

NUMERI UNO



**Sweden & Martina
bien vale un viaje**
Dr. Ramón Soto Yarritu
Quintana



Dr. Laguna Martos M.
Corrección de la
angulación de implantes
en zonas de expansión
ósea. A propósito de un
caso



Entrevista
**Grupo OHI y
Sweden & Martina:
una colaboración de
excelencia**



**Dr. Cabaña M.,
Dr. Utrilla Ayala J.**
Elevación de seno
minimamente
invasiva. Visión
intraoral e
intrasinusal

Será el maravilloso Palacio de Congresos de Valencia, galardonado en 2010 como mejor palacio de congresos del mundo, el marco del 3^{er} Premium Day Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada, que tendrá lugar en los días 30 de junio, 1 y 2 de julio de 2016.

Interesantes ponencias de las más importantes personalidades nacionales e internacionales, en una atmosfera que une celebración y un alto nivel científico. Apuntaos las fechas, ios esperamos!



Novedad del mercado
**Global:
soluciones PRESIZE**



Dr. Sandri L. P.
Rehabilitación
protésica compleja
del maxilar superior:
comparación entre
técnicas quirúrgicas
con implantes
sumergidos y
post-extracción

Save the date!

**3^o
Premium Day**
Congreso Internacional de
implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos,
Avda Cortes Valencianas 60

13th 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
- 14.30 - 17.30 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 Bisclaro**
- 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**
Ceremonia del 3^{er} Premio Roberto Cornellini
- 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 bien vale un viaje



Dr. Ramón Soto Yarritu Quintana
Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid

Sirvan éstas líneas para expresar mi agradecimiento y felicitación personal a la empresa Sweden & Martina tras la reciente visita que tuve el honor de realizar a sus instalaciones en la bonita ciudad de Padua.

Pude comprobar en primera persona lo avanzado de la tecnología utilizada, las infranqueables medidas de control de calidad y asepsia, elementos fundamentales para conseguir un resultado final de una incuestionable calidad en sus productos.

No en vano, desde hace más de 25 años, es líder absoluto en la fabricación y distribución de implantes en el mercado dental italiano.

Si quisiera destacar lo que a mi juicio es la piedra angular de dicha compañía, me refiero al valor humano de todo el plantel laboral con su Presidente Sandro Martina y el Director General Stefano Coltri a la cabeza del mismo capitaneando dicho equipo.

En lo referente a Sweden & Martina España, felicitar a Gianfranco Parente por su magnífica labor de implantación de la empresa y sus productos en la Península Ibérica.

Como no podía ser de otro modo, cuentan con mi absoluta confianza y todo mi apoyo.

Reciban un abrazo.

Dr. Ramón Soto - Yarritu Quintana



El Dr. Ramón Soto - Yarritu Quintana con Sandro Martina, Presidente de Sweden & Martina

4

Corrección de la angulación de implantes en zonas de expansión ósea. A propósito de un caso

Laguna Martos M.

Instituto Manchego de Implantología y Estética, IMAYE



Dr. Martín Laguna Martos

Licenciado en odontología por la universidad complutense de Madrid.

Implantología clínica por la universidad complutense de Madrid.

Práctica privada en Instituto Manchego de Implantología y Estética (IMAYE).

Introducción

Es frecuente encontrar casos de atrofia ósea en situaciones en que pretendemos colocar implantes e incluso provisionalización inmediata.

Cuando la atrofia es severa y requiere de procedimientos de regeneración ósea previos, los tiempos de tratamiento se alargan y el número de cirugías aumenta al tiempo que la insatisfacción de nuestros pacientes se eleva.

Sin embargo, cuando la atrofia es moderada y afecta en mayor medida al componente horizontal, la expansión ósea se presenta como el tratamiento de elección ya que nos permite incrementar el volumen óseo a la vez que colocamos los implantes, pudiendo incluso, provisionalizar de forma inmediata reduciendo tiempos y número de intervenciones.

El problema de este tipo de procedimientos es que los implantes suelen quedar en la misma orientación que presentaba el proceso óseo residual (en el maxilar superior proyectado a vestibular debido a la reabsorción centrífuga por la debilidad estructural de la cortical bucal) generalmente desfavorable para la posterior elaboración de la prótesis.

Gracias a los sistemas CAD-CAM y a la aparición de pilares dinámicos podemos solucionar estos problemas de forma sencilla.



Caso clínico

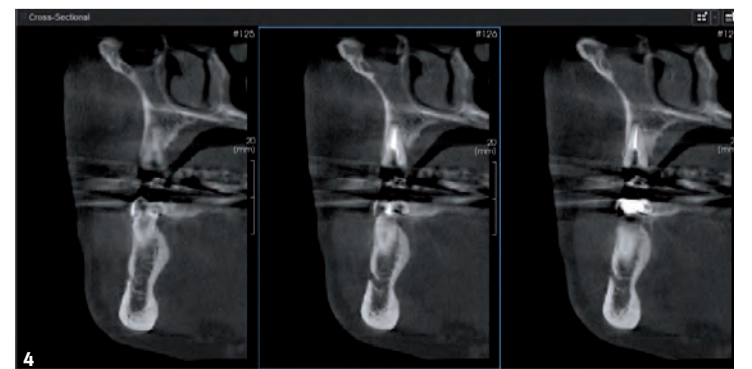
Paciente mujer de 55 años de edad que acude a la consulta porque “se le ha caído un puente”.

En la exploración clínica observamos la fractura radicular del 25 que hacía de único pilar de un puente de 25 y 24 en extensión mesial.

Proponemos como tratamiento la exodoncia del resto radicular del 25, colocación de dos implantes en 24 y 25 y provisional inmediato de ambos implantes ya que la demanda estética de la paciente era elevada.

En el estudio radiográfico observamos una cortical vestibular gruesa y un volumen óseo apical a la raíz suficiente a nivel del 25 que permite la colocación de un implante inmediato. Así mismo, a nivel del 24 confirmamos lo que ya vimos en la exploración, una reabsorción moderada de la tabla vestibular que nos obligará a colocar un implante estrecho o a realizar expansión ósea.

Gracias al empleo del Magnetic Mallet, esta técnica se vuelve rápida, cómoda y de resultados predecibles.



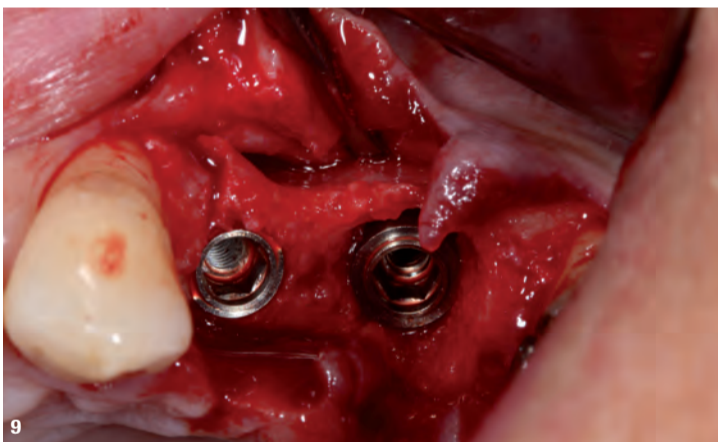
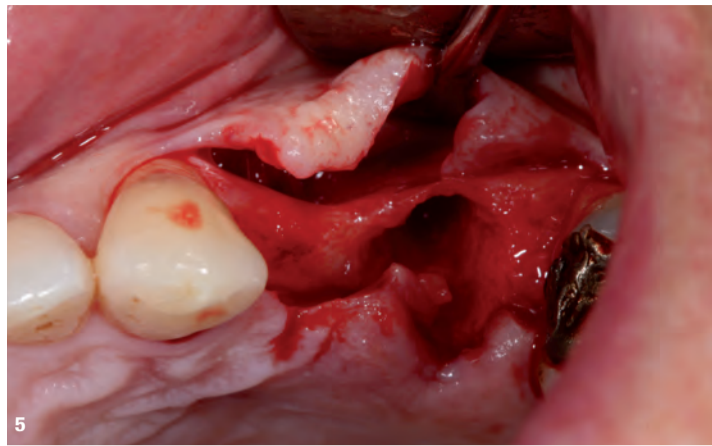
Se realiza la exodoncia del resto radicular del 25 de forma atraumática.

