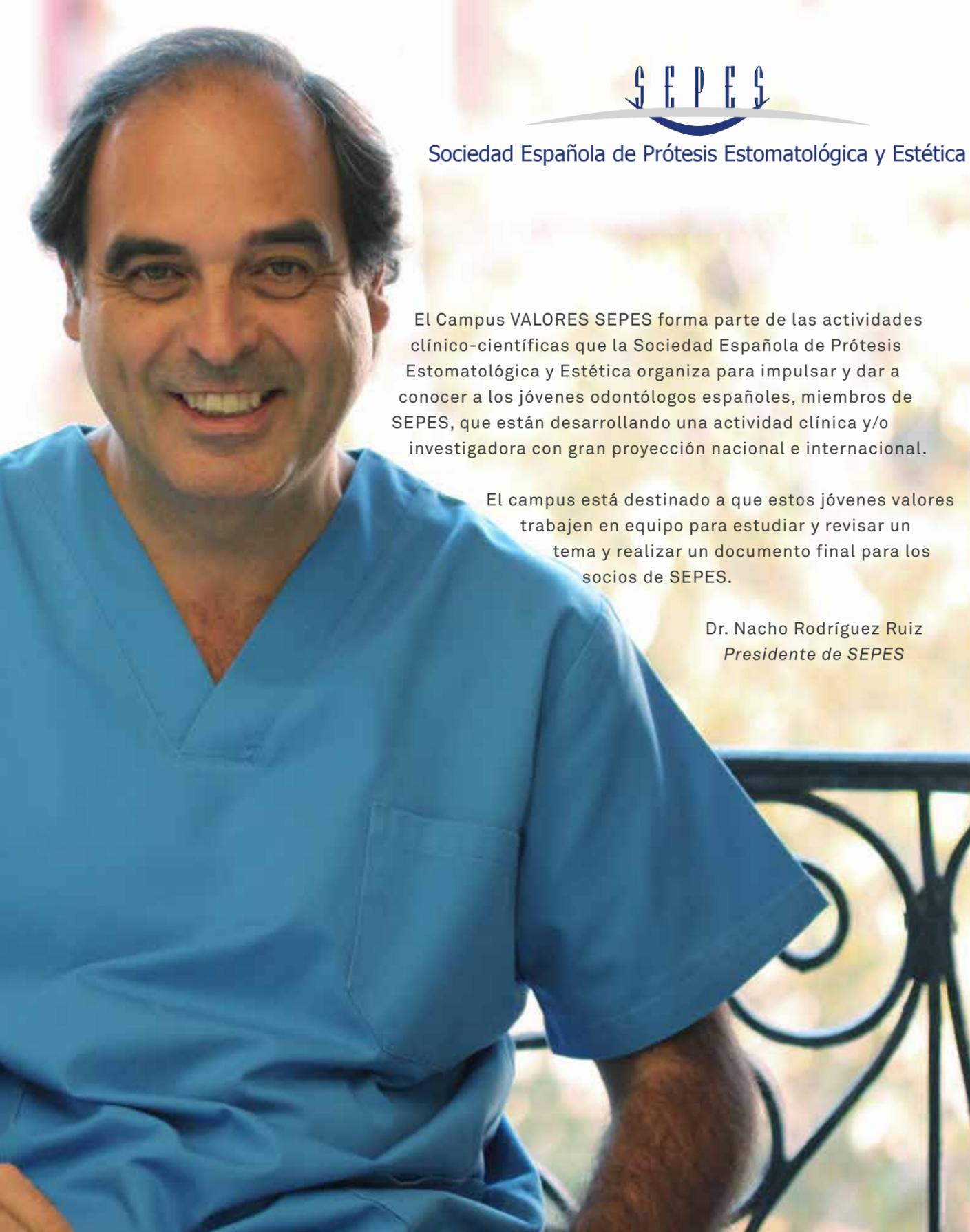
Carlos Fernández



José María Barrachina



Pablo Pavon



### Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética

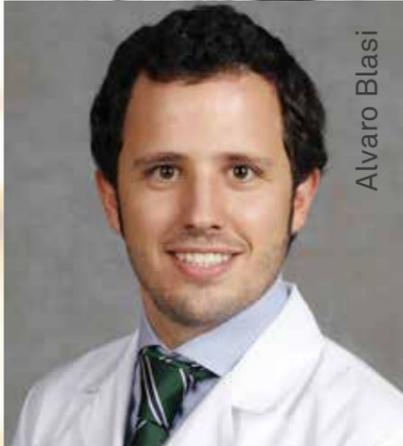
El Campus VALORES SEPES forma parte de las actividades clínico-científicas que la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética organiza para impulsar y dar a conocer a los jóvenes odontólogos españoles, miembros de SEPES, que están desarrollando una actividad clínica y/o investigadora con gran proyección nacional e internacional.

El campus está destinado a que estos jóvenes valores trabajen en equipo para estudiar y revisar un tema y realizar un documento final para los socios de SEPES.

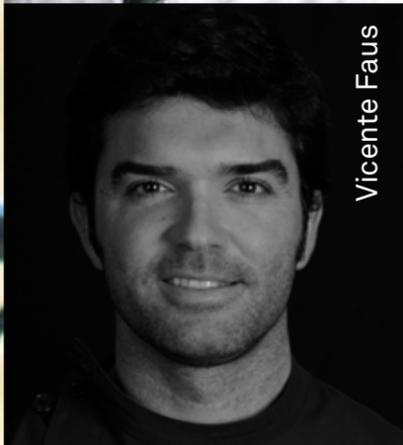
Dr. Nacho Rodríguez Ruiz  
*Presidente de SEPES*



Victoria Sánchez



Alvaro Blasi



Vicente Faus



Ramón Gómez



David Baeza



Alvaro Ferrando



Edgar García



Martín Laguna



Beatriz Giménez

CASE REPORT IMPLANTOLOGÍA

# DEL COÁGULO AL NUEVO HUESO CIRCUNFERENCIAL

## LA FUNCIÓN DEL CUELLO DE L'IMPLANTE PRAMA



**DR. IGNAZIO LOI**

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

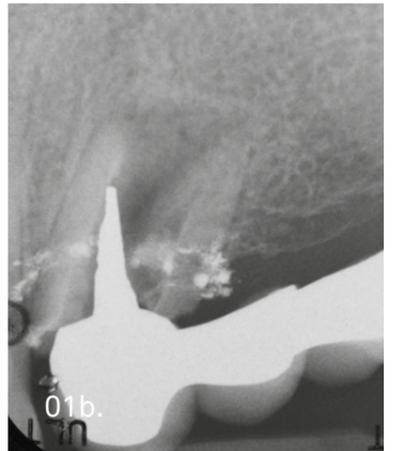
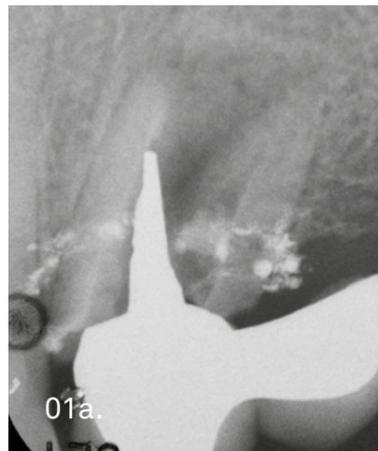
**¿IMPLANTE O TÉCNICA?**

La práctica clínica ha demostrado, durante los 3 años de vida comercial del implante Prama, óptimos resultados tanto en términos de supervivencia como en términos de éxito estético. Sin embargo hoy es difícil definir cuánto de este éxito se debe a las peculiaridades quirúrgicas y morfológicas del implante y cuánto, por contra, a la técnica protésica.

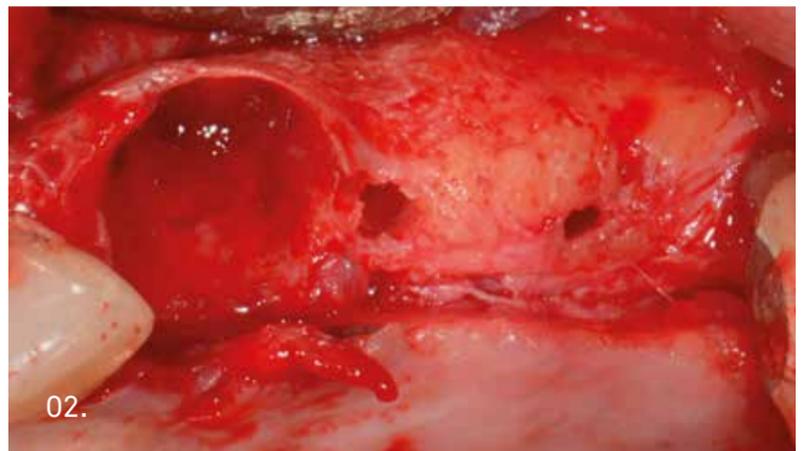
A continuación presentamos un caso de implante post-extracción inmediato en el que, tanto radiográficamente como en la observación clínica, resulta evidente el crecimiento óseo obtenido alrededor del cuello del implante Prama sin tener que recurrir a materiales de relleno. La morfología transmucosa con geometría hiperbólica permite llevar fuera de los tejidos el gap implante/pilar y dejarle espacio al coágulo en ausencia de bacterias, mientras que gracias a las microrrayas del cuello permiten estabilizar y organizar las fibras de manera ideal acelerando la curación. Todos estos aspectos han contribuido a la regeneración natural de hueso circunferencial no obstante la carencia inicial, hasta antes de que los beneficios traídos por la técnica B.O.P.T. puedan manifestarse.

