

NUMERI UNO



Está disponible
Scientifica Vol. 4



**Prof. Berta García Mira,
Dr. José Viña Almunia,
Prot. César Chust López**
Cirugía guiada de
implantes Prama en el
sector anterior



**Dr. Gioacchino
Cannizzaro, Prot.
Paolo Viola**
Coronas individuales
cementadas sobre
implantes Syra: Syra
machined y Syra
ZirTi con finalización
protésica en un sólo día

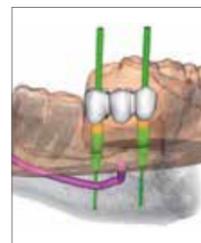


**Dr. Guillermo
Cabanes
Gumbau**
Perfil de
emergencia y
sellado mucoso en
coronas B.O.P.T.
sobre implantes
Prama

Sweden & Martina lanza su nueva sistemática implantológica SYRA, desarrollada en colaboración con el dr. Gioacchino Cannizzaro. Vamos a descubrir las características peculiares de estos implantes cónicos con conexión de hexágono externo, y de su línea protésica dedicada, SKIN.

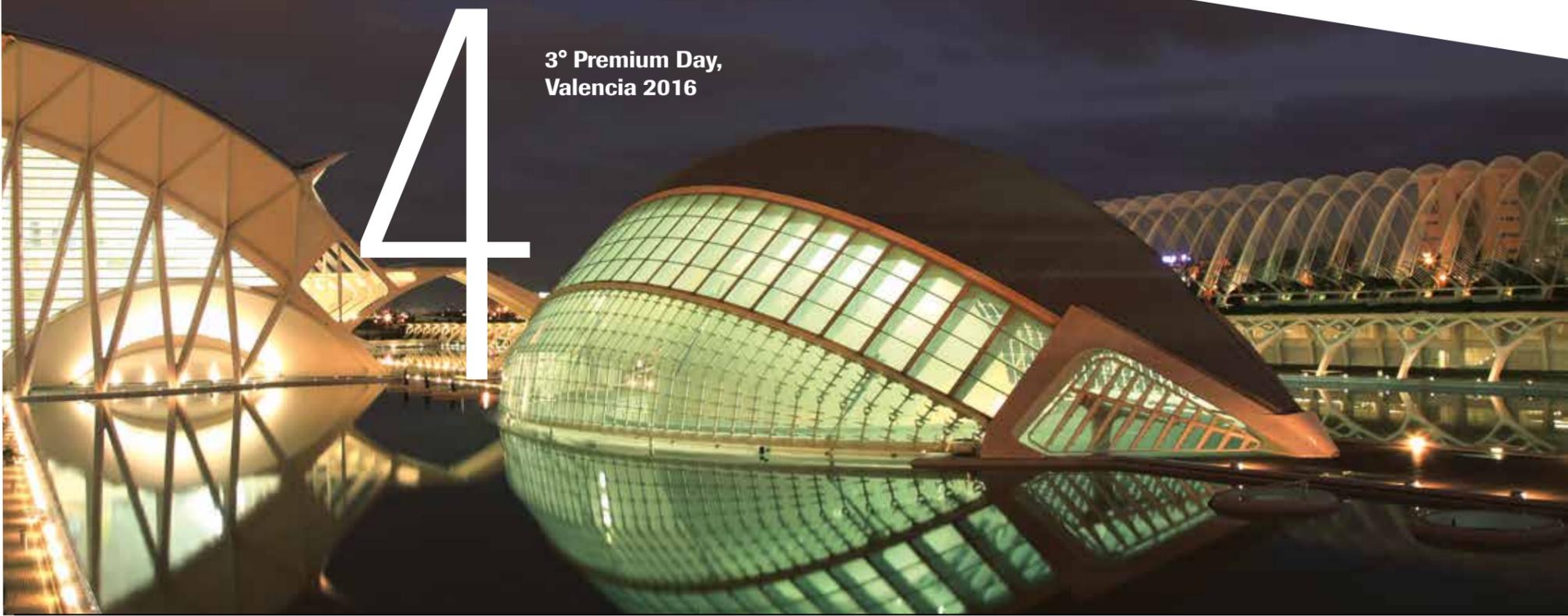


Novedad del mercado
3.0 Dynamic Abutment



**Sweden & Martina:
las soluciones
digitales**





3° Premium Day,
Valencia 2016

6

Case Report
Coronas individuales cementadas sobre implantes Syra: Syra machined y Syra ZirTi con finalización protésica en un sólo día
Dr. Giocchino Cannizzaro, Prot. Paolo Viola