Elevamos un colgajo a espesor total con la finalidad de controlar la movilización e integridad del fragmento óseo vestibular durante la expansión aun sabiendo que al interrumpir la vascularización de la cortical del alveolo del 25 comprometemos su irrigación ya que ésta presente un grosor muy favorable.

Obsérvese la concavidad vestibular a nivel del 24. Iniciamos el Split crest con las corticotomías supracrestal y vertical liberadora.

A continuación introducimos el primer inserto del protocolo del Magnetic Mallet a través de la osteotomía crestal con el nivel 3 de potencia de impacto hasta el inicio de la movilización. Seguidamente usamos la punta expansora hasta la profundidad deseada en función de la longitud del implante.

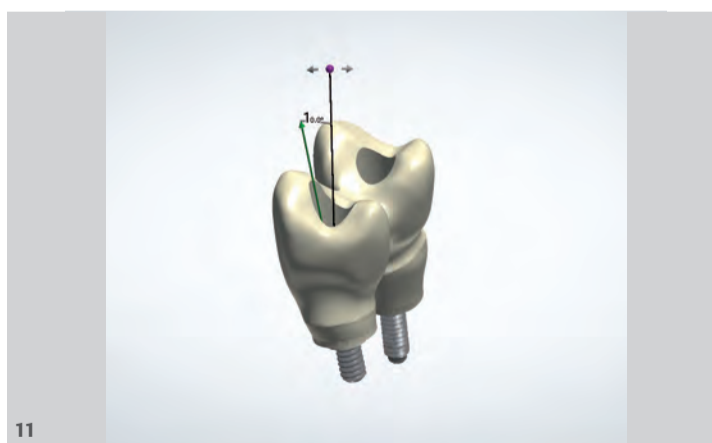
Una vez preparados los neoalveolos introducimos los implantes, en este caso un Kohno 3,80 x 11,5 para el 24 y en el 25 un Shelta 4,25 x 11,5 (implante ideal para postextracción y para carga inmediata por la gran estabilidad primaria que logra en cualquier calidad ósea).



Transcurrido el tiempo de integración procedemos a la toma de medidas con técnica de cubeta abierta.

Al colocar el tornillo largo del transfer apreciamos la angulación excesiva del implante del 24, que obligaría a situar la emergencia del tornillo de la futura corona a nivel vestibular. Gracias a las posibilidades que ofrecen los software de diseño digital, y a la utilización de tornillos especiales reubicamos el acceso del tornillo en el centro de la cara oclusal, haciendo posible desarrollar una estructura atornillada directa a implante.

Estructura de Cromo-Cobalto mecanizado postsinterizado y recubrimiento cerámico.



Caso clínico realizado con implantes KOHNO Y SHELTA

Grupo OHI y Sweden & Martina: una colaboración de excelencia

Entrevista a los doctores García Soler, directores de la clínica dental del Grupo OHI (Madrid)



¿Cómo nació vuestra aventura?

En 2008, después de haber colaborado en varios centros y haber trabajado las diferentes especialidades de la odontología, decidimos con mucha ilusión dar el salto a montar nuestra primera clínica. Consideramos que estábamos perfectamente cualificados para dar a nuestros pacientes la calidad necesaria en los distintos tratamientos que se nos plantearan.

Nos rodeamos además de un equipo de colaboradores con mucha experiencia para darnos cobertura en aquellos tratamientos en los que nosotros no nos habíamos especializado. Empezamos así, un proyecto con un equipo médico muy consolidado.

¿Habéis encaminado todo hacia la odontología de calidad, cual es vuestra fórmula?

Creemos que la base del éxito pasa obligatoriamente por la excelencia y el mayor rigor científico en todos los tratamientos unido a un exquisito trato humano a los pacientes. Dedicamos una parte importante de nuestro tiempo a que nuestro director médico (Javier García Soler) junto con los responsables de cada especialidad analice la evolución y el resultado de todos los tratamientos que realizamos.

¿Cómo veis el panorama odontológico español?

La odontología está creciendo a pasos agigantados en España debido al aumento de odontólogos, a la importancia que los pacientes empiezan a dar a esta especialidad médica y a la cercanía que se empiezan a ver en ella.

Todo ello está generando una competencia muy dura en el sector, lo cual es bueno y a la vez necesario, puesto que nos obliga a toda la profesión a trabajar cada vez mejor y de forma más profesional. Pensamos que si no, conseguir un éxito a medio largo plazo es prácticamente imposible.

¿Cuáles son vuestros proyectos a corto y medio plazo?

Ahora mismo estamos centrados en conseguir que nuestro equipo médico y nosotros, seamos de los mejores especialistas en las diferentes áreas de la odontología y para ello estamos trabajando duramente en desarrollar una buena formación interna y externa. A medio plazo estamos desarrollando protocolos para implementar las últimas novedades y la tecnología más avanzada tanto en nuestras instalaciones como en los servicios que damos a los pacientes, centrándonos principalmente en la tecnología 3D.

¿Cómo es una jornada laboral vuestra?

Jejeje, suelen ser bastante largas.

Solemos tener jornadas de consulta bastante intensas, donde combinamos los tratamientos como tal de los pacientes, junto con el estudio, planificación y análisis con el resto del equipo médico de los casos multidisciplinares que vamos a realizar y que ya hemos realizado.

Además los dos hermanos, solemos dedicar una jornada a la semana los dos, para analizar y seguir desarrollando nuevos protocolos de trabajo y tecnologías que queremos ir añadiendo a nuestra cartera de servicios.



Dos palabras sobre la colaboración con Sweden & Martina:

PROFESIONALIDAD Y TECNOLOGÍA. Estamos altamente satisfechos por la calidad y resultado de sus materiales y la implicación y dedicación que nos ofrece la casa, a la hora de seguir desarrollando nuevas tecnologías, que para nosotros son tan importantes.

Elevación de seno minimamente invasiva. Visión intraoral e intrasinusal

Dr. Marcos Cabaña, Dr. Jesús Utrilla Ayala

Dr. Jesús Utrilla Ayala

*Licenciado en Odontología Postgraduado en Periodoncia, Dr. Raúl Cafesse.
2006/2008 Postgraduado en Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral,
Dr. Alonso Profesor colaborador del Master de Prótesis Dental, Implantológica y Máxilo-facial.
(Universidad Pontificia de Salamanca)*



Dr. Marcos Cabaña

*Licenciado en Odontología. Postgraduado en Disfunción cráneo-mandibular.
Postgraduado en Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral, Dr. Alonso.
Profesor colaborador del Master de Prótesis Dental, Implantológica y Máxilo-facial.
(Universidad Pontificia de Salamanca)*



La elevación de seno maxilar para la colocación de implantes dental se ha popularizado en la última década por ser una técnica segura y predecible en los casos de atrofia o neumatización del hueso alveolar superior (1).