**CASO CLÍNICO**

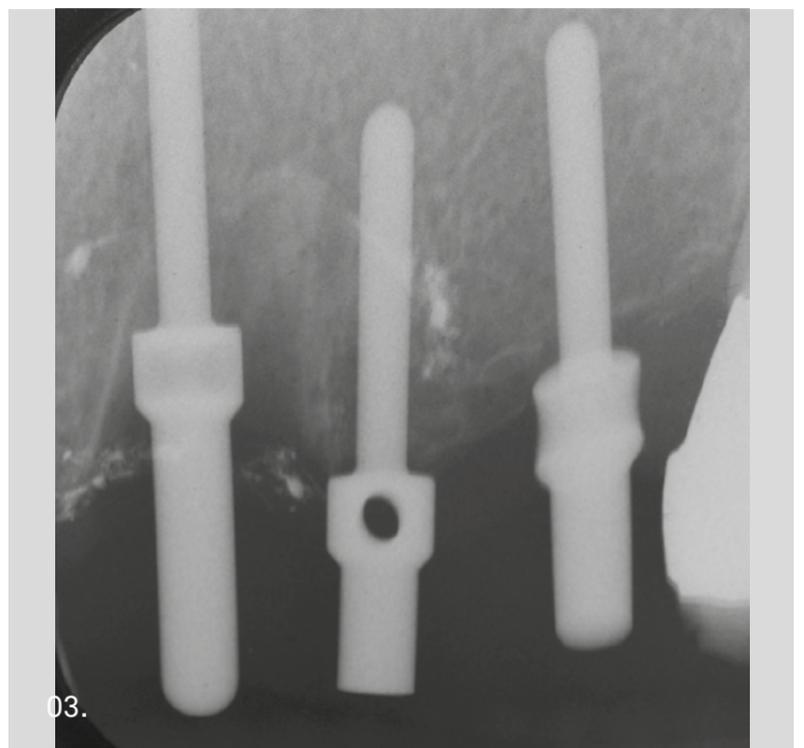
La paciente, de 84 años, acude a la consulta con una fractura del elemento 23 que sostenía un puente hasta los elementos 26 y 27. La evaluación radiográfica evidencia unas manchas radiopacas en los tejidos blandos alrededor del perno: después de una charla con la paciente resulta evidente que se trata de una dispersión de empaste, que se ha integrado hasta el punto de quedar invisible a la observación clínica y resulta difícil removerlo. Es posible que la fractura haya ocurrido durante los 6 meses precedentes, durante los cuales la paciente lamenta haber sufrido inflamaciones curadas con antibióticos genéricos, hasta que le salió el flemón debido al cual acudió a la consulta. Durante el susodicho periodo el puente no resultaba móvil ya que estaba estabilizado sobre a los elementos 26 y 27. A petición de la paciente, el puente ha sido cortado entre el 25 y el 26 para guardar parte de la prótesis e insertar 3 implantes Prama de diámetro 3.80, cuyo diseño del cuello permite obtener un rango de inserción vertical que compensa defectos o escasos óseos, con todos los problemas que eso puede originar. El defecto causado por el flemón en correspondencia del canino tenía un diámetro alrededor de 1 cm.



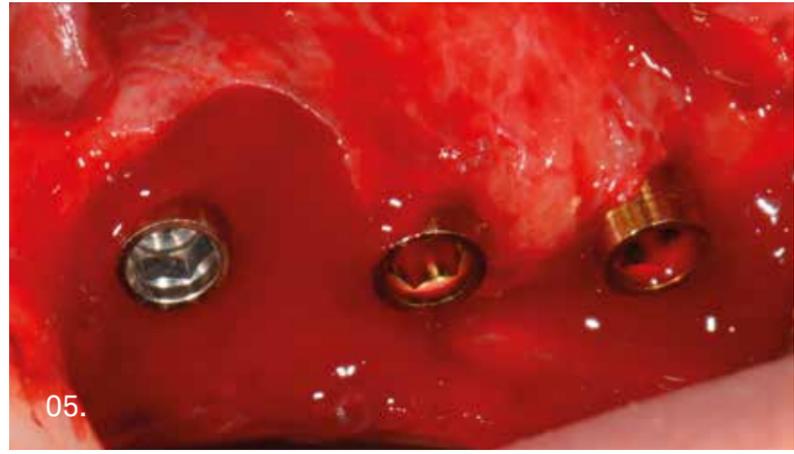
Situación radiográfica inicial: alrededor de la fractura del elemento 23 resulta evidente unas manchas radiopacas causadas por la dispersión del empaste en los tejidos blandos



Sitio quirúrgico después de la extracción del elemento fracturado y preparación con fresa inicial de los lechos de los implantes en posición 24 y 25. Resulta evidente el defecto circunferencial causado por el flemón



RX con los pin en el sitio quirúrgico: cabe destacar la discrepancia vertical u horizontal, sobretodo distalmente en el sitio 25



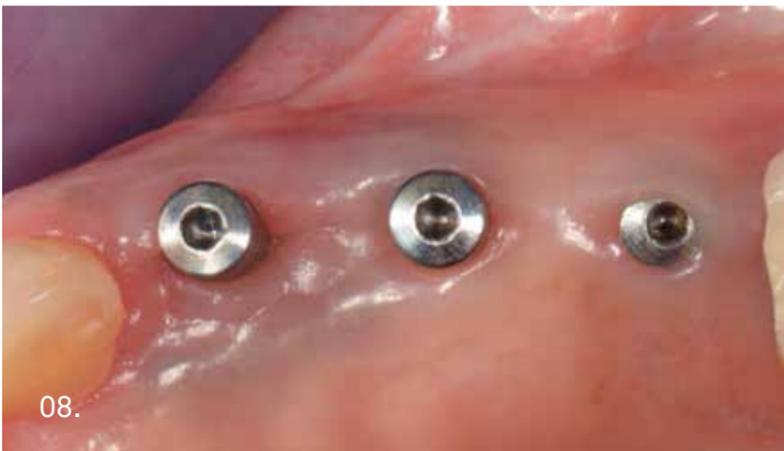
Implantes colocados sin pilar de cicatrización: la sangre cubre todo el cuello del Prama, pero la plataforma de conexión resulta favorable tanto por el mantenimiento biológico del coágulo, como por la gestión de los tejidos blandos, y para los sucesivos procedimientos protésicos



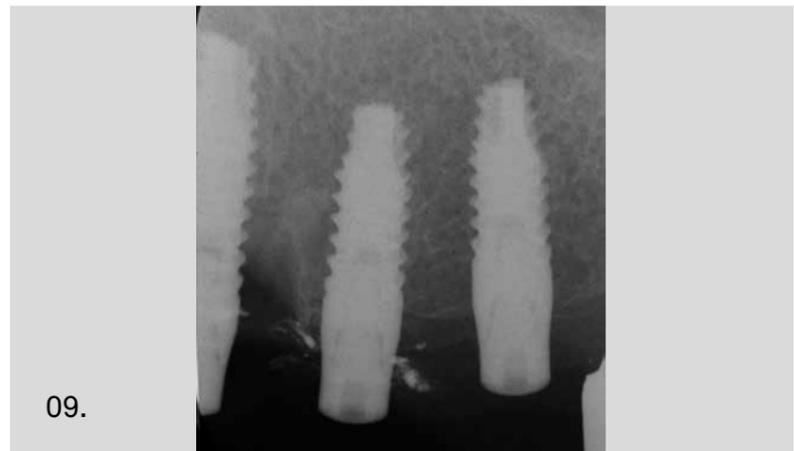
Pilares de cicatrización colocados



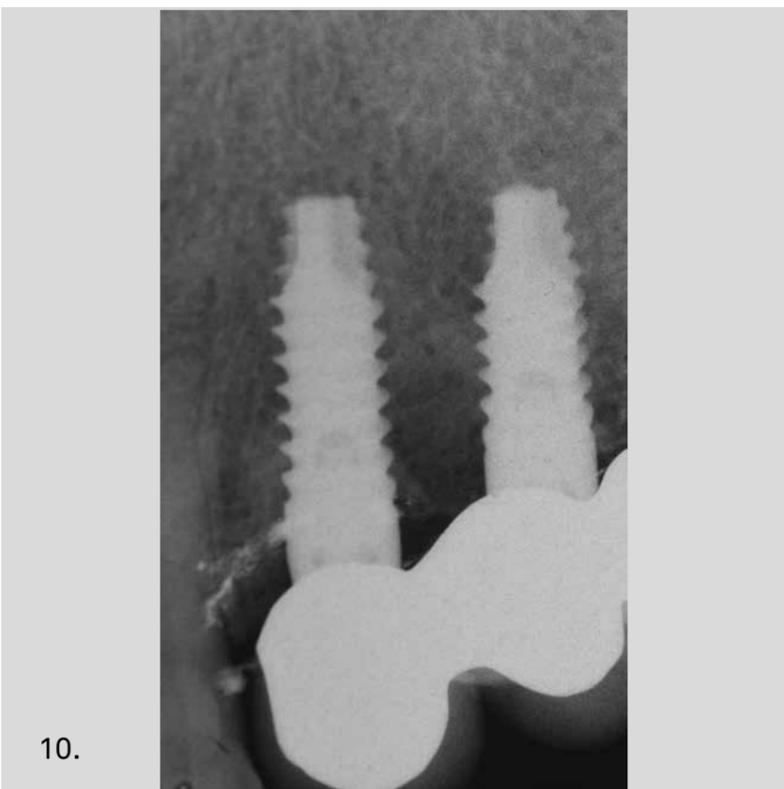
Suturas alrededor de los pilares de cicatrización



Cicatrización a las 4 semanas: cabe destacar el estado de maduración de los tejidos blandos y el espesor alrededor de los tres implantes



RX a los 2 meses: el defecto alrededor del implante en posición 23 está rellenándose, aunque sigue visible el alveolo



RX con prótesis a los 6 meses: el defecto resulta rellenado, así como los picos óseos alrededor del implante



Visión oclusal de la prótesis final *in situ*

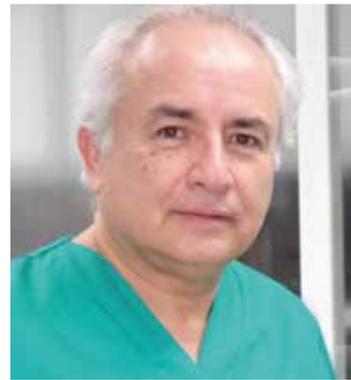


# PRESERVACIÓN DE TEJIDOS PERIIMPLANTARIOS, MEDIANTE ADITAMENTOS EN PEEK CON BASE MECANIZADA



**DRA. CRISTINA LÓPEZ MUÑOZ**

Licenciada en Odontología.  
 Universidad Complutense, Madrid  
 Miembro SEPES Madrid - España  
 Miembro SEI España  
 Directora centro dental «Gabinete Dental».  
 Especialista en estética dental