8

Novedad del mercado
El nuevo implante Syra

16

Case Report
Cirugía guiada de implantes Prama en el sector anterior
Prof. Berta García Mira, Dr. José Viña Almunia,
Prot. César Chust López



21

Eventos

5

Scientifica Vol. 4



10

Case Report
Perfil de emergencia y sellado mucoso en coronas B.O.P.T. sobre implantes Prama
Dr. Guillermo Cabanes Gumbau

14

Novedad del mercado
“Prama, el implante con anatomía emergente inversa para el aumento circunferencial de los tejidos blandos periimplantarios”
(Dr. Ignazio Loi)

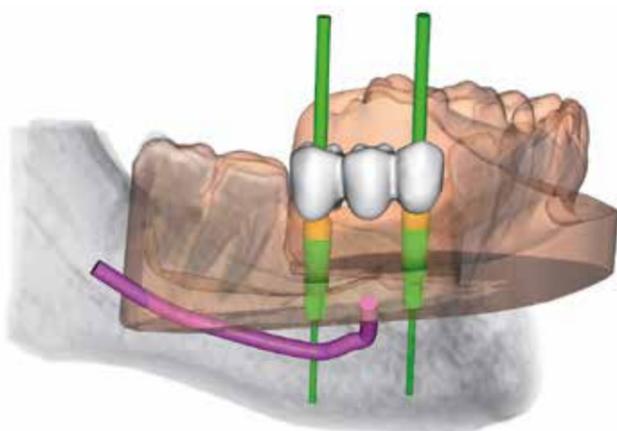


15

Novedad del mercado
3.0 Dynamic Abutment: la nueva solución estética atornillada para el implante Prama

22

Soluciones digitales
Sweden & Martina: las soluciones digitales



24

Curso Centro Borg

Save the date!