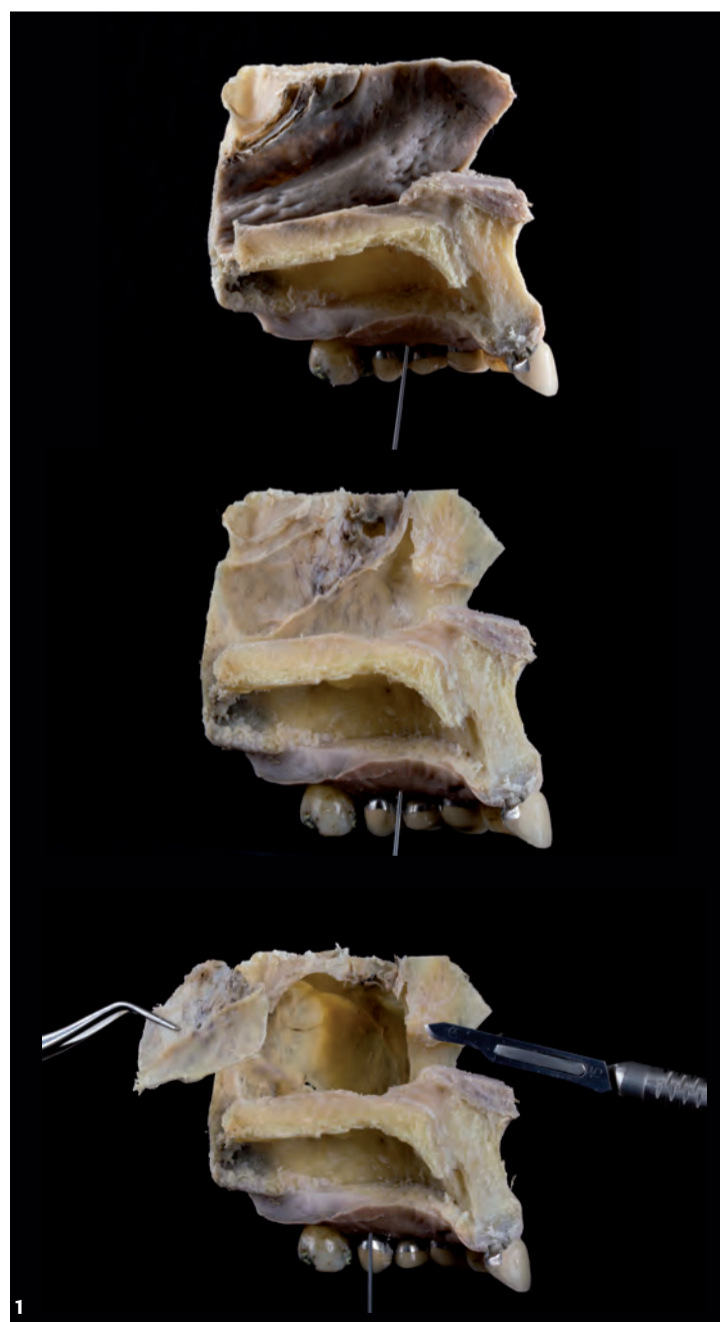
Sin embargo, la técnica de elevación de seno mediante ventana lateral depende en gran medida del cirujano siendo ésta una técnica sensible a la experiencia quirúrgica del operador. Además, los síntomas postoperatorios suelen ser mayores que cuando solo se colocan implantes sin acceso por ventana lateral (2).

Existen muchas propuestas para realizar elevaciones de seno maxilar atraumáticas en la actualidad (3,4,5,6). Cuando el nivel óseo no es tan reducido, se preconiza utilizar un abordaje transalveolar al seno con el fin de introducir el material de relleno y de esa forma lograr elevar el suelo del seno maxilar.

El éxito de cualquiera de las técnicas de elevación del suelo sinusal dependen de la integridad de la membrana de Schneider. Durante la técnica se desprende y se rellena con biomateriales óseos, puesto que por sí misma no es capaz de mantener el volumen de aumento (7,8).

En el marco del Master en Prótesis dental, implantológica y maxilofacial (Forma /Universidad Pontificia de Salamanca) hemos utilizado la técnica M.I.S.E. (Sweden & Martina) para valorar su fiabilidad como técnica mínimamente invasiva (9,10). Para ello hemos realizado pruebas para analizar la capacidad atraumática del sistema realizando la técnica sobre piezas maxilares de cadáveres. También se utilizó el sistema en un caso clínico de rehabilitación oral donde pudimos comprobar resultados altamente satisfactorios.

Nuestras conclusiones son que a pesar que la membrana de Schneider en los senos de cadáveres ha perdido flexibilidad y resistencia podemos decir que aún así el sistema M.I.S.E. no la dañó en absoluto en ninguno de los casos que realizamos. Estos resultados nos animó a utilizar la técnica en un caso clínico con idénticos resultados.



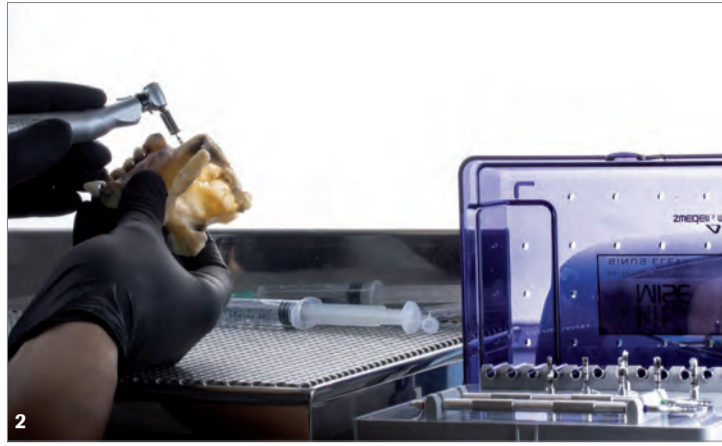
Eliminación de la pared nasal del seno maxilar para obtener visión directa al piso sinusal durante la realización de la técnica



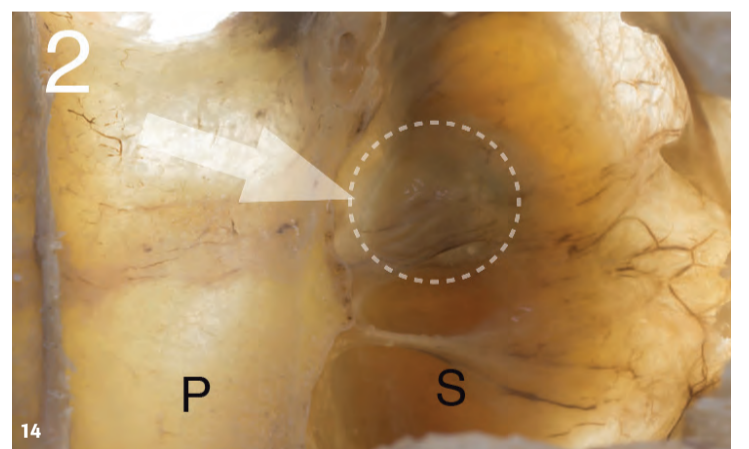
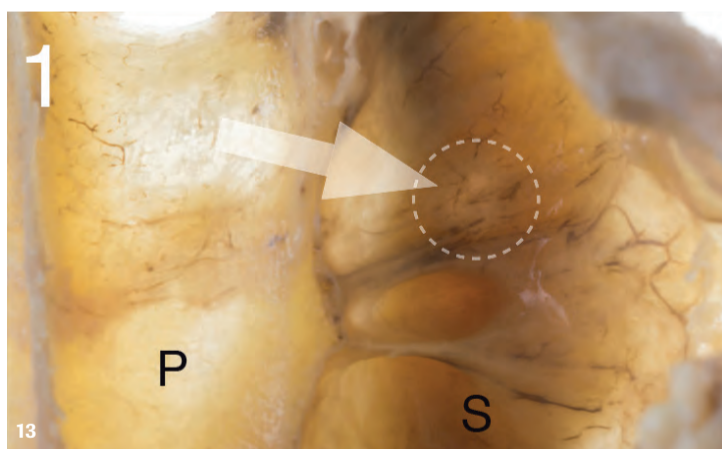
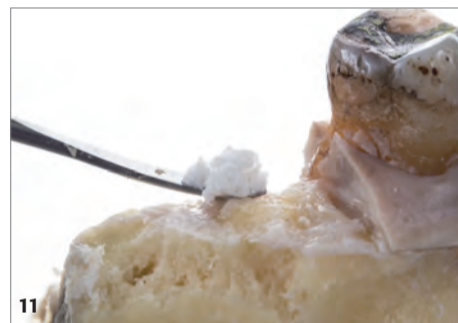
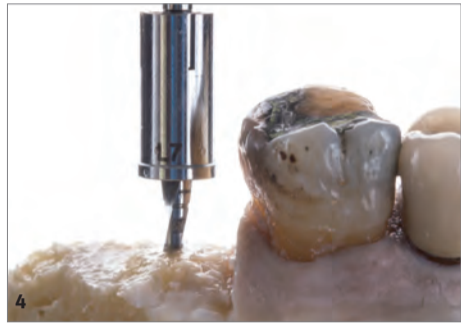
Case Report