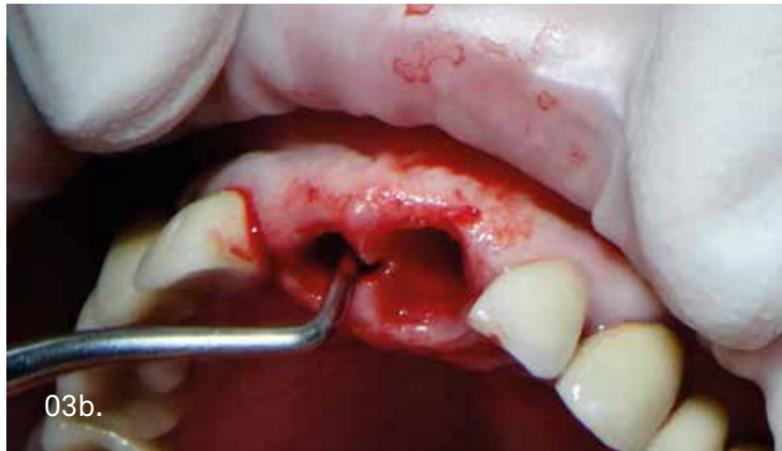


**DR. LUÍS SEPÚLVEDA SALAS**

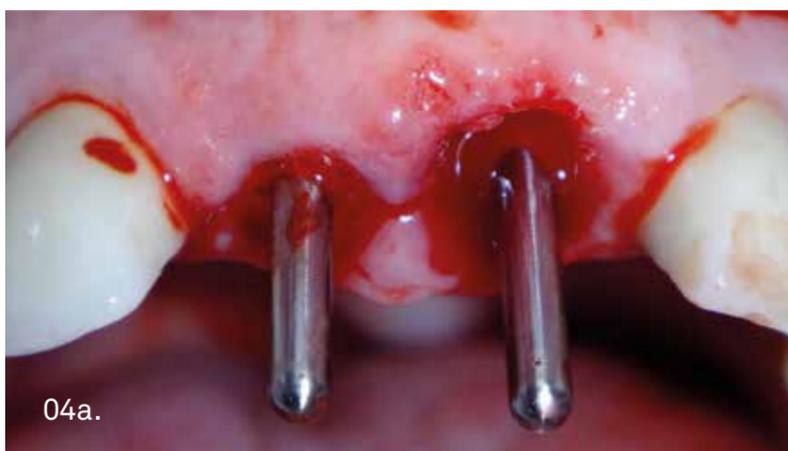
Licenciado en Odontología.  
 Universidad de Chile cirujano dentista. Universidad de Chile Grado Odontología. Universidad Europea Madrid miembro SIOCH Chile. Miembro AIO Italia. Miembro SEI España. Especialista en cirugía e implantología.

Paciente 50 años no fumadora, sin patologías relevantes, portadora de prótesis fija sobre implantes. Se indica exodoncia de 11-21, por fractura radicular no recuperable. Se decide realizar implantes inmediatos (Sweden & Martina), con provisionales inmediatos, utilizando aditamentos en PEEK con base mecanizada.

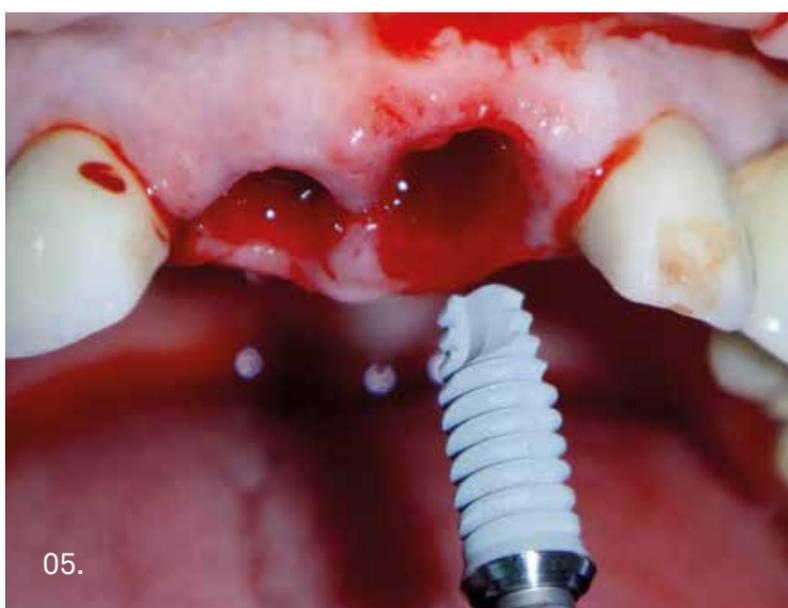




Exodoncia de piezas 11- 21, realizadas cuidando las tablas óseas, y con legrado de los lechos alveolares



Preparación quirúrgica de los lechos alveolares



Inserción de implantes seleccionados, Sweden & Martina, modelo Premium SP 3.8 x 11.5 mm



Posicionamiento y preparación de los aditamentos en p. 11- 21



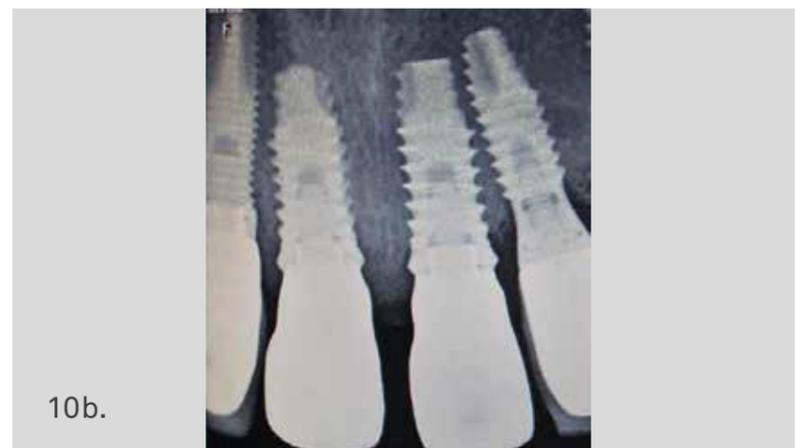
Rebase de provisionales y preparación final



Colocación en boca, torque de apriete 25 Ncm



Después de 90 días se toman impresiones para coronas definitivas



Prueba de metal y comprobación radiográfica



Prueba de cerámica, forma, color y control de oclusión



Como puede observar, al colocar las coronas definitivas, el tejido periimplantario se ha conservado en cantidad más que suficiente para obtener un resultado clínico favorable y de plena aceptación y satisfacción por parte del paciente



Atornillado con fuerza de torque 30 Ncm. Aspecto final de la rehabilitación protésica

# OZONE FRIENDLY



## DR. GIUSEPPE CHIODERA

Licenciado en Odontología y Prosthodontia Dentaria en la Università degli Studi de Brescia.  
Ganador en 2004 de una beca para perfeccionamiento en el extranjero en el Kings College University of London.  
Miembro de Style Italiano.  
Autor de artículos en revistas nacionales e internacionales.  
Ponente en congresos nacionales e internacionales.  
Práctica privada en Brescia

El Ozono es una tecnología que encuentra sus raíces en la historia de la odontología; de hecho, las primeras aplicaciones en ámbito médico han sido propuestas por un odontólogo y, sólo sucesivamente, han encontrado espacio en medicina.

Nuestra atención clínica está atraída por un aparato capaz de aumentar la concentración de ozono en las áreas donde sea necesario estimular en diferentes niveles la respuesta biológica del paciente, facilitando así su curación.

Esta alta concentración de gas hace que sea disponible ozono, y por tanto oxígeno, a los tejidos que interaccionan con el puntal del aparato, sólo es necesario que la proximidad sea suficiente para permitir el cierre del circuito, y por tanto la descarga eléctrica que produce ozono a partir del oxígeno ambiental.

Mejorar la cicatrización de los tejidos con un gas que decontamina los sitios tratados gracias a la acción anti-bacteriana y anti-viral significa reducir los edemas y, por tanto, las síntomas; eso quiere decir en menor cantidad de medicamentos y un aumento de la calidad percibida por el paciente.

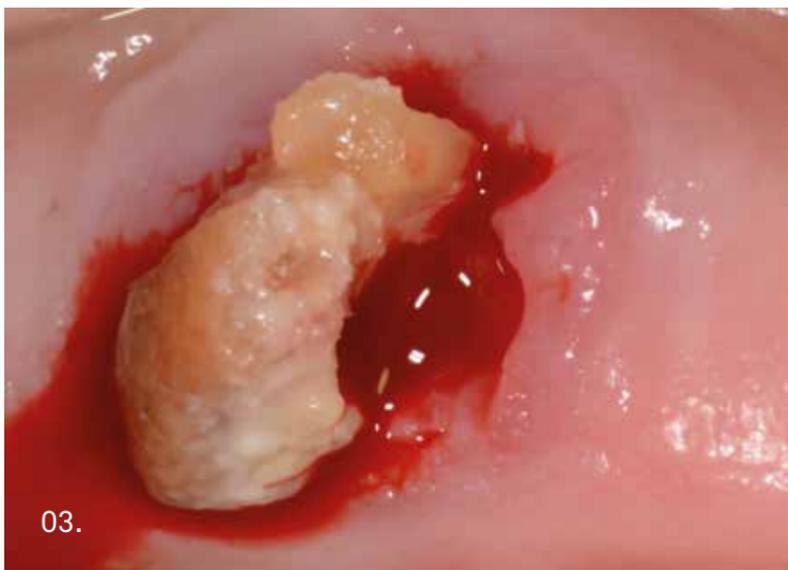
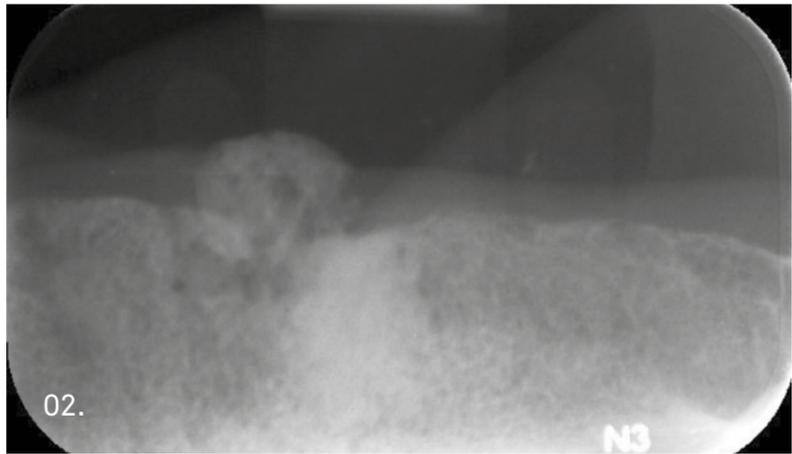
El oxígeno ozonoterapia es completamente analérgico. Los únicos pacientes a los que no se aconseja esta terapia son las mujeres embarazadas y los pacientes que llevan marcapasos.

## CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de 72 años de edad en un estado de buena salud y con sobredentadura total superior. Durante varios años se ha sido sometido a tratamiento con bifosfonatos, que se ha suspendido durante 2 años. Llega a la consulta con dolor por lo que hace que sea difícil el uso de la prótesis. Nos solicita eliminar una supuesta raíz residual alrededor de la cual la mucosa queratinizada se queda perpetuamente irritada. En la posición indicada por la paciente no encontramos una raíz, sino un secuestro óseo rodeado por una masa de tejido hipertrófico queratinizado, que se presenta con las claras características de una inflamación marginal (fig. 01). Radiológicamente el secuestro está bien definido y separado del hueso alrededor (fig. 02). Se decide eliminar el secuestro alertando a la paciente del riesgo de una posible osteonecrosis de la zona de intervención.

La eliminación del residual sigue siendo esencial para la molestia transmitida por la paciente. Una vez eliminada la masa ósea de aproximadamente un centímetro de diámetro (fig. 03) se sutura a partir de la base del hueso nativo, después de la colocación de una esponja de fibrina, para estabilizar el coágulo. Antes de descargar la paciente se hace una aplicación de ozono, siguiendo el protocolo que acompaña toda nuestra Oxígeno-Ozono-Terapia (OOT): 6 de potencia por un minuto cada centímetro cuadrado (fig. 04, 05, 06).

Después de 6 días se retira la sutura y se observa la formación de epitelio en la base del cráter. El paciente informó no haber tenido síntomas durante el periodo después de la cirugía. Se procede a la segunda aplicación de OOT con el mismo procedimiento adoptado en la sesión anterior (fig. 07). Después de 20 días el cráter se queda casi completamente cubierto por nuevo tejido con la re-epitelización evidente de la lesión tanto circunferencial como centrípeta (fig. 08).



# OZONOTERAPIA APLICADA EN LA CIRUGÍA DENTAL

## La nueva frontera totalmente natural para una acción bactericida efectiva

El ozono es conocido y utilizado en varias áreas industriales y médicas debido a sus propiedades oxidantes y antibacterias. **OZONE DTA** es un dispositivo especialmente diseñado para la terapia de ozono en el campo médico para realizar un tratamiento eficaz con total seguridad para el paciente.



### ¿POR QUÉ PROPONERLO?

- En pocos segundos **ELIMINA LAS BACTERIAS** del sitio tratado sin ninguna molestia o dolor para el paciente.
- **PROMUEVE LA CICATRIZACIÓN** de las heridas en el post-operatorio muy rápidamente, ideal para pacientes diabéticos.
- **REDUCE RÁPIDAMENTE EL EDEMA** en el post-operatorio.

### ¿CUÁNDO USARLO?

Aftas, herpes, inflamaciones, bolsas periodontales, gingivitis, estomatitis, cavidades, canales de raíz, tratamiento de procesos inflamatorios, desinfección y curación de heridas en el post-operatorio y post-extracción, reducción de edema, úlceras orales, candidiasis oral, tratamientos de ortodoncia, periodontitis crónica.

**OZONE DTA** viene equipado con un set de 5 sondas de vidrio de diferentes formas para poder afrontar los distintos problemas de la cavidad oral, contenidas en una bandeja autoclavable.



26<sup>TH</sup> ANNUAL SCIENTIFIC MEETING  
 OF THE EUROPEAN  
 ASSOCIATION  
 FOR OSTEOINTEGRATION

47 CONGRESO ANUAL  
 DE LA SOCIEDAD  
 ESPAÑOLA DE PRÓTESIS  
 ESTOMATOLÓGICA Y ESTÉTICA

# MADRID

FROM OCTOBER 5<sup>TH</sup>  
 TO OCTOBER 7<sup>TH</sup>, 2017

INVITED REGION:  
 LATIN AMERICA

TWENTY-FIVE YEARS  
 OF IMPLANT DENTISTRY.  
 WHAT HAVE WE LEARNED?

[www.eao-sepes2017.com](http://www.eao-sepes2017.com)



WITH A JOINT SYMPOSIUM



OCTOBER 5<sup>TH</sup>, 2017  
 10.30-12.30 am - ROOM 105

**IGNAZIO LOI**

**B.O.P.T.:**  
 INNOVATIVE TECHNIQUES ON  
 NATURAL TEETH AND IMPLANTS



  
**sweden & martina**

# CASO CLÍNICO REALIZADO CON ALINEADOR ORTODÓNCICO F22



## DR. NIKI ARVEDA

Escuela de Especialización en Ortognatodondia, Universidad de los Estudios de Ferrara, director: Prof. G.Siciliani

Licenciado en Odontología y Prótesis Dental a la Universidad de los Estudios de Pavia con nota final de 110/110 y honores. Especializado en Ortognatodondia a la Escuela de Especialización de Ortognatodondia de la Universidad de Ferrara con nota final de 50/50 y honores. Titular de beca a la Universidad de Ferrara en los años 2014, 2015, 2016, 2017.

Prof. de "Disciplinas odontostomatológicas" módulo "Odontología pediátrica" a la Universidad de Ferrara. Autor de publicaciones en revistas nacionales e internacionales. Relator en conferencias nacionales e internacionales. Miembro del Consejo directivo de SI@LIGN (Sociedad Italiana Alineadores) en los años 2015 y 2016. Es un libre profesional y se ocupa exclusivamente de ortognatodondia y pedodoncia.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años el número de pacientes adultos que solicita un tratamiento de tipo ortodóncico se está haciendo cada vez más relevante. El paciente adulto generalmente exige un tratamiento que tiene que ser no sólo confortable, sino lo más estético posible.

Hoy los alineadores representan por cierto la tipología de aparato más común para lograr este objetivo. Aunque las potencialidades de este tipo de aparato sean siempre más estudiadas y sea posible tratar maloclusiones siempre más complejas, hasta hoy los alineadores estéticos denotan algunas limitaciones. Estas limitaciones conciernen sobre todo factores de tipo biomecánico que dificultan especialmente el control de los movimientos radiculares<sup>(1)</sup>. Para que el tratamiento sea predecible y se obtenga un buen resultado en un plazo relativamente breve, es muy importante como se realiza el set up, o sea, como se programa el movimiento dental y, en consecuencia, la resolución de la maloclusión.

En este case report se enseña el caso de una paciente donde una cuidadosa y estratégica planificación digital del tratamiento ha permitido de obtener la resolución de la maloclusión en un plazo breve.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La paciente de 32 años se presenta a la consulta para solucionar el apiñamiento de las dos arcadas y exige un tratamiento estético y lo más rápido posible.

De las fotos extraorales la cara de la paciente resulta simétrica, los labios competentes, perfil bonito con adecuada proyección del mentón y ángulo naso-labial correcto. Al sonreír se observa una buena exposición de los incisivos superiores y una alineación apropiada de la línea media superior en la cara (Fig. 1, 2, 3).

Las fotos intraorales evidencian una desviación de la línea mediana inferior hacia la izquierda respecto a la línea mediana superior, debida a la posición ectópica del canino inferior izquierdo.

En el lado derecho presenta una segunda clase molar cabeza a cabeza, mientras que en el lado izquierdo la relación de segunda clase es de me-

nor entidad.

El apiñamiento consiste en 4.26 mm en la arcada superior y 6.78 mm en la inferior.

Por último, el índice de Bolton se encuentra correcto (0.77 Bolton anterior, 0.91 Bolton total - Fig. 4, 5, 6, 7, 8).

El análisis cefalométrico permite destacar una ligera tendencia a la segunda clase esquelética (ANB 4°) y un ángulo FMA de 25° que denota una divergencia normal de la paciente.

Los incisivos superiores muestran una retro-inclinación importante (U1-Palatal Plane 100°) a diferencia de los incisivos inferiores, donde se encuentra una retro-inclinación ligera (IMPA 92°). La ortopantomografía no muestra situaciones de relevancia, sino la falta de los elementos 18, 28 y 48 (fig. 9-10).

El tratamiento de ortodoncia se realizó con F22 Aligner (Sweden & Martina). El setup digital, el stripping y la aplicación de los grip point, así según los controles se realizaron en su totalidad por un especialista en ortodoncia (Fig 11).

Según lo previsto por el plan de tratamiento, se han planificado grip point vestibulares a los elementos 33, 34 y 35 y linguales a los elementos 13 y 23, programando la mayoría del stripping sobretodo en los cuadrantes 1 y 3 (Fig. 12). Todos los grip point y el stripping se ejecutaron en la primera visita de tratamiento, justo antes de entregarle a la paciente el primer alineador. La duración prevista del tratamiento fue de 7 meses con 14 alineadores programados por cada arcada. La paciente estuvo llevando los alineadores durante unas 22 horas cada día, quitándoselos solo durante las comidas y para la higiene oral. Cada alineador, se utilizó durante un plazo de 15 días y las visitas de control fueron planificadas cada 4 semanas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La planificación cuidadosa de todos los movimientos dentales es definitivamente el punto más importante de la terapia con alineadores estéticos.

La ejecución de un setup correcto de hecho, debe tener en cuenta las posibilidades y las limitaciones de los equipos que tratarán la maloclusión del paciente. A pesar del apiñamiento moderado, el caso examina-

do mostraba una posición del diente 33 bastante crítica para intervenir por medio de alineadores. El canino en cuestión, de hecho, presentaba antes todo una mesiorotación de casi 30° y además se encontraba en posición ectópica vestibolar. Esta malposición había causado en el tiempo una considerable pérdida de espacio en la arcada, causada por la mesialización de los sectores posteriores en el cuadrante tres y por la migración de los incisivos inferiores hacia esa zona con consecuente desviación de la línea mediana inferior.

A este propósito la literatura nos enseña que la derotación del canino inferior es uno de los movimientos más difíciles para hacer con alineadores<sup>(2)</sup> y en este particular caso esta corrección era aún más difícil por la proximidad de la raíz a la cortical vestibular mandibular, como se evidencia observando la protuberancia radicular en la imagen intraoral lateral izquierda (Fig 5). Dicho eso, programar la derotación completa de ese diente y el contemporáneo movimiento hacia lingual hubiera necesitado una notable entidad de stripping y por cierto un alto riesgo de fracaso, ya

que este movimiento es escasamente predecible. Por esta razón, un cuidadoso diagnóstico del caso y el conocimiento de los riesgos ha llevado a la planificación de un setup que incluyera una importante expansión de arcada, una vestibularización de los sectores frontales y una localización estratégica del stripping.

Observando las fotos intraorales frontales y oclusales aparece claro el torque acentuado de ambas arcadas, que como consecuencia lleva la curva de Wilson a un valor importante. La simple reducción del torque de los sectores posteriores por medio del desplazamiento hacia vestibular de las coronas lleva a una buena expansión de arcada que permite una ganancia de espacio considerable.