Premium ^{3°} Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

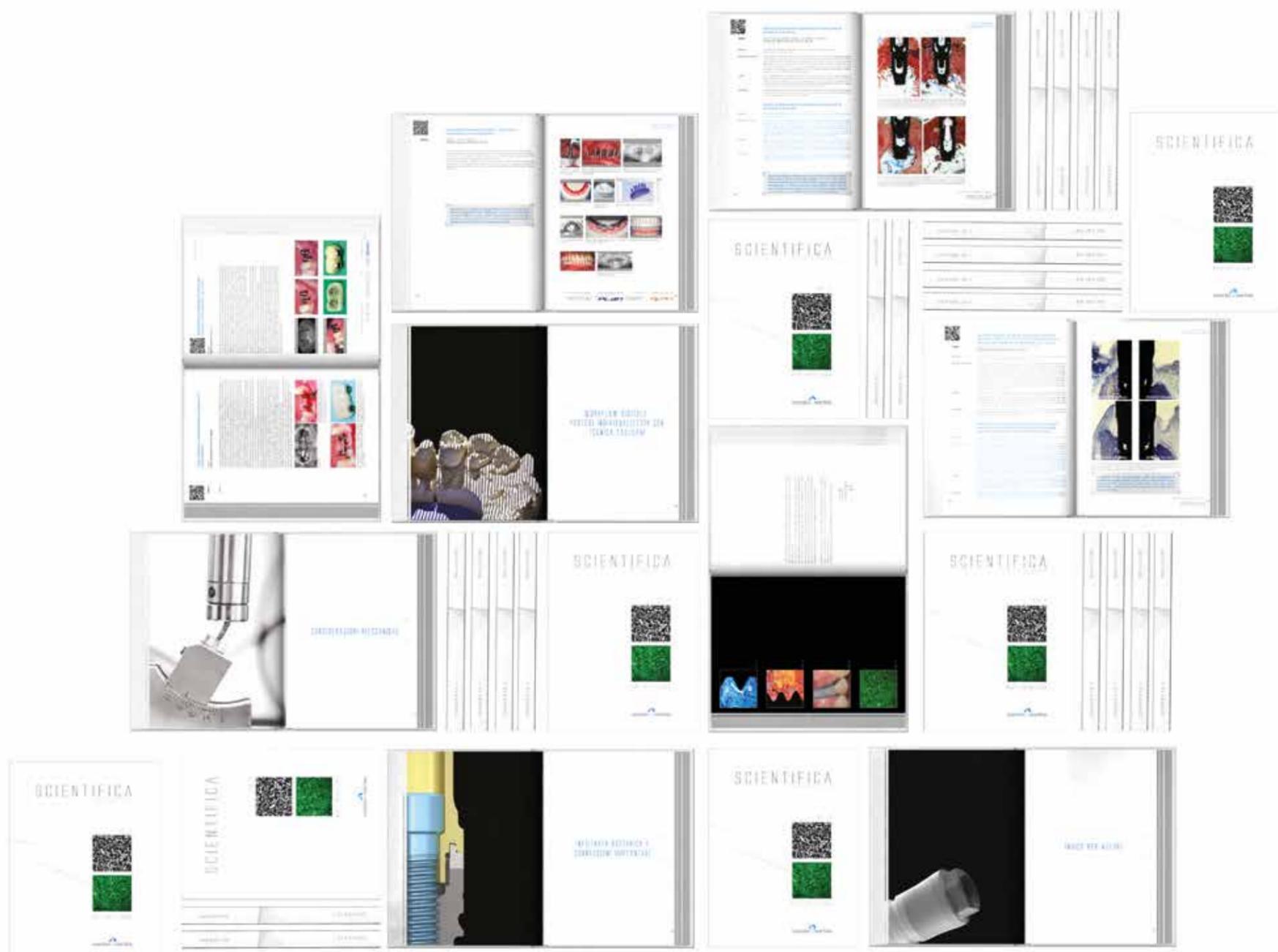
Valencia, Palacio de Congresos,
Avda Cortes Valencianas 60

Ponentes:

Salvador Albalat Estela
Ruben Agustín Panadero
Guillermo Cabanes Gumbau
Ugo Covani
Marco Csonka
Berta García Mira
Annamaria Genovesi
Enrico Gherlone
Maximino González-Jaranay Ruyz
Sidney Kina
Ignazio Loi
José Maroto García
Miguel Peñarrocha Diago
Guillermo Pradés Ramiro
José Ramón Soto Yarritu
Ignacio Rodríguez
Xavier Rodríguez
Mariano Sanz Alonso
Eusebio Torres Carranza
José Carlos Vázquez Moreno
Xavier Vela Nebot
Eugenio Velasco Ortega
Giuseppe Vignato
Fabio Vignoletti


sweden & martina

Sweden & Martina presenta el cuarto volumen de la reseña bibliográfica SCIENTIFICA



Está por fin disponible el cuarto volumen de la reseña bibliográfica "SCIENTIFICA", que incluye más de 100 publicaciones sobre protocolos *in vitro*, *in vivo* y clínicos conducidos con el uso de nuestros implantes en colaboración con los más prestigiosos centros universitarios nacionales e internacionales. En este volumen se ha dado amplio espacio a las técnicas digitales quirúrgicas y protésicas, como respuesta de un interés siempre mayor del mundo odontológico hacia una implanto prótesis asistida por ordenador, y se presentan los resultados de los nuevos protocolos relativos al uso del Magnetic Mallet y el aparato para la descontaminación Plasma R. En este cuarto volumen están presentes revisiones de la literatura que incluyen, entre los trabajos analizados, numerosas publicaciones relativas a implantes Sweden & Martina, a consagración de la seriedad de los protocolos de investigación efectuados.