7

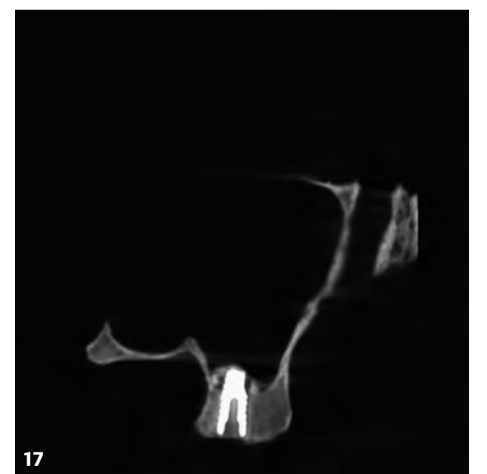
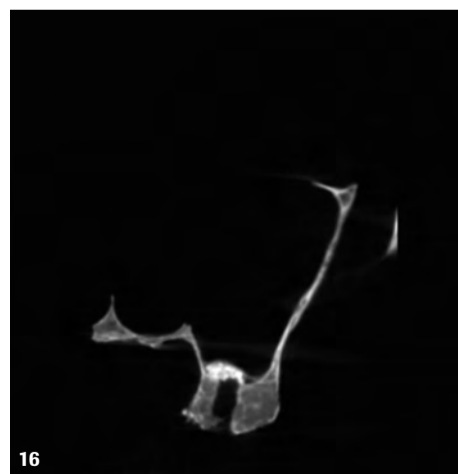
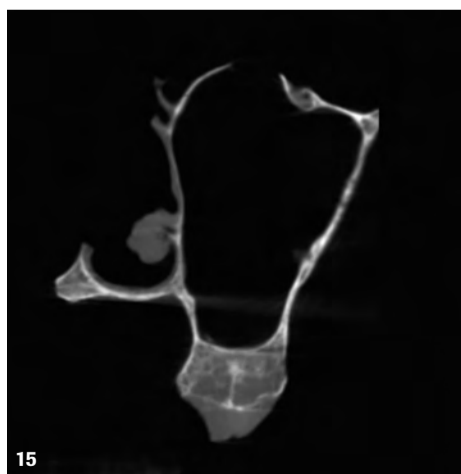
8



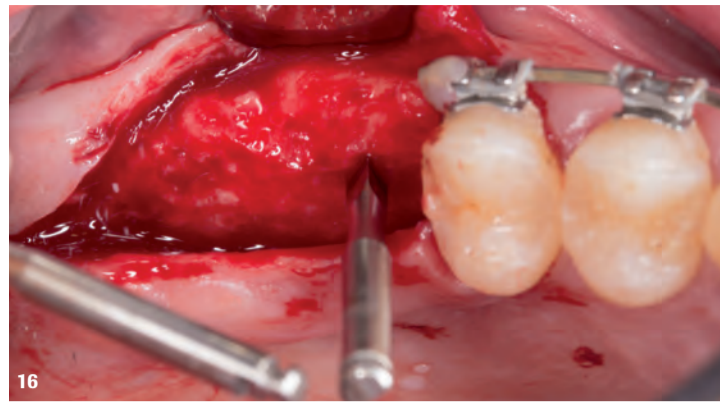
Aplicación de la técnica atraumática de elevación del piso sinusal con la técnica M.I.S.E. sobre piezas de cadáver con visión directa al interior del seno maxilar.



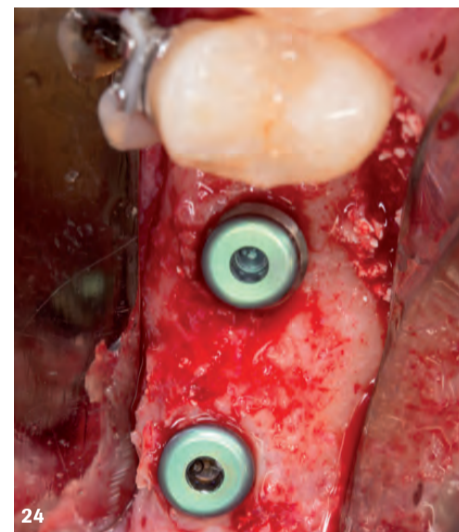
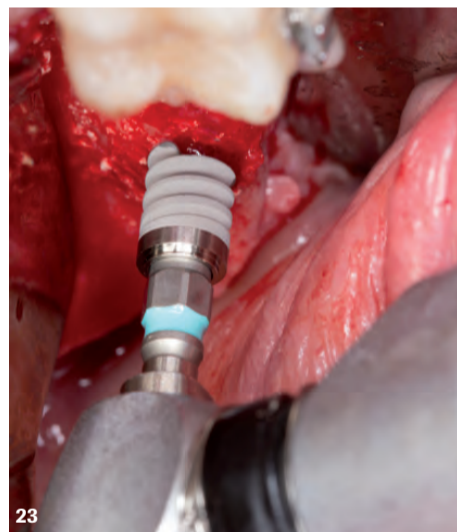
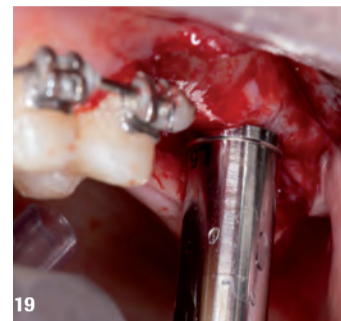
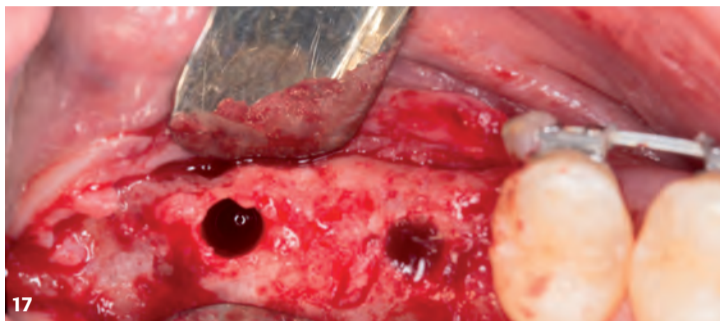
Visión interna del seno maxilar. En la figura 1 se aprecia por translucidez la perforación realizada en el hueso alveolar. En la figura 2 se puede ver el relleno de realizado y la integridad de la membrana sinusal. P: apófisis palatina del maxilar superior. S: seno maxilar.



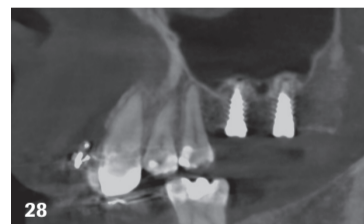
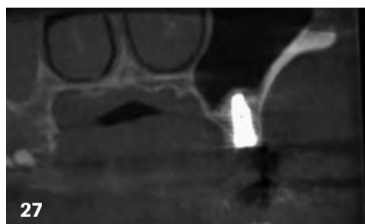
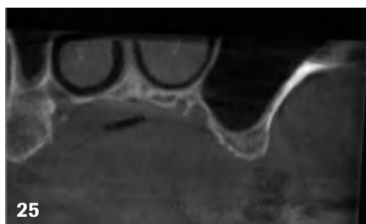
Imágenes de corte coronal de CBCT. 1: imagen previa. 2: eliminación de la pared nasal del seno maxilar y colocación del injerto con la técnica transalveolar. 3: colocación del implante.



Caso clínico de colocación de implantes en el sector 2 con la técnica de colocación MISE para la elevación del suelo sinusal



Aplicación de injerto de fosfato tricálcico con hidroxiapatita y la posterior colocación de implantes Premium.