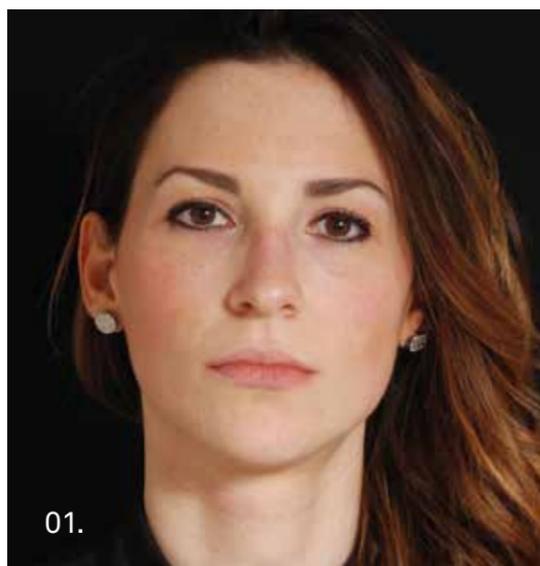
Del mismo modo, en los sectores frontales, observamos por valores cefalométricos como tanto los incisivos superiores como inferiores son inclinados posteriormente.

Los incisivos superiores en particular muestran una inclinación de 100° respecto al llano bi-espinal y, siendo el valor correcto 110°, eso indica la posibilidad de inclinar dicho sector de unos 10° más.

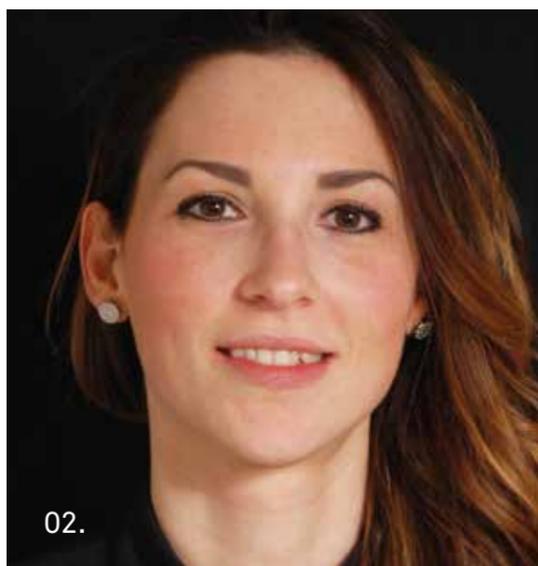
Una situación parecida se presenta también en el sector frontal inferior, donde la posición ligeramente retro-inclinada de los incisivos, un biotipo periodontal no sutil y la presencia de una buena sínfisis mandibular representan todos factores que nos permiten inclinar los incisivos sin riesgo de causar recesiones.

El movimiento hacia vestibular de los sectores frontales, sumada a la expansión trasversal de los sectores posteriores, permite distribuir todos los dientes en un arco circular más amplio y de obtener una forma correcta de la arcada, ganando al mismo tiempo mucho espacio<sup>(3)</sup>. La nueva forma limita considerablemente la necesidad de trasladar hacia lingual el diente 33 en el que, por tanto, queda por hacer solamente una desrotación.

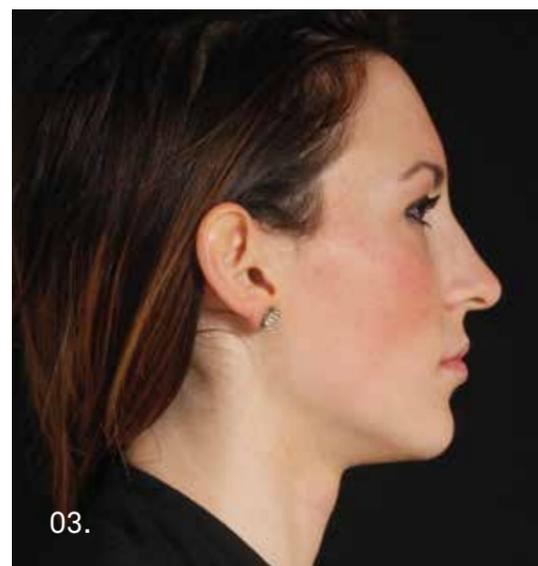
Una situación parecida se muestra también en la arcada superior, donde ambos caninos se encuentran inicialmente en una posición vestibular. La nota particularmente interesante es que la mayoría del apiñamiento se soluciona gracias al movimiento hacia vestibular de las coronas, que se realiza simplemente con un tipping sin control



Situación extraoral frontal inicial



Situación extraoral frontal inicial: sonrisa



Situación extraoral perfil inicial



Situación intraoral frontal inicial



Situación intraoral lateral izquierda inicial



Situación intraoral lateral derecha inicial



Situación intraoral oclusal superior inicial



Situación intraoral oclusal inferior inicial

debido a la aplicación de una fuerza sobre la superficie lingual de las coronas, movimiento muy predecible y que se obtiene de una manera muy fácil con este tipo de aparato.

Posteriormente, al fin de solucionar completamente la maloclusión, se programó con cuidado dónde actuar el stripping, haciendo especial atención al centrado de las líneas medianas.

Se ha realizado la mayoría del stripping en el cuadrante tres, ya que era necesario recuperar el espacio ocupado por el movimiento hacia mesial de los sectores premolares y molares debido a la malposición del 33 (Fig. 12). Este stripping ha permitido distalizar ambos premolares 34 y 35 por medio de un simple movimiento de tipping distal de la corona. Se hizo el mismo razonamiento para el sector incisivo que, gracias al stripping planeado para los dientes 43, 42 y 41 ha permitido la recuperación de la alineación de las medianas.

Finalmente para mejorar el engranaje posterior se ha hecho un stripping en el cuadrante uno que, sumado a la ligera distalización del sector molar y premolar, ha llevado a una mejora de la relación de clase.

El tratamiento se ha realizado con tan solo 14 alineadores por cada arcada y este resultado ha sido posible gracias a la planificación de movimientos predecibles. No se ha programado ningún movimiento radicular superior a 0,3 mm.

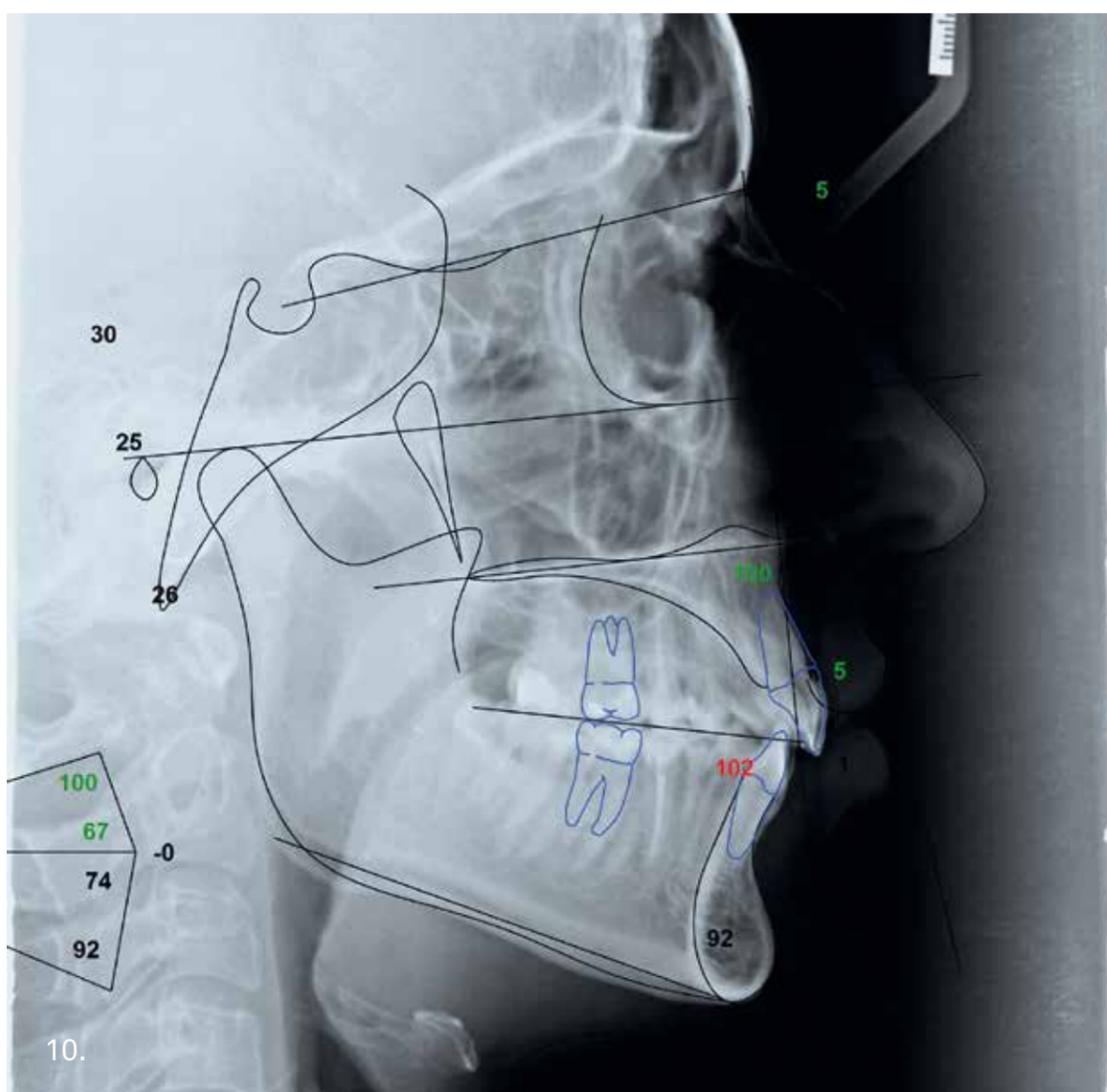
Para decidir el preciso número de alineadores necesarios se ha considerado el diente que necesitaba el movimiento más difícil, que en este caso era la derotación de 28° en el diente 33.

La elección de este tipo de staging lleva todos los dientes a empezar el movimiento al primero step y a finalizarlo al último alineador. De esta manera el diente 33 hará una derotación de 2° por alineador mientras que el resto de la arcada hará un movimiento mas lento, reduciendo el riesgo de no conseguir finalizar todo el movimiento programado en el setup inicial.