SCIENTIFICA Vol. 4 es la demostración tangible de la continua actividad de nuestro equipo de Investigación y Desarrollo, y de cómo la seriedad científica sigue siendo una prioridad para Sweden & Martina, sobretodo en un momento histórico en el que la búsqueda de la calidad pasa demasiado a menudo en segundo plano a favor del *low cost*.

SCIENTIFICA no acaba aquí, numerosos son los protocolos actualmente en curso que originarán nuevas publicaciones en los próximos meses y años, y fuerte va a ser nuestro compromiso en proseguir esta obra de continua actualización.

Coronas individuales cementadas sobre implantes Syra: Syra machined y Syra ZirTi con finalización protésica en un sólo día

Dr. Gioacchino Cannizzaro, Prot. Paolo Viola



Dr. Gioacchino Cannizzaro

Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Pavia en 1981, se ha especializado en Oftalmología y Odontostomatología en la Universidad de Pavia. Profesor agregado en el reparto de Implantología y Periodoncia, Alma Mater Studiorum Universidad de Bologna. Docente y responsable científico del curso de perfeccionamiento en Implantología en la Universidad de Modena y Reggio-Emilia desde el 2000 hasta el 2008. Docente en el Máster en Implantología en el departamento de Cirugía máxilo-facial en la Universidad de Manchester (UK) 2010-2011. Diplomado International Congress of Oral Implantology (ICOI) (EEUU). Postgrado en Oral Implantology New York University (EEUU). Miembro del consejo de redacción de European Journal of Oral Implantology. Relator en numerosos congresos en Italia y al extranjero y autor de numerosas publicaciones en Italia y al extranjero. Ha colocado alrededor de 45.000 implantes y se ocupa de implantología y prótesis sobre implantes en Pavia y Milán.



Prot. Paolo Viola

Diplomado en Piacenza en 1984, desde 1988 es responsable de la "Officina Odontecnica Viola" en Bressana Bottarone (Pavia). Desde 1997 colabora con el Doctor G. Cannizzaro en las rehabilitaciones complejas sobre implantes. Ha cursado en el laboratorio del Doctor Pietrobon en la Universidad de Zurich y en el MAP Implant Institute del Doct. M. Pikos (Florida, EEUU). Desde el 2001 hasta el 2008 docente del curso de perfeccionamiento implanto protésico de carga inmediata. Relator en congresos y cursos teórico-práctico de prótesis sobre implantes.

Desde hace algunos años la implantología oral presenta un escenario, afectado también por los recientes cambios en el contexto socioeconómico, de mutación radical y rápida con una variación de protocolos donde simplicidad, velocidad, mini-invasividad, y gestión económica se han convertido en los parámetros más importantes.

Por esta razón, un procedimiento que pueda contemplar "carga inmediata de un día y restauración final", el uso de "implantes super cortos con 4/5/6 mm de longitud", un protocolo "Fixed-on-2" o el uso de "implantes maquinados" podría considerarse un desafío, en lugar de una violación del dogma.

Desde hace ya 10-15 años en nuestro Centro estamos pensando en una relación diferente entre odontólogo y líneas guía aceptadas, y creemos que el protocolo quirúrgico y/o protésico debería estar "a nuestra disposición" y no al revés.

Perseguir el mito de la máxima eficacia posible significa evaluar sólo el problema técnico, con el resultado de años de "overtreatment biológico y barato", no entendiendo cómo la posibilidad de tratamiento no está vinculada exclusivamente a la ciencia y la tecnología. El paciente sigue siendo el centro de nuestra terapia, que debería estar guiada por él mismo, con una transición histórica desde un PASO A PASO ESTÁTICO y OBJETIVO a un procedimiento DINÁMICO, GUIADO POR EL PACIENTE.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los buenos resultados de algunos trabajos clínicos donde la técnica flapless (1), y la carga inmediata de los implantes individuales con elevados torque de inserción (2-5) fueron investigados con método RCT y con particular atención en la macro-estructura muy eficaz de los nuevos implantes SYRA se ha comparado el criterio de éxito de la carga inmediata de implantes SYRA individuales con superficie "Machined" o "rugosa", con la finalización protésica definitiva en 1 día: "Immediately loaded and one-day final restoration single implants inserted flapless with Machined or Roughened surfaces. A Split-mouth Randomised Controlled Trial."