Bibliografía

1. Canullo L., Patacchia O., Sisti A., Heinemann F. Implant restoration 3 months after one stage sinus lift surgery in severely resorbed maxillae: 2-year results on a multi-center prospective clinical study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, Early view - first published online 2010 Oct 21.
2. Barone A., Santini S., Sbordone L., Crespi R., Covani U. A clinical study of the outcomes and complications associated with maxillary sinus augmentation. *International Journal of Oral Maxillofacial Implants*, 21(1):81-5, 2006
3. Bruschi G.B., Crespi R., Cappare P., Gherlone E. Transcrestal sinus floor elevation: a retrospective study of 46 patients up to 16 years. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 2010 Oct 26
4. Crespi R., Cappare P., Gherlone E. Osteotome sinus floor elevation and simultaneous implant placement in grafted biomaterial sockets: 3 years of follow-up. *Journal of Periodontology*, 81:344-349, 2010
5. Scala A., Botticelli D., Oliveira J.A., Okamoto R., Garcia Rangel I. Jr., Lang N.P. Early healing after elevation of the maxillary sinus floor applying a lateral access. *Clinical Oral Implants Research*, 21 (12): 1320-6, 2010
6. Bruschi G.B. Técnica de expansión vertical de la cresta edéntula con desplazamiento del pavimento del seno maxilar. *Implantología Oral*, 3 (5): 9-24; 2004
7. Carusi G., Sisti A., Mottola M.P., Matera G., Veruggio P., Gelmi L., Bailo A. Técnica de rizado de seno mínimamente invasiva en el tratamiento implantario del maxilar edéntulo. *Dental Cadmos*, 77(10): 31-40, 2009
8. Sisti A., Canullo L., Mottola M.P., Iannello G. A case series on crestal sinus elevation with rotary instruments. *European Journal of Oral Implantology*. 2011 Summer;4(2):145-52
9. Scavia S. Studio prospettico sul mantenimento del volume osseo verticale in impianti inseriti con la tecnica MISE. *Numeri Uno* 14, 2012, 14-15
10. Sisti A., Canullo L., Mottola M. P., Iannello G. Rialzo del seno maxilar per via crestale con tecnica mínimamente invasiva: studio prospettico. *Biomedizinische Technik/Biomedical Engineering*, 2012, 57, ISSN (Online) 1862-278X, ISSN (Print) 0013-5585

Caso clínico realizado
con implantes
PREMIUM

Sweden & Martina vista desde el interior

La experiencia de Raquel Duran Moruno y Fernando Bonilla Moreno, que llevan trabajando en la empresa desde hace 8 años



Raquel y Fernando (al centro) con Alberto Martina, CEO de Sweden & Martina S.p.A. (a la izquierda) y Gianfranco Parente jefe de ventas de Sweden & Martina Mediterranea (a la derecha).

¿Cuáles son los puntos de fuerza de Sweden & Martina desde tu punto de vista de vendedor?

Raquel: Los puntos fuertes desde mi punto de vista son la calidad y diseño de nuestros productos, siempre buscando la excelencia, característica principal de nuestra empresa. Una directiva interesada día a día por sus empleados y sus inquietudes, así como la escucha activa de cualquier sugerencia de nuestros clientes. La importante estrategia empresarial y el fuerte sistema financiero que posee hacen de Sweden & Martina una empresa fuerte y de recursos. Destacaría la flexibilidad y transparencia así como la posibilidad de organizar actividades, cursos, talleres y formación tanto para empleados como para clientes. Haría especial atención a la parte de investigación, a la que Sweden & Martina dedica una gran inversión y tiempo, siempre apoyada por grandes y prestigiosas Universidades de toda Europa.

Fernando: En mi opinión los puntos fuertes de Sweden & Martina son la amplísima gama de productos con ideas innovadoras junto con la voluntad de servicio a nuestros clientes. Los clientes representan la finalidad por la que trabajamos todos, ellos son los que tienen que estar totalmente satisfechos con nuestros productos y con nuestro servicio, y yo veo que nuestros clientes están muy contentos, esto para mí vale más que todo lo demás.

¿Cuáles sugerencias le darías a la directiva de la empresa?

Raquel: Es difícil saber dar una buena sugerencia a la directiva y sobretodo porque en este momento tanto el personal comercial como el personal interno está bien considerado y cuidado, por supuesto que todo se puede mejorar pero son detalles que en el día a día mejoran

por sí solos. Por lo tanto, mi sugerencia es seguir como hasta ahora, motivando y valorando la calidad humana de los empleados, algo tan difícil de conseguir en grandes empresas.

Fernando: Si tuviera que darle una sugerencia a la directiva, pues le diría que siga apostando como hasta ahora por la investigación y la inversión en España, que representan dos puntos claves para el crecimiento de la empresa.

¿Cuáles son nuestros puntos de fuerza a los ojos de la competencia?

Raquel: El punto fuerte para la competencia es la fortaleza de nuestra red comercial, grandes profesionales del sector identificados e implicados con la empresa y respaldados por un gran producto.

Fernando: Las características más importantes en mi opinión son la calidad de nuestros productos y la preparación de su red de ventas. Bajo este punto de vista Sweden & Martina no tiene iguales y estoy muy orgulloso de trabajar para una empresa tan estructurada.

Si pudieras volver atrás en el pasado, ¿trabajarías otra vez por Sweden & Martina?

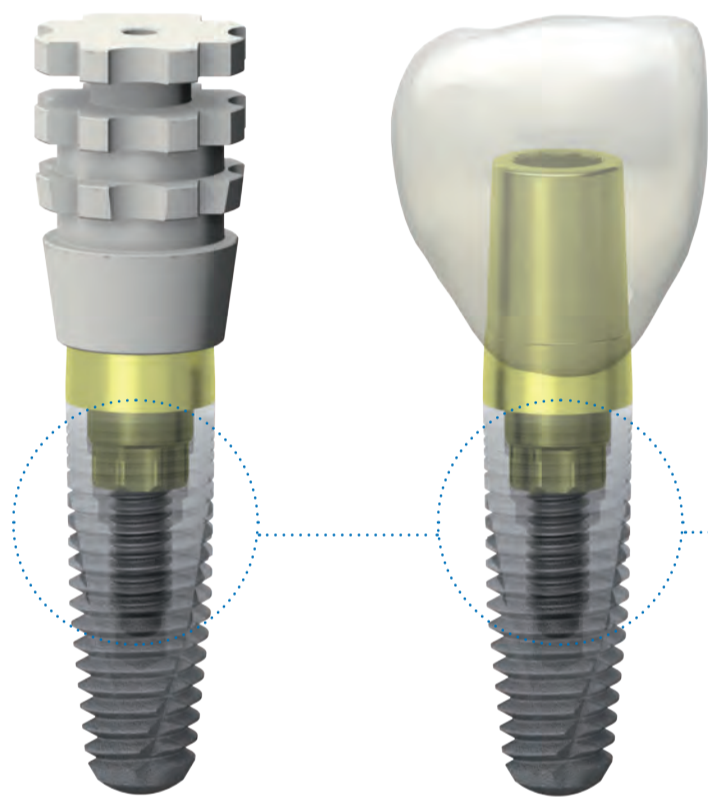
Raquel: No me gustaría volver atrás, pero si tuviera que hacerlo no tengo ninguna duda que volvería a trabajar para Sweden & Martina.

Fernando: Si pudiera volver atrás sí volvería a fichar por Sweden & Martina Mediterránea, con Gianfranco Parente a la cabeza. Es una experiencia única y me encanta trabajar con una empresa de calidad en la que las personas son más que números, son seres humanos.

Soluciones PRESIZE Global: de la colocación del implante a la prótesis definitiva

Transportador multifunción PRESIZE: transfer para impresión y pilar provisional

El implante Global se vende ya montado a su transportador PRESIZE, que además de ejercer la normal función de carrier para la colocación in situ del implante, gracias a sus características puede ser utilizado para una toma de impresión precisa gracias a la cofia específica PRESIZE en PEEK, dotada con unas alas retenedoras que permiten una conexión estable al material de impresión.



El **transportador PRESIZE** se conecta al implante por medio del octágono quirúrgico



Pilares PRESIZE para prótesis definitiva

Los pilares PRESIZE, en titanio Gr. 5, presentan la **misma geometría externa del transportador**, del que se diferencian solamente por la porción que entra en contacto con el implante.

La **cofia es la misma que se utiliza sobre el transportador**, diseñada específicamente para calzar de forma estable tanto sobre el transportador/provisional como sobre el pilar PRESIZE, permitiendo así **realizar tanto la prótesis provisional como la definitiva con la misma precisión.**



El **pilar PRESIZE** se conecta al implante por medio del **octágono protésico**



12

Rehabilitación protésica compleja del maxilar superior: comparación entre técnicas quirúrgicas con implantes sumergidos y post-extracción

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 Implantoprótesis 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.