Al final del tratamiento, la comparación entre el resultado obtenido y la del setup digital indica evidencia de una elevada congruencia que indica que todo el movimiento programado ha dado resultado en el paciente (Fig. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).



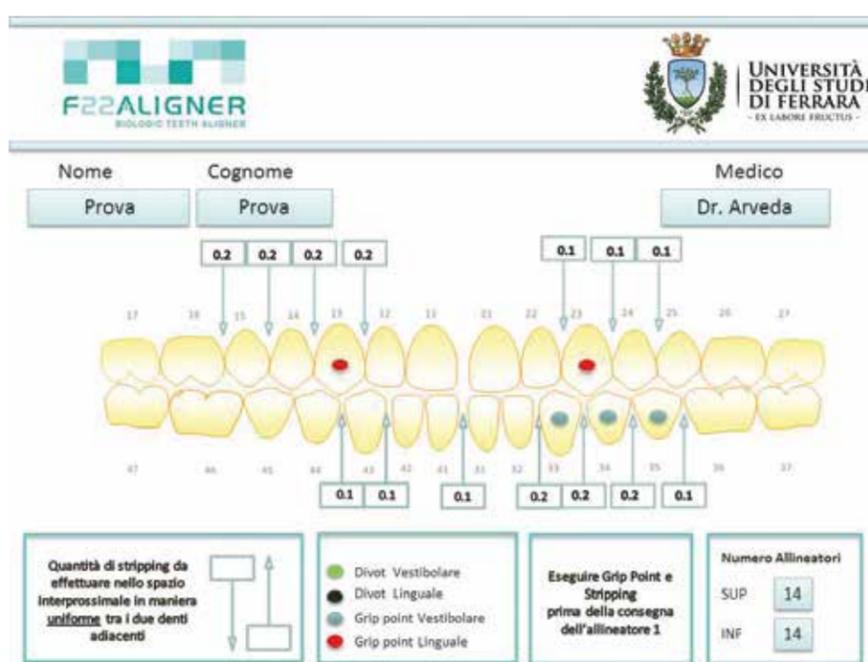
Ortopantomografía inicial



Teleradiografía lateral



Situación con alineadores (step 10)



12.

Prescrizione que indica número de alineadores, stripping y grip point



Situación extraoral frontal final



Situación extraoral frontal final: sonrisa



Situación extraoral perfil final



Situación intraoral frontal final



Situación intraoral lateral izquierda final



Situación intraoral lateral derecha final



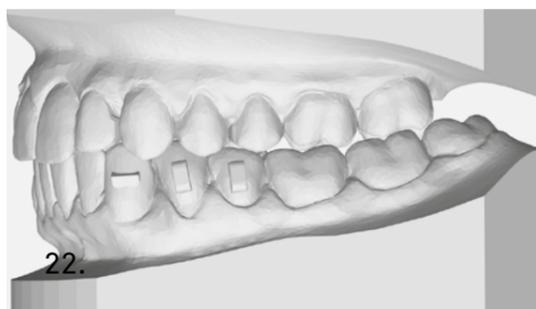
Situación intraoral oclusal superior final



Situación intraoral oclusal inferior final



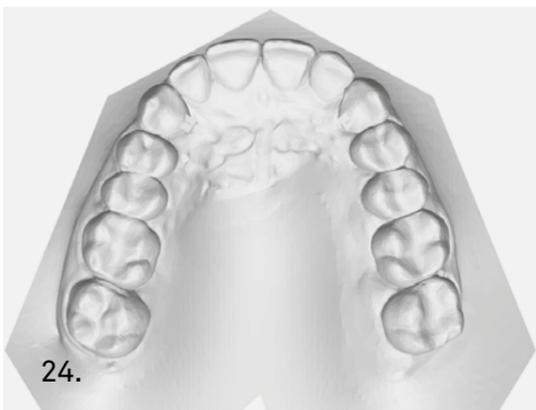
Setup inicial programado



Setup inicial programado



Setup inicial programado



Setup inicial programado



Setup inicial programado

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rossini G., Parrini S., Castroflorio T., Deregibus A., Debernardi C.L.; Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: A systematic review. *Angle Orthod.* 2015 Sep;85(5):881-9.
2. Kravitz N.D., Kusnoto B., BeGole E., Obrez A., Agran B.; How well does Invisalign work? A prospective study evaluating the efficacy of tooth movement with Invisalign. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;135:27-35.
3. Lombardo L., Fattori L., Molinari C., Mirabella D., Siciliani G.; Dental and alveolar arch forms in a Caucasian population compared with commercially available archwires. *Int Orthod.* 2013 Oct 23. doi:pii: S1761-7227(13)00084-3. 10.1016/j.ortho.2013.09.005.

# NUEVOS VÍDEOS PARA LAS SALAS DE ESPERA



El tiempo que el paciente pasa en la sala de espera puede convertirse en un recurso, un momento para aprovechar su receptividad, proveerle **informaciones sobre los planes de tratamiento** y preparar el terreno a las **propuestas terapéuticas** que se le van a hacer. Precisamente por esta razón Sweden & Martina ha realizado dos vídeos pensados para **explicar de manera sencilla** las diferentes oportunidades ofrecidas por las **rehabilitaciones implanto-protésicas** y por el **tratamiento con ortodoncia invisible**.

## Implantología

Una secuencia completa de explicaciones guiará a tus pacientes a través de diferentes opciones terapéuticas para tratar el edentulismo unitario, parcial y total, ilustrando por medio de breves vídeos **LOS BENEFICIOS DE LOS IMPLANTES RESPECTO A LAS SOLUCIONES PROTÉSICAS CONVENCIONALES**: esto permitirá que tus pacientes sean más conscientes del nivel tecnológico y cualitativo del plan de tratamiento que vas a proponerles. Además, gracias a la organización en preguntas y respuestas, se quedarán más tranquilos incluso para temas como los costes o el dolor, de los que a menudo los pacientes no quieren hablar contigo por vergüenza.

## F22 Aligner

Hoy en día los alineadores están bastante difundidos, pero a muchos pacientes no les queda clara la diferencia entre un bite nocturno y la ortodoncia invisible. F22 tiene unas peculiaridades que lo convierten en la mejor entre todas las soluciones presentes en el mercado: **ESTE VÍDEO ILUSTRARÁ A TUS PACIENTES LOS BENEFICIOS DE LOS NUEVOS POLÍMEROS EXCLUSIVOS** utilizados por Sweden & Martina, que hacen que el confort y la transparencia de las férulas sean insuperables. No sólo el apoyo de la Universidad de Ferrara como tutor de cada caso aumentará la calidad percibida sino que también te ayudará a incrementar tu profesionalidad.

**Los vídeos están disponibles gratuitamente para todos los clientes Sweden & Martina.**

Contacta con tu representante de zona para recibir la password necesaria para descargarlos.

## 2<sup>no</sup> CONCURSO VIDEO SWEDEN & MARTINA: LOS GANADORES

Se ha acabado con éxito el **2º concurso vídeo lanzado por Sweden & Martina**, que ha registrado una buena participación por parte de odontólogos y protésicos de toda España.

El jurado ha examinado todos los trabajos, evaluando contenido clínico y calidad técnica de la filmación, del montaje y eventuales animaciones 3D.

La alta calidad de todos los vídeos llegados ha sido tan apreciada que la empresa ha decidido proyectar los vídeos durante los principales congresos internacionales y difundirlos a través de sus redes sociales.

Los vídeos ganadores han sido galardonados en el maravilloso marco del congreso Premium Day en Padua, el pasado 26 de mayo: felicitamos a los primeros clasificados, que ya han recibido vales de compra de productos Sweden & Martina:

1. Dr. Gabriele Gori **“All on Four, Magnetic Mallet internal sinus lift, Shelta implants and Conoweld prosthetic solution”**
2. (en igualdad): Dr. Guillermo Cabanes **“Magnetic Mallet, Prama y B.O.P.T.”**
2. (en igualdad): Dr. Davide Di Paola **“Riabilitazione complessa arcata superiore. Chirurgia guidata a carico immediato”**
4. Dr. Marco y Andrea Possenti **“Ozonoterapia in odontoiatria”**



El dr. Guillermo Cabanes, aquí con el Presidente de Sweden & Martina dr. Sandro Martina, recibe el premio por su vídeo sobre Magnetic Mallet, Prama y B.O.P.T.

YouTube



vimeo



Los vídeos de los participantes ya están disponibles en los canales Youtube y Vimeo de Sweden & Martina.





**PROF. DR. GUILLERMO  
PRADÍES RAMIRO**

Director del Departamento de Prótesis Bucofacial de la Universidad Complutense de Madrid.

### El digital: ¿es una real simplificación del trabajo?

El digital es todo un protocolo de trabajo que puede y debe incluir todas las fases implicadas en un procedimiento odontológico restaurador. Así, es un flujo de trabajo en el cual partiendo de los recursos digitales de diagnóstico como la radiología y la fotografía se pasa a una fase de diseño también con recursos digitales y finalmente a una de producción. En mi opinión más que un protocolo de simplificación del trabajo se trata de un protocolo de OPTIMIZACIÓN y MEJORA DE LA CALIDAD de los procesos.

### ¿Cuál es el valor añadido y cuales son las nuevas oportunidades que se abren para la odontología/odontotecnia digital?

Como decía en la pregunta anterior los principales valores en mi opinión son la mejora en la calidad de los procesos así como en su trazabilidad, posibilidad de volver a producir sin necesidad de comenzar desde el principio de un procedimiento, disminución del espacio físico necesario para almacén, etc. Por poner un ejemplo sencillo, si un paciente te llama diciendo que se le ha fracturado una corona cerámica, puedes tener preparada una nueva antes de que el paciente asista a la consulta. Eso supone una ventaja imbatible con respecto a los procedimientos previos a la digitalización, donde era necesario el almacenamiento de modelos físicos, la repetición de registros, etc.

### ¿Cuál es el impacto de las tecnologías digitales en la gestión de los costes? ¿Cuánto tiempo lleva la inversión inicial y en qué manera se vuelve en ahorro y beneficio económico?

Sin duda la incorporación de las tecnologías digitales en la consulta dental tiene un impacto sobre los costes. Sin embargo, no es fácil contestar en que sentido. Por ejemplo, la simple utilización de un software de filiación reduce costes de papel, espacio de almacenamiento, etc. pero también requiere un alto esfuerzo en mantenimiento técnico del software, cambios de hardware, etc.