El ensayo incluye 50 pacientes y la hipótesis debería ser que no hay diferencias clínicas entre un protocolo de carga inmediata de un implante SYRA con superficie ZirTi y un implante idéntico pero con superficie maquinada.

Los resultados del estudio se están todavía finalizando y se someterán a EJOI.

El paciente presente en este artículo forma parte del estudio: varón, 54 años, presentaba hipertensión (terapia: Losartán potásico), hipercolesterolemia (terapia: rosuvastatina cálcica) y arterosclerosis carotídea asintomática, (terapia antiplaquetaria con ácido acetilsalicílico). Además, fumaba menos de 10 cigarrillos al día.

Los implantes se colocan con protocolo "One drill - One implant" con un torque de inserción mínimo de 80Ncm, con técnica flapless, y se toma inmediatamente la impresión, para finalizar definitivamente la prótesis dentro de 24 horas.

Bibliografía

1. Cannizzaro G., Felice P., Leone M., Checchi V., Esposito M.; Flapless versus open flap implant surgery in partially edentulous patients subjected to immediate loading: 1-year results from a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2011 Autumn;4(3):177-88.
2. Cannizzaro G., Leone M., Torchio C., Viola P., Esposito M.; Immediate versus early loading of 7-mm-long flapless-placed single implants: a split-mouth randomised controlled clinical trial. Cannizzaro G, Leone M, Torchio C, Viola P, Esposito M. Eur J Oral Implantol. 2008 Winter;1(4):277-92.
3. Cannizzaro G., Felice P., Leone M., Ferri V., Viola P., Esposito M.; Immediate versus early loading of 6.5 mm-long flapless-placed single implants: a 4-year after loading report of a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2012 Summer;5(2):111-21.
4. Cannizzaro G., Leone M., Consolo U., Ferri V., Esposito M.; Immediate functional loading of implants placed with flapless surgery versus conventional implants in partially edentulous patients: a 3-year randomized controlled clinical trial. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants [2008, 23(5):867-875]
5. Cannizzaro G., Leone M., Ferri V., Viola P., Gelpi F., Esposito M.; Immediate loading of single implants inserted flapless with medium or high insertion torque: a 6-month follow-up of a split-mouth randomised controlled trial. Eur J Oral Implantol. 2012 Winter;5(4):333-42.