Organiza y asiste a varios cursos de cirugía periodontal y mucogingival en colaboración con el Prof. Dr. G. Zucchelli.

Desde 2013 es tutor del curso de disección anatómica y cirugía implantar sobre cadaver en la universidad de Buffalo (NY) y universidad de San Pablo Ceu Madrid.

Socio attivo de la Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia (SICOI).

Práctica privada en Alte di Montecchio Maggiore (VI).

Introducción

Los actuales protocolos finalizados a la rehabilitación protésica no pueden prescindir del binomio funcionalidad-estética. Para el cumplimiento de los planes de tratamiento los pacientes se someten a varias sesiones, a veces muy laboriosas. Manteniendo como primero objetivo un resultado lo más excelente posible, a veces es indicado optar para estrategias quirúrgicas que prevén tiempos reducidos y menor estrés para el paciente. Técnicas de inserción de los implantes y re-apertura del colgajo después de 3-4 meses para la mandíbula y 4-6 meses para la maxila hoy son ampliamente documentadas y difundidas entre los odontólogos, permitiendo obtener una osteointegración y un óptimo condicionamiento de los tejidos blandos. Sin embargo, en condiciones alveolares favorables, la inserción de los implantes puede ser realizada inmediatamente post-extracción; la presencia de dehiscencias óseas aún graves no constituye un límite, si se opta por un adecuado protocolo de regeneración. En presencia de cuadros infectivos locales, la inserción se retrasa hasta que el sitio se cicatriza. Varios autores opinan que la sobrevivencia y el éxito de los implantes post-extracción es totalmente comparable con la técnica convencional de Branemark.

Obiettivo

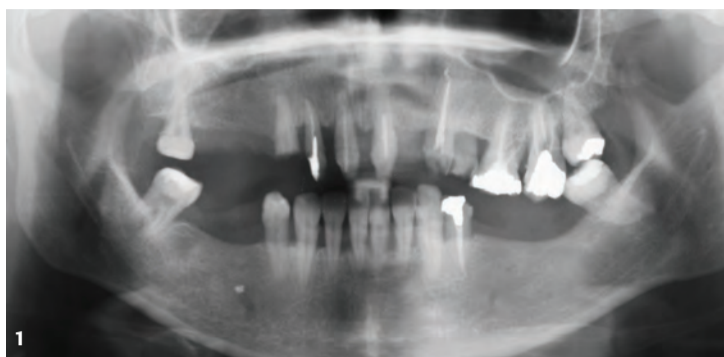
Comparar en términos funcionales, estéticos y de tiempo las dos rehabilitaciones protésicas sobre implantes realizadas con procedimientos diferentes. En el primer caso se prevé la inserción diferida de los implantes y un plan de tratamiento de la duración de 10-12 meses. El segundo caso sigue un protocolo de post-extracción que permite proceder con la rehabilitación definitiva en tiempos más cortos (4-6 meses). La colocación de implantes post-extracción representa una válida alternativa al protocolo operatorio según Branemark y a menudo puede llevar varias ventajas, entre éstas la preservación del volumen óseo, la estimulación de la regeneración ósea, la valorización del festoneado gingival, y tiempos reducidos. Hoy en día resulta siempre mayor la demanda por parte de los pacientes de planes de tratamiento a veces muy complejos en tiempos reducidos, manteniendo óptima estética y funcionalidad.

Garantizar al paciente funcionalidad por medio de una prótesis provisional fija es posible manteniendo estratégicos elementos naturales residuos. Comparando la rehabilitación definitiva y el caso inicial, se mantienen elementos residuos en los sitios en que no está prevista la inserción de implantes hasta la realización de la prótesis definitiva. Estos elementos naturales no están previstos en el proyecto definitivo porque no son idóneos a garantizar un soporte a largo plazo; sin embargo, pueden estabilizar la rehabilitación provisional, y al término de esta fase se extraen. Esto con el fin de insertar los implantes post-extracción pero no cargarlos inmediatamente, especialmente en los arcos dentales superiores.

Caso clínico 1

La paciente, de 45 años de edad, está insatisfecha de su rehabilitación en la maxilla superior. Al examen objetivo se evidencian recesiones de las encías, collares expuestos y márgenes protésicos antiestéticos. El examen radiográfico revela periodontitis generalizadas, el nivel óseo no es idóneo para garantizar el éxito a largo plazo de una nueva rehabilitación sobre los elementos residuos, además los elementos 11 y 21 necesitarían retratamientos endodónticos.

El plan de tratamiento prevé la extracción de los elementos residuos con excepción de los 17 y 24, que serán utilizados como muñones provisionales, y la inserción de los implantes después de 2 meses, finalizados al soporte de una prótesis full-arch en circonio-cerámica. Para la realización de este caso se han utilizado 8 implantes Outlink² en las posiciones 16-15-13-11-21-23-25-26.



OPT inicial: periodontitis crónica, tratamientos endodónticos incongruos de 11 y 21, lesión periapical de 11, caries distal del 27



Caso inicial



Remoción de la prótesis precedente



La prótesis precedente se utiliza como provisional, sostenida por los elementos 17 y 24



Control de la cicatrización a 2 meses de las extracciones



Inserción de 8 implantes



Apertura de los colgajos en el sector anterior a los 4 meses de la inserción de los implantes, y colocación de los pilares de cicatrización con altura transmucosa adecuada para evitar el colapso de los tejidos blandos. En la misma sesión, inserción del provisional y remoción del elemento 24. En cambio, siendo el elemento 27 fiable se decide mantenerlo y ceramizarlo, por supuesto fuera del proyecto implante-protésico

Caso clínico realizado
con implantes
OUTLINK²

14



A las 2 semanas el festoneado gingivales empiezan recreandose, y se adaptan a los márgenes protésicos



Control a 1 mes: márgenes gingivales en fase de definición, no se encuentran signos de inflamación



A los 3 meses de la inserción del provisional, implantes perfectamente integrados y tejidos blandos de calidad



Visión frontal a caso finalizado: cabe destacar la calidad de los tejidos blandos



Visión frontal de la paciente a los 5 años: cabe destacar la calidad de los tejidos blandos



15
Detalle a los 5 años: cabe destacar la calidad de los tejidos blandos



16
Visión oclusal a los 5 años: cabe destacar la calidad de los tejidos blandos



17
OPT a caso finalizado



18
RX a los 5 años: cabe destacar la estabilidad del nivel de los tejidos duros y la ausencia de reabsorción ósea



19
Sonrisa de la paciente a los 5 años

16

Caso clínico 2

La paciente, de 62 años, lamenta disfunciones masticatorias y estéticas. Después de una valoración clínica y radiográfica del caso, se estudia una nueva rehabilitación protésica. La realización de una prótesis en circonio-cerámica sobre 6 implantes es una solución idónea, capaz de satisfacer las exigencias nuestras y de la paciente. Se ópta por una solución sobre 6 implantes, insertando el implante 15 inclinado para evitar una grande elevación del seno maxilar, ya que la paciente no estaba de acuerdo en realizarla, y además para reducir la duración del tratamiento. El protocolo prevé la extracción de los elementos 15, 14, 13, 21, 23, 24 y 25, y la inserción de 5 implantes post-extracción. Un absceso periapical del 15 nos impone 2 meses de espera para la curación del sitio y la inserción del sexto implante. Se mantienen los elementos 12, 22 y 27, que serán soporte de la prótesis provisional durante la fase de osteointegración, garantizando estabilidad y capacidad masticatoria satisfactoria para la paciente. Para la realización de este caso se han utilizado 6 implantes Premium.