En cuanto a la aparatología de digitalización intraoral como por ejemplo los escáneres, suponen una inversión económica importante que no estoy seguro que el Odontólogo llegue a amortizar de una manera clara. Estos sistemas tienen una clara obsolescencia programada que sin duda de momento está lastrando claramente este tipo de inversiones. Sin embargo, no tengo ninguna duda de que hay que incorporarlos ya. El Odontólogo debe saber que independientemente de costes o curvas de

## EL MUNDO DE LA OD LA OPINIÓN DE UN CLÍNICO

aprendizaje, está obligado a ofrecer el mejor tratamiento a su paciente y hoy en día, eso pasa por la aplicación de los procesos digitales. Estoy seguro que en un corto periodo de tiempo la curva de coste beneficio se equilibrará y la inversión será claramente más rentable precisamente porque la “vulgarización” de los procesos produce siempre disminución de costes y aumento de beneficios.

### ¿El flujo digital está al alcance de todo el mundo? Y si no, ¿dentro de cuánto tiempo va a serlo, por lo menos para una parte de los procesos de la clínica o del laboratorio?

El flujo digital está dentro de todas las consultas YA. Insisto que el flujo digital no es sólo el tan nombrado CAD/CAM, el flujo digital se inicia cuando filias a un paciente en el programa de gestión de la clínica, sigue cuando le tomas una foto, cuando le haces un DSD, cuando encargas una restauración de Circonio, etc. Independientemente de que el clínico tenga o no por ejemplo un escáner intraoral. Para hacer una barra fresada o para fresar el circonio, es necesario que previamente el modelo esté digitalizado, si no lo ha hecho el Odontólogo en el gabinete, lo hará el técnico en su laboratorio con un escáner extraoral, a partir de ahí el flujo pasa a ser digital. En la actualidad nos encontramos en una fase en la que un gran número de procedimientos clínicos y de laboratorio son “ineludiblemente” digitales. Lo que pasa, es que todavía para ciertas fases del tratamiento cambiamos constantemente de digital a analógico y de analógico a digital.

### ¿El digital permite hacerlo todo o todavía hay procedimientos que sólo se pueden hacer manualmente?

Yo creo que hoy en día el digital permite hacer un 70-80 % de los procedimientos. Nuevamente el problema está en que todavía tiene ciertos gaps que tienen que ser mejorados y para los cuales seguimos utilizando recursos manuales. Yo diría que en diseño y elaboración de barras, estructuras y trabajos monolíticos en sectores posteriores, estamos ya al 100%, sin embargo, la caracterización e individualización de restauraciones anteriores requiere sin duda de la mano del “artista” protesista.

En lo que atañe al Odontólogo yo creo que nos dirigimos hacia un modelo “chairside” en el que gracias a los sistemas clínicos CAD/CAM el paciente podrá ver terminados sus tratamientos con una alta calidad, en una sola visita. Por otra parte, la desaparición de las impresiones y modelos físicos es sólo una cuestión de tiempo para la mayoría de los trabajos. No me gustaría terminar esta entrevista sin resaltar que la tecnología digital no sólo mejora los procesos de trabajo dental en el campo protésico sino que ofrece un sin fin de posibilidades que enlazan con la realidad virtual, la realidad aumentada, el “internet of the things”, etc.

No tengo ninguna duda de que debemos de ser digitales, YA.

# ONTOLOGÍA DIGITAL

## LA OPINIÓN DE UN PROTÉSICO

### El digital: ¿es una real simplificación del trabajo?

La digitalización del trabajo de laboratorio realmente lo que consigue es una simplificación de los procesos de trabajo ya que existen menos pasos intermedios que puedan incrementar los errores así como sobre todo, una predictibilidad del resultado final, ya que siempre obtenemos los mismos resultados en cuanto a precisión y calidad del material porque es un proceso automatizado e industrial.

Un claro ejemplo lo tenemos en la confección de las estructuras de metal en las cuales los procesos de encerado, puesta en cilindro y colado, se eliminan por la producción de estructuras, tanto coladas como sinterizadas por tecnología cad-cam.

### ¿Cuál es el valor añadido y cuales son las nuevas oportunidades que se abren para la odontología/odontotecnia digital?

La odontología digital y sobre todo todo lo que se refiere a la tecnología cad-cam pone a disposición de todos los técnicos y clínicos la oportunidad de utilizar todo tipo de materiales y técnicas que en procesos convencionales son más difíciles así como se abre un nuevo sistema de colaboración entre clínico y el técnico ya que el work flow digital requiere de mucha interacción entre todos el equipo de trabajo (clínico-técnico y paciente). Para el técnico de laboratorio también se crea nuevas figuras como puede ser el técnico especialista en diseño cad, el cual pasa a formar parte imprescindible de lo que podríamos definir como los nuevos laboratorios digitales.

### ¿Cuál es el impacto de las tecnologías digitales en la gestión de los costes? ¿Cuánto tiempo lleva la inversión inicial y en qué manera se vuelve en ahorro y beneficio económico?

El coste que supone para el técnico de las nuevas tecnologías deberíamos analizarlo desde dos puntos de vista:

1. diseño de estructuras;
2. confección de estructuras.

En lo que se refiere al diseño cad, es cada vez más asequible para todos los técnicos ya que el precio de los escáner y software de diseño cada vez se está ajustando más por lo que la repercusión en los costes finales no supone un gran cambio en relación a los procesos convencionales además hay que tener en cuenta que esta tecnología requiere de una constante actualización que una vez realizada la inversión inicial del software, es desde mi punto de vista razonable aunque creo que es un coste que en el futuro se debería de reducir para poder hacer esta tecnología más asumible por todo el mundo

Referente a la confección de estructuras, en el mercado se dispone de todo tipo de soluciones, desde precios muy asequibles para laboratorios pequeños hasta las más grandes para centros de fresado o laboratorios grandes. También y, como es mi caso, el envío de estructuras a un



**SR. JAVIER  
PÉREZ LÓPEZ**

Director del laboratorio Oral Design Center Galicia Técnica  
Dental Studio VP, Lugo, España

centro de fresado de alta calidad, en la que me aseguren unos tiempos de entrega rápidos y precisión muy elevada, supone un precio muy razonable y que puede ser asumible por el clínico, técnico y paciente.

A sí mismo y si no se quiere realizar ninguna inversión inicial, incluso se puede utilizar la tecnología digital sin tener ningún escáner ni software de diseño, enviando los trabajos a un centro de producción que disponga de la opción de diseño cad, el cual, mediante un correo electrónico le devuelven la propuesta de diseño al cliente para su aprobación y en caso de aceptar poder producir la estructura. Con esta opción, un laboratorio puede utilizar las herramientas digitales si necesidad de inversión inicial ninguna.

### ¿El flujo digital está al alcance de todo el mundo? Y si no, ¿dentro de cuánto tiempo va a serlo, por lo menos para una parte de los procesos de la clínica o del laboratorio?

Desde el punto de vista del técnico, hoy en día y tal y como explique anteriormente creo que esta al alcance de todo el mundo y muy introducido en el laboratorio, en la clínica es menor pero creo que en los próximos años estará mucho más introducido.

Creo que en la parte de prótesis fija sobre dientes, actualmente está muy desarrollado y tenemos soluciones muy precisas y reproducibles. Se está trabajando mucho en la prótesis sobre implantes para poder abarcar todas las situaciones posibles que en la actualidad no son predecibles como son los casos de implantes en tramos largos y curvos así como las rehabilitaciones totales pero, estoy seguro de que llegaran. Otro proceso en el que el flujo digital encaja perfectamente y además se está convirtiendo en un desarrollo imprescindible actualmente es el estudio estético y planificación de casos mediante DSD o diseños virtuales de la sonrisa lo que nos facilita ya ahora y en un futuro muy cercano poder pre visualizar, analizar y comunicarnos de una manera bastante precisa y así realizar un trabajo personalizado para el paciente.

### ¿El digital permite hacerlo todo o todavía hay procedimientos que sólo se pueden hacer manualmente?

Actualmente la mayor parte de los procesos se pueden realizar digitales pero si es necesario en algunos casos bajar a la técnica convencional, sobre todo en casos como:

- finalización y texturización de casos monolíticos;
- recubrimientos cerámicos;
- casos de implantes antiguos o que no tienen desarrollado el protocolo digital;
- combinación de materiales y técnicas, etc.

# ESCÁNER INTRAORAL CS3600

## UN ESCÁNER MÁS RÁPIDO, MÁS INTELIGENTE, MÁS EFICIENTE

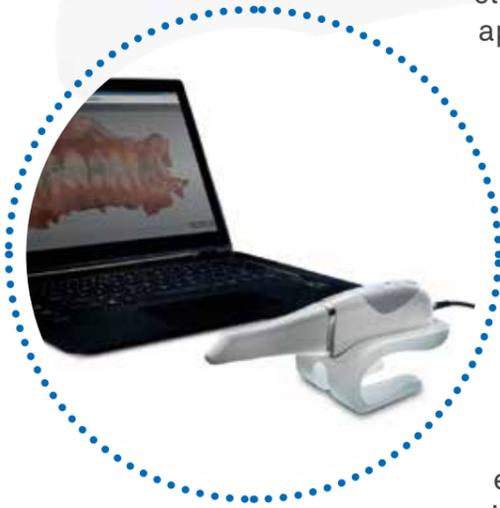
Exclusivas funciones de exploración continua, de elevada rapidez, en color 3D Full HD

- **Sistema de adaptación inteligente:** permite al usuario completar la información que falte en cualquier zona
- **Historial de datos de exploración:** le permite eliminar el exceso de tejido explorado para obtener una impresión digital final con mayor nivel de detalle
- **Fujos de trabajo específicos**
- **Exploración con un sistema abierto:** ofrece una flexibilidad óptima con archivos generados .STL y .PLY



### Escáner único, tres flujos de trabajo

el escáner es compatible con un amplio conjunto de aplicaciones, con flujos de trabajo específicos para restauraciones, ortodoncia y restauraciones sobre implantes.



**Restauraciones:** Utilice el escáner como una solución independiente y envíe las exploraciones al laboratorio elegido, o integre el equipo en la gama de productos de restauración CAD/CAM de CS Solutions para un flujo de trabajo de restauración completo en el sillón de tratamiento.

**Ortodoncia:** Cree modelos digitales de forma rápida y sencilla para estudios o para la fabricación de aparatos dentales.

**Restauraciones sobre implantes:** Un flujo de trabajo diseñado específicamente para exploraciones de restauraciones sobre implantes, pilares apoyados y cuerpos de exploración.



# ESCÁNER ÓPTICO NEWAY

## DIGITALIZACIÓN EN EL LABORATORIO



POWERED BY  
**neWay**

Un sistema de escaneado abierto, basado en la tecnología de adquisición 3D de luz estructurada que garantiza en pocos minutos una completa digitalización de los modelos, incluso eventuales áreas marginales, y puede comunicar con otros software en formato STL.