1 Inserción de los implantes con técnica flapless



2 Preparación de los pilares sobre modelo con encía removible



3 Detalle de los pilares al remover la encía sintética



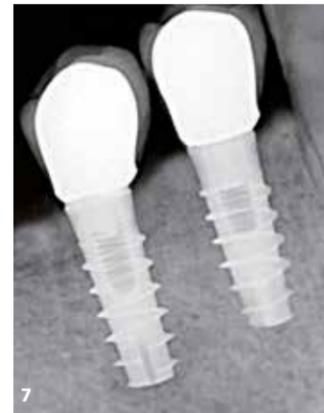
4 Finalización de la prótesis



5 Cementación de las coronas in situ



6 Rx al momento de la entrega de la prótesis definitiva



7 Rx a los 12 meses

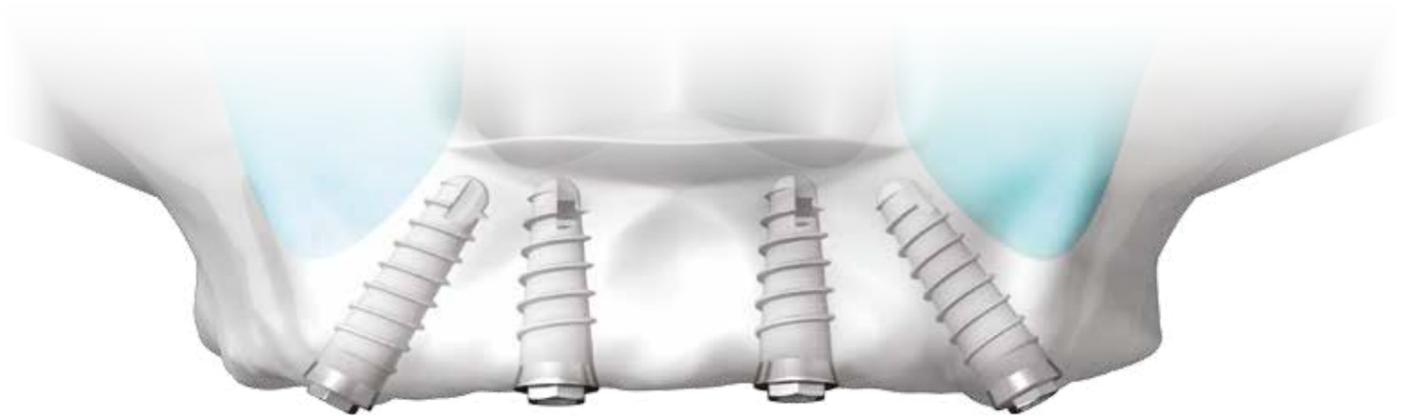


8 Situación clínica a los 12 meses

Caso clínico realizado
con implantes
SYRA

Syra y la experiencia del Syra Team

El implante Syra es muy versátil sobre todo para los protocolos de rehabilitación full arch: la morfología cónica con un aumento del ángulo en la porción coronal permite obtener una estabilidad primaria excelente, una importante ventaja para la carga inmediata. El hexágono externo, además de las prestaciones endo-óseas, facilita la introducción de la prótesis, algo muy aceptado por quienes optan por rehabilitaciones múltiples.



Los implantes Syra y Syra SL están caracterizados por un **cuerpo endo-óseo cónico** y por una conexión con **hexágono externo estándar**, única para todos los diámetros.



SYRA

La espira de los implantes Syra tiene la misma profundidad constante a lo largo de todo el cuerpo del implante, manteniendo la conicidad en todo el perfil externo.



SYRASL

Los implantes Syra SL tienen una geometría cónica del núcleo y mantienen a la vez un perfil externo cilíndrico constante a lo largo de toda la longitud del implante. Esta característica hace que la rosca en el ápice esté mucho más marcada. Además de una elevada capacidad de corte de las espiras más apicales, las espiras coronales son más gruesas y compactan cada vez más el hueso periimplantario y garantizan una estabilidad elevada. Esta morfología está indicada en las cirugías post-extracción y en caso de hueso poco compacto.

Un grupo de implantólogos seleccionados por el Dr. Gioacchino Cannizzaro ha creado el **Syra Team**, un **grupo de estudio** que actualmente está llevando a cabo un **ensayo clínico randomizado multicéntrico** según el protocolo del doctor Marco Esposito, editor del European Journal of Oral Implantology. Esta investigación, realizada sobre 96 pacientes, está basada en el uso de la morfología Syra tanto con espira regular como con espira ancha y compara los resultados clínicos del uso de 3 o 4 implantes para la rehabilitación de toda la arcada con Toronto bridge con carga inmediata. Luego, se realizará un **seguimiento a largo plazo** para controlar a los pacientes y analizar la estabilidad de los tejidos periimplantarios duros y blandos.



SYRASHORT



Los implantes **Syra Short**, caracterizados por una altura de 4.00, 5.00 y 6.00 mm, han sido diseñados para ser empleados en **situaciones clínicas con una reducida dimensión ósea vertical**. Para conseguirlo a la altura reducida, se añade una espira con buenas prestaciones y una capacidad de corte elevada para garantizar una excelente estabilidad primaria del implante incluso en caso de hueso poco compacto.