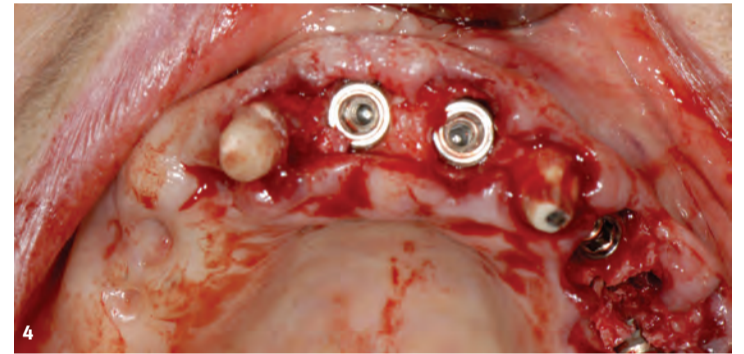
1 La paciente lamenta dolor en correspondencia del primer cuadrante y expresa insatisfacción en la rehabilitación de la maxilla superior. Al OPT se evidencia un absceso periapical agudo del 15, caries del 13 y 14



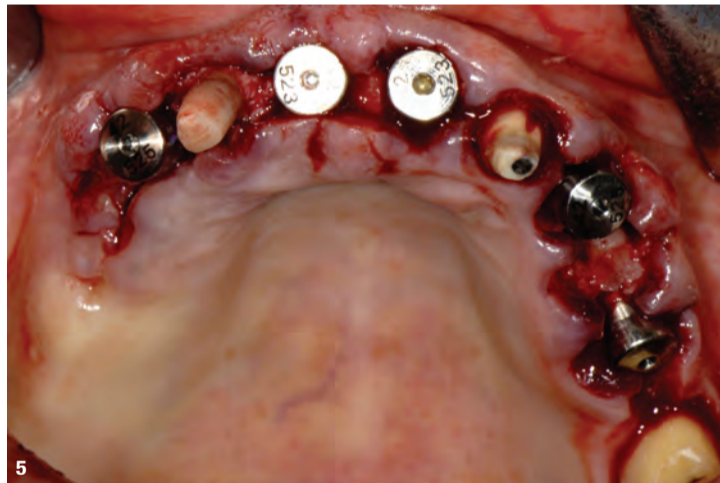
2 Se extraen los muñones 13,14 y 15. Evidente caries vestibular del 23



3 Remoción de la vieja prótesis. Luego se preparan los muñones 12, 22 y 27 para colocar el primer provisional



4 Colocación de 5 implantes Premium de diámetro 4.25mm post-extracción. El sexto implante será insertado después de la curación del absceso periapical del 15



5 Pilares de cicatrización in situ



6 Adaptación de la prótesis provisional, cuidadosamente fresada en el interior para evitar cargas masticatorias desfavorables a la osteointegración



7 Remoción del provisional a los 3 meses de la inserción de los implantes. Mientras tanto, se ha insertado el implante 15 inclinado para evitar una grande elevación del seno maxilar, ya que la paciente no estaba de acuerdo en realizarla. Insertados los pilares provisionales en titanio sobre 13 y 23, sobre los que se estabiliza la prótesis provisional. Luego se extraen los restantes elementos



8 Inserción de 6 transfer Premium solidarizados por medio de alambre de ortodoncia y resina autopolimerizadora



Precisión y estabilidad entre implantes y pilares definitivos fresados sin margen, según la técnica B.O.P.T.



Carga de la segunda prótesis provisional. Eventuales correcciones estéticas y/o funcionales se realizarán al momento de la prótesis definitiva



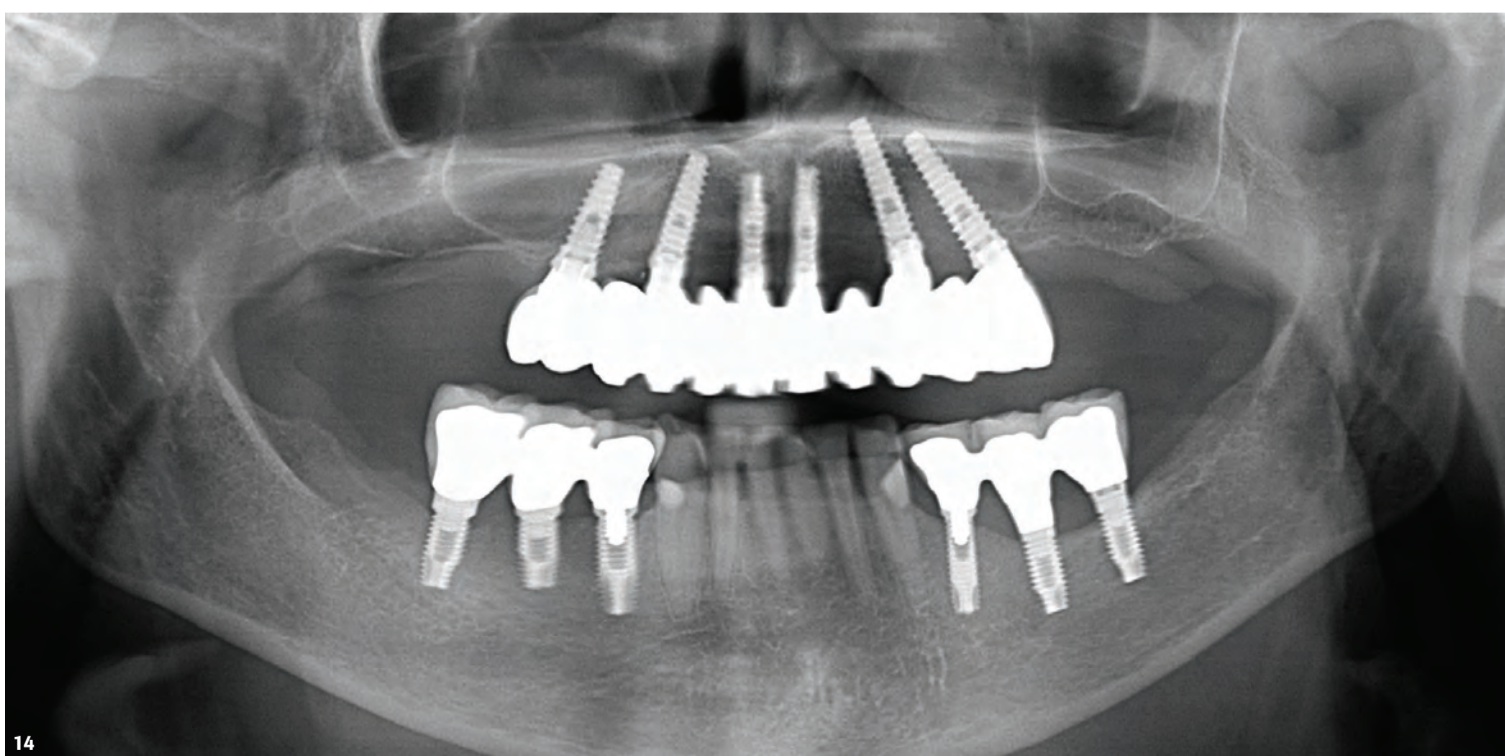
Prótesis definitiva y caso acabado: funcionalidad y estética satisfacen plenamente las expectativas de la paciente, tejidos blandos maduros y festoneado perfectamente adaptado a los márgenes protésicos. Los resultados obtenidos son análogos a los del primer paciente, sin embargo los tiempos clínicos, el número de sesiones y el estrés de la paciente han sido menores en el segundo caso. La reducción de los tiempos no ha de alguna manera comprometido ni alterado la gestión de los tejidos blandos, y tampoco ha reducido las expectativas funcionales y estéticas



Cabe destacar la ala de gaviota obtenida gracias a la remodelación de los tejidos blandos alrededor de la prótesis



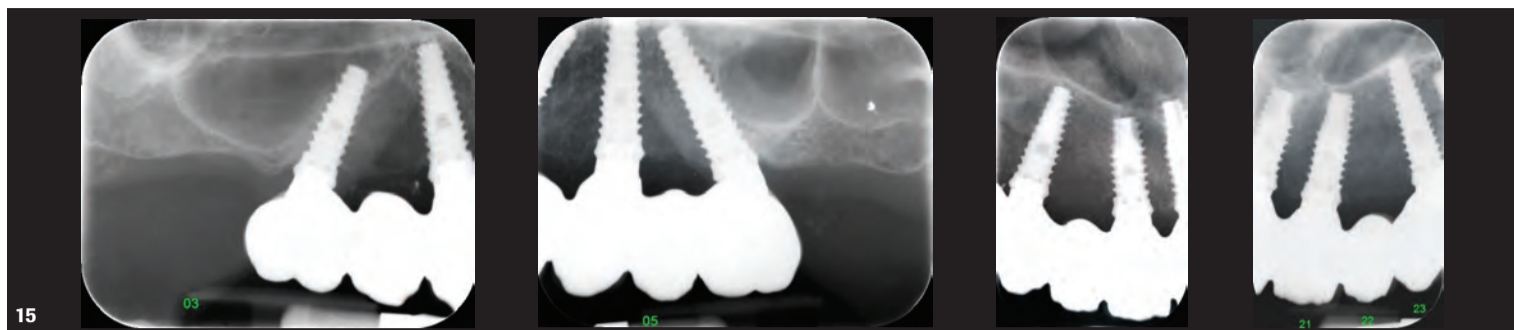
Detalle a los 5 años: se puede apreciar el estado de la regeneración de los tejidos blandos