- Mayor velocidad de escaneado
- Alineaciones automáticas
- Ninguna restricción de orientación del objeto en el escáner
- Escaneado y diseño simultáneos
- Generación de las mallas simultánea al escaneado
- Proyectos guardados automática y continuamente
- Modo Experto
- Control de calibrado periódico
- Actualizaciones gratuitas, automáticas y constantes
- A uso Mouse 3D

# EXOCAD DENTAL CAD

## UN SOFTWARE SENCILLO PARA LOS PRINCIPIANTES Y UNA POTENTE HERRAMIENTAS EN MANOS DE UN EXPERTO



POWERED BY  
**exocad**

El software EXOCADCAD es una herramienta apreciada por todos los laboratorios por su **rapidez** y su **sencillo manejo**; ayudando a reducir los costes en nuestros trabajos y maximizar la productividad. Es fiable y potente, incluso en los casos más complejos de nuestro trabajo diario.

### FUNCIONES DEL SOFTWARE BÁSICO

- |  |  |
|--|--|
|  Cópias             |  Wax up                 |
|  Inlay y Onlay      |  Telescópicas primarias |
|  Coronas anatómicas |  Carillas               |
|  Puentes            |  Ataches                |

### MÓDULOS ADICIONALES

- |   |   |
|---|---|
|  Prótesis sobre implantes    |  Movimiento mandibular           |
|  Férulas de descarga         |  Articulador virtual             |
|  Dentaduras completas        |  Módulo Creador de Modelos       |
|  Módulo Renderizado TruSmile |  Biblioteca morfologías dentales |
|  Pilares de barras           |  Módulo Visualizador DICOM       |
|  Coronas provisionales       |  Prótesis removible parcial      |

## 17º PREMIUM DAY MÁS ALLÁ DE LAS FRONTERAS: REVOLUCIÓN PROTÉSICA Y DIGITAL

No había nada fuera de lugar en el Palazzo della Ragione durante los tres días que han hospedado en un contexto arquitectónico extraordinariamente emocionante, una serie de ponencias científicas capaces de atraer la atención absoluta de 1380 participantes de todo el mundo. Uno para todos, este significativo indicador: la sala todavía llena a las 14.00 horas del sábado, el tercer día, para escuchar a los dos últimos ponentes del 17º Premium Day, a pesar de la atracción de las plazas de los alrededores y favorecida por el clima templado.

La apertura del curso pre-congreso, el jueves 25 de mayo, fue confiada al **Dr. Ignazio Loi**, quien ha ilustrado la transferencia de la técnica de restauración B.O.P.T. del diente natural a la implanto-prótesis, con la evolución de los principios fundamentales - la invasión controlada del surco, la preparación vertical del diente, la creación de una nueva CEJ protésica - a la implantología, en primer lugar con la realización de pilares sin margen fresables, los pilares B.O.P.T., y posteriormente con la realización de un implante transmucoso de última generación: Prama, el verdadero protagonista del congreso, el indiscutido éxito de la empresa presentado hace 3 años.

La transferencia de los conceptos de la técnica B.O.P.T. del diente natural hasta las rehabilitaciones sobre implantes fue el hilo conductor del pre-congreso, que continuó por la tarde con la presentación del concepto XA, a cargo de los **dr. Xavier Vela Nebot y Xavier Rodríguez Ciurana** del centro B.O.R.G. de investigación sobre la osteointegración, del cual son los fundadores. Partiendo de la premisa de que los tejidos blandos son fundamentales para el mantenimiento de la función de los dientes y de los tejidos óseos alrededor de ellos, los dos médicos han ilustrado los conceptos basados en la razón fundamental que ha llevado a la creación de **la nueva línea protésica XA**, desarrollada en colaboración con Sweden & Martina. Estos pilares se caracterizan por una morfología sin margen con unas micro-espiras alrededor de la plataforma, capaz de guiar las fibras de colágeno y estimular su producción y organización. Esto aumenta el grosor del tejido blando, la conservación y el aumento de los niveles de hueso crestral, con excelentes resultados estéticos, documentados por los casos clínicos presentados.

# PREMIUM DAY

PADUA

25-27 de MAYO 2017



Después de la bienvenida por parte del Presidente de Sweden & Martina Sandro Martina y del Prof. Edoardo Stellini por conto del magnífico rector de la Universidad de Padua, indiscutible protagonista del primer día de congreso fue el implante PRAMA: los **doctores Giuseppe Vignato y Costantino Vignato** han excelentemente ilustrado las características técnicas y morfológicas del implante para delinear sus puntos de fuerza.

La geometría monolítica conjuntamente al cuello transmucoso hiperbólico inspirado a la técnica B.O.P.T. hacen del implante Prama un instrumento capaz de maximizar el grosor de los tejidos blandos manteniendo a largo plazo los tejidos duros, aprovechando su flexibilidad de colocación quirúrgica y su versatilidad protésica.

Los días de congreso fueron caracterizados por ponencias de altísimo nivel, entre todas cabe destacar los estudios clínicos presentados por el **Prof. Ugo Covani**, director del dell'Istituto Stomatologico Toscano, que compartieron con los participantes sus propias conclusiones resultantes de años de investigación y experiencia clínica en odontología.

En los tejidos alrededor del implante, fueron focalizadas las intervenciones del **sábado** del **Dr. Roberto Abundo**, con su enfoque en la perimplantitis y su tratamiento quirúrgico, y del **Dr. Marco Csonka** que, como cirujano maxilofacial, se centró en una cirugía muco-gingival revisada para optimizar el resultado estético en implantología.

Al término, las intervenciones del **Dr. Gioacchino Cannizzaro**, con su implantología orientada al paciente, y el **Dr. Ignazio Loi**, sobre la dominancia de las formas en la conformación de los tejidos, mantuvieron la sala llena y entusiasta hasta el último minuto del Congreso.

**Evento dentro del evento, la Fiesta de Gala**, emocionó y sorprendió a los 1650 invitados con bailarines en zancos, coreografías y escenografías de luces: formas innovadoras de expresión y una variedad de lenguajes artísticos de la empresa Corona Events, que desde hace algunos años alegra numerosos eventos internacionales, incluyendo la edición de este año del Carnaval de Venecia.



SEPA  
Málaga, 25-27 de Mayo 2017



IDS  
Colonia, 21-25 de Marzo 2017



## CUPÓN DE ABONO GRATUITO A NUMERIUNO ESSE&EMME REVISTA DE NOTICIAS

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

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

PARTIDA IVA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

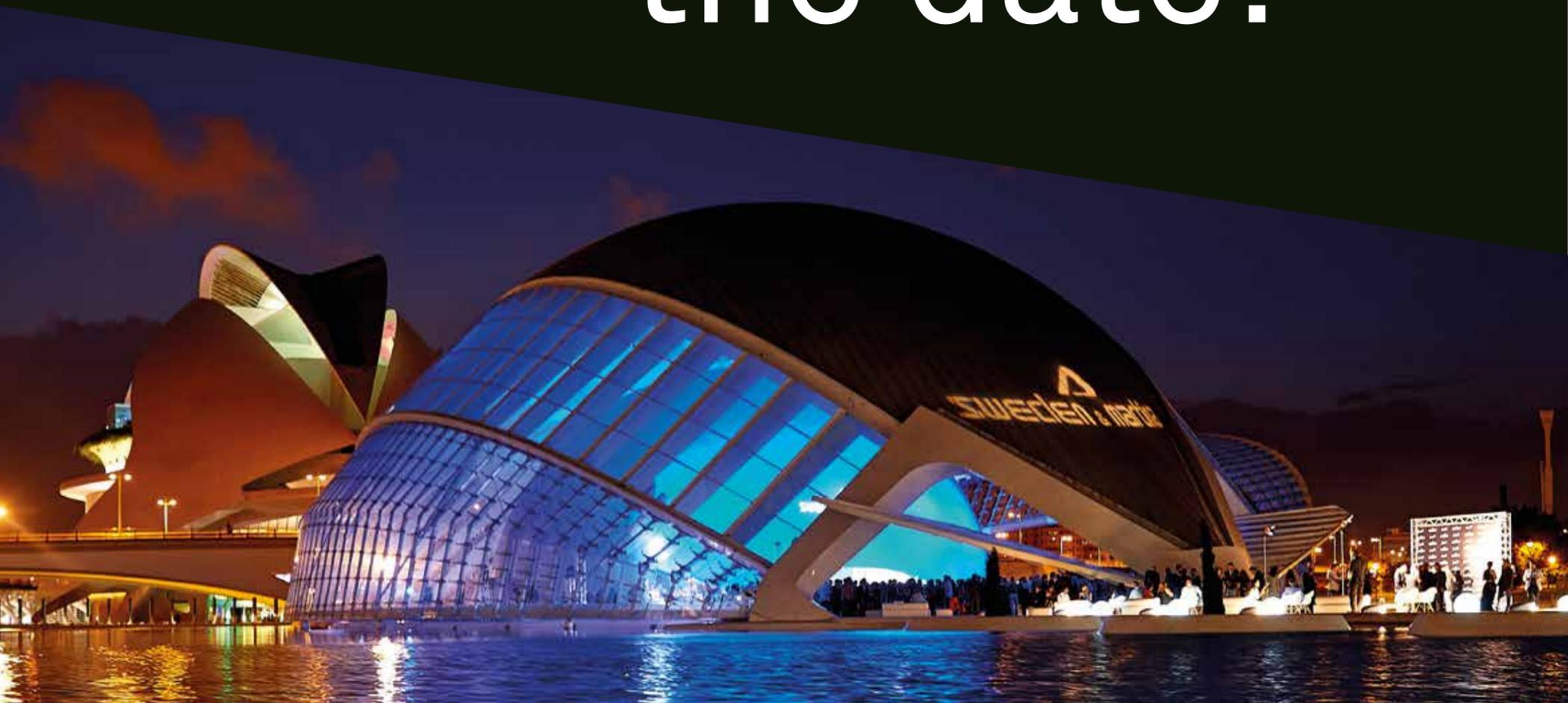
¿USTED ES YA CLIENTE SWEDEN & MARTINA?  SÍ  NO

Estoy interesado en:

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

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

# Save the date!



**18°**  
**Premium Day**  
Congreso Internacional de  
implanto-prótesis integrada

7-9 junio 2018

Valencia, Palacio de Congresos  
Avda Cortes Valencianas 60

  
**sweden & martina**