Los implantes Syra Short tienen la misma geometría cónica típica de los implantes Syra y la conexión con hexágono externo. Están disponibles totalmente con superficie ZirTi. Alrededor de la plataforma de conexión hay un pequeño bisel maquinado para garantizar el sellado protésico.

Para el sistema Syra está disponible la **línea protésica SKIN**, anodizada de **color rosa** para maximizar el mimetismo protésico aún en caso de biotipo fino.

Pruebas realizadas en la Universidad de Padua han demostrado que el tratamiento anódico no aumenta la adhesión de la placa bacteriana y tiene una buena resistencia a la abrasión causada por las maniobras cotidianas de higiene, manteniendo el color rosa a lo largo del tiempo.

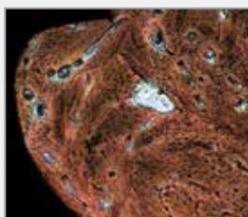


Los implantes Syra y Syra SL están disponibles en versión ZirTi y también Machined. Los implantes Syra Short están disponibles en versión totalmente ZirTi.



Cicatrización ósea alrededor de un implante con superficie ZirTi

Sa 1.39 μm



Cicatrización ósea alrededor de un implante con superficie machined

Sa 0.6 μm

Detalle de un caso parte del protocolo multicéntrico que será publicado en el European Journal of Oral Implantology. Imagen cortesía del dr. Gioacchino Cannizzaro, Pavia, Italia



El implante Syra permite un excelente posicionamiento gracias a su morfología root form con una conicidad marcada, incluso en casos de edentulismo individual con poco espacio intrarradicular.

Imagen clínica cortesía del dr. Gioacchino Cannizzaro, Pavia, Italia

Perfil de emergencia y sellado mucoso en coronas B.O.P.T. sobre implantes Prama

Dr. Guillermo Cabanes Gumbau



*Doctor en Odontología.
Especialista Universitario en Implantoprótesis por la U.I.B.
Miembro Diplomado de la Sociedad Española de Implantes.
Profesor del Máster de Implantología Bucal, Universitat de València.*

Introducción

El concepto B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique) desarrollado por el Dr. Loi a lo largo de su dilatada experiencia clínica y publicado en el año 2008 constituye, ya sin duda, una probada realidad en el modelado y conservación de los tejidos blandos peridentarios (1-3).

Más recientemente se ha empezado a trasladar esta filosofía al mundo implantológico mediante la confección de pilares implantoprotéticos sin línea de terminación y utilizando además implantes específicamente diseñados para esta técnica como es el implante PRAMA.

Uno de los principios esenciales de la técnica B.O.P.T. es que la encía tiene la capacidad de posicionarse y adaptarse sobre las formas protésicas, tanto en prótesis sobre dientes como sobre implantes.

Así pues, en la técnica B.O.P.T. aplicada a implantoprótesis, el hecho de trabajar con pilares troncocónicos sin hombro, ayuda a conseguir que las fibras colágenas del ancho biológico periimplantario se mantengan estables y gruesas, lo que se traduce en un mayor espesor de tejido gingival alrededor de la corona protésica permitiendo un sellado mucoso periimplantario de buena calidad capaz de mantener en el tiempo la protección de los tejidos óseos de soporte.

Adicionalmente, podremos comprobar en nuestros casos clínicos cómo en la creación, mediante nuestra corona protésica, de un "sobrecortado fisiológico", biológicamente conformado, con una emergencia armoniosa y una compresión gingival controlada, no se provoca ningún efecto nocivo de gingivitis o retracción, sino más bien todo lo contrario, ya que permite incrementar la magnitud de la barrera gingival de sellado periimplantario (4).

También es interesante destacar de esta técnica B.O.P.T. aplicada a la implantología que, el ajuste de la corona sobre una superficie implantoprotésica sin ninguna línea de terminación tipo chanfer, simplifica y mejora claramente el grado de adaptación marginal de la corona cementada sobre cualquier tipo de implante.

Pero, si además, confeccionamos la corona B.O.P.T. sobre un implante PRAMA, tenemos otros dos beneficios adicionales derivados del exclusivo diseño de su amplia plataforma protésica supragingival concebida para esta técnica: en primer lugar, el gap pilar-implante queda supragingival y "protegido" en el interior de la corona cementada, con lo que desaparece el eterno problema del acúmulo bacteriano en la zona de microdesajuste pilar-implante (inevitable en el resto de diseños implantológicos).

En segundo lugar, el apoyo del margen de la corona sobre el implante (en vez de sobre el pilar) disminuye drásticamente el trabajo de fatiga cíclica que soporta el tornillo de retención, con lo cual serán mucho más improbables los problemas derivados del aflojamiento progresivo del citado tornillo con la masticación (5-11).

Por todo lo expuesto anteriormente, creo que podemos considerar al implante PRAMA, con filosofía B.O.P.T., como un potente aliado frente a los dos principales problemas presentes en el medio y largo plazo de la implantoprótesis sobre nuestros pacientes: la muco-periimplantitis originada en el gap de desajuste pilar-implante y el aflojamiento de los tornillos de retención.

A este respecto, es interesante recordar que el microajuste implante-pilar y el funcionamiento del tornillo de retención (por supuesto con un correcto torque de roscado) son dos factores que dependen fundamentalmente del diseño y precisión de manufactura del implante, por lo que la calidad del trabajo del odontólogo y del protésico puede influir muy escasamente en estos parámetros. No obstante, la capacidad de sellado mucoso periimplantario sí que depende en gran medida del diseño de nuestras prótesis y en concreto del perfil de emergencia de las mismas.

Así pues, sobre este parámetro de sellado mucoso, tanto el odontólogo como el protésico tienen un papel, y una responsabilidad, esencial en la elección y diseño del perfil de emergencia prostodóncico sobre el implante PRAMA que nos permita conseguir una adecuada estética y preservación de los tejidos blandos, que son los verdaderos responsables de la supervivencia a largo plazo del hueso periimplantario (12- 13).

Objetivos

En este artículo se pretende mostrar el concepto y procedimiento de preparación de la emergencia coronaria sobre el modelo de escayola mediante la compresión controlada de tejidos, ideal para lograr los objetivos anteriormente planteados. No obstante, y a diferencia de la técnica de laboratorio convencional en B.O.P.T. sobre dientes, no se elimina inicialmente toda la información de la morfología gingival presente en la escayola, sino que remodelamos voluntariamente las formas ya preexistentes en la misma, para lograr la citada compresión de emergencia gingival controlada.

De este modo podremos, con frecuencia, confeccionar ya inicialmente las coronas cerámicas definitivas, que se ajustarán en boca adecuadamente a los perfiles de emergencia que previamente hemos creado sobre el modelo de laboratorio sin necesidad de utilizar la fase intermedia de provisionales.

Con este procedimiento que planteamos para la confección de implantoprótesis con PRAMA, no se busca eliminar sistemáticamente la utilización de coronas provisionales para conformar tejidos por el mero hecho de "escatimar" pasos en el protocolo clínico. Más bien, se considera que en el caso de prótesis sobre implantes, ésta es una parte del proceso clínico de confección de la prótesis que con frecuencia el odontólogo podrá ya "predecir" inicialmente sobre el primer modelo de trabajo de laboratorio, conformando mediante desgaste manual selectivo, la morfología de la escayola que rodea al análogo para simular la emergencia final deseada y que el protésico deberá transferir a la corona confeccionándola de forma ajustada sobre ese lecho.

Esta forma de trabajar sobre el modelo de laboratorio en prótesis sobre implantes sin la utilización sistemática de prótesis provisionales, es una posible opción (que el autor propone modestamente) para la adaptación de la filosofía B.O.P.T. dentosoportada a la B.O.P.T. implantosoportada.

Esto se debe a que en implantes SÍ que podemos