OPT a caso finalizado

Caso clínico realizado
con implantes
PREMIUM

18



RX a los 5 años



Visión frontal a los 5 años



Sonrisa de la paciente a los 5 años

Immediate versus conventional loading with fixed full-arch prostheses in mandibles with failing dentition: a prospective controlled study

Peñarrocha-Oltra D., Covani U., Peñarrocha-Diago M., Peñarrocha-Diago M.A.

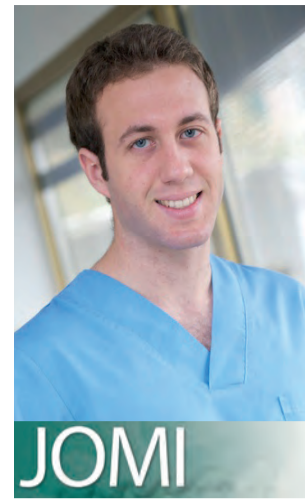
Int J Oral Maxillofac Implants 2015;30:427-434. doi: 10.11607/jomi.3534

Este interesante estudio realizado por el grupo del Prof. Peñarrocha-Oltra de la Universidad de Valencia tuvo como objetivo el análisis de la pérdida de cresta ósea en rehabilitaciones de arcadas completas con protocolos de carga inmediata y diferida, sobre implantes inmediatos y no-inmediatos.

La muestra final estaba compuesta por 34 pacientes, que habían recibido un total de 183 implantes: 98 cargados inmediatamente (grupo test) y 85 con carga diferida (grupo control). A los 12 meses se observó una pérdida ósea media de 0,71 mm (SD: 0,25 mm) para el grupo test, y 0,60 (SD: 0,28 mm) para el grupo control: la diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa.

En cuanto al uso de implantes inmediatos o diferidos, en el grupo test se produjo una pérdida ósea media de 0,80 mm (SD: 0,18 mm) para los implantes inmediatos, y 0,62 mm (SD: 0,20 mm) para los diferidos; en el grupo control de la pérdida ósea media fue de 0,55 mm (SD: 0,18 mm) para los implantes inmediatos, y 0,68 mm (SD: 0,17 mm) para los implantes diferidos: también en este caso las diferencias no fueron estadísticamente significativas. De los resultados de este estudio se ve cómo protocolos de carga inmediata o diferida, así como la colocación inmediata o convencional de implantes, no afectan significativamente la remodelación ósea.

La carga inmediata parece ser una solución fiable, en el caso que haya las condiciones clínicas favorables para este tipo de procedimiento protésico (hueso de buena calidad y suficiente estabilidad primaria, en particular).



Lea el abstract original



GACETA DENTAL
año 10



Lea el abstract original

Regeneración ósea periimplantaria con fosfato de calcio bifásico y ácido poliláctico

Bowen-Antolín A.

Gaceta Dental 260, Julio 2014 páginas 174-186

Se realiza un estudio clínico sobre 27 casos en los que se utiliza un material de relleno óseo asociado a implantes compuesto por hidroxiapatita (HA), betafosfato tricálcico (TCP) y polilactato (PLA) asociados en el mismo producto. El TCP es un material osteoinductor que se reabsorbe completamente y de manera fisiológica, mientras que la HA hace una función de andamio imprescindible para facilitar el crecimiento óseo. El PLA cumple una doble función por una parte la estabilización del TCP y la HA y por otra de barrera oclusiva en los procedimientos de regeneración ósea.

Se aplicó este material de injerto en casos de preservación de cresta, dehiscencias y en asociación con implantes inmediatos. Los resultados radiológicos (densidad similar a hueso) clínicos (implante funcional) y de tejidos blandos (encía queratinizada sin inflamación) se cumplieron en todos los casos y la complicación más frecuentes fue la exposición del material de injerto, que evoluciona al producirse una epitelización secundaria del tejido de granulación.

Por ello el manejo sencillo, el fácil tratamiento de las complicaciones y la eficacia demostrada permite utilizar la asociación de TCP, HA y PLA como aplicable en los procedimientos de regeneración ósea en implantología.

Clinical evaluation of an improved cementation technique for implant supported restorations: a randomized controlled trial

Canullo L., Cocchetto R., Marinotti F., Peñarrocha-Oltra D., Peñarrocha-Diago M., Loi I.

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2015, 1:8 doi: 10.1111/clr.12589

Los residuos de cemento resultantes de los protocolos protésicos cementados a menudo están conectados a la aparición de posibles periimplantitis.

Este estudio clínico involucró a 46 pacientes, cada uno de los cuales recibió 2 implantes en la maxila; para la fase de prótesis se dividieron los pacientes en dos grupos, en función de la modalidad de cementación de la prótesis: los 23 pacientes del grupo control se sometieron a la cementación convencional, los 23 pacientes del grupo test experimentaron una cementación "extraoral", que consistió en colocar una réplica en resina del pilar dentro de la corona por unos pocos segundos, a fin de hacer salir el exceso de cemento y eliminarlo antes de la cementación de la corona en la boca. Además de los dos modos de cementación, se quiso analizar también la posible influencia del tipo de pilar utilizado, por lo cual los dos grupos se dividieron en dos subgrupos más, cada uno de los cuales recibió pilares sin margen o pilares con hombro.

A los 3 meses de la cementación, a través del análisis microscopio óptico, se evaluaron los restos de cemento y los gap marginales presentes a nivel de la interfaz corona-pilar: los resultados mostraron que en el grupo test se detectaba una cantidad de cemento residual significativamente más baja que en el grupo control; no se relevaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tipos de pilares utilizados.

La técnica de cementación "extraoral" experimentada en este estudio, por lo tanto, parece ser una alternativa eficaz para limitar la presencia de residuos de cemento a nivel del surco periimplantar.



CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH



Lea el abstract original

Reseñas

19

49ª Reunión Anual SEPA

26-28 de febrero 2015, Barcelona



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PERIODONCIA
Y OSTEINTEGRACIÓN

Sweden & Martina estuvo presente en SEPA BCN'15 donde se cumplieron las buenas expectativas.

La doble cita científica de SEPA BCN'15, con la celebración conjunta de la 49ª Reunión Anual SEPA y la 5ª Reunión de Higiene Bucodental, ha congregado en el Palacio de Congresos de Cataluña a más de 3.200 profesionales del sector Bucodental.

El evento ha dispuesto más de cien actividades científicas donde se han presentado 125 comunicaciones/pósteres científicos y se ha contado con la participación de más de medio centenar de ponentes (con una relevante participación de expertos internacionales).

La próxima cita es en Valencia, del 12 al 14 de mayo de 2016.



International Piezosurgery Academy

1-3 de octubre 2015, Barcelona



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: 22 de mayo en Oviedo; 23 de mayo en Bilbao; 3 de julio en Tenerife.

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 05
mayo / octubre 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 Zangiacomi

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
nº V-2657-2013
ISSN 2340-8065



Han colaborado en este número:
Marcos Cabaña
Jesús Utrilla Ayala
Ramón Soto Yarritu Quintana
Martín Laguna Martos
Raquel Duran Moruno
Fernando Bonilla Moreno
Javier García Soler
José María García Soler
Luigi Paolo Sandri
Lorraine Bettin
Marina Mirandola Minuzzi
Susana Costa
Gianfranco Parente
Glorianna Zangiacomi
Silvia Cuccarolo
Emanuele Brigo

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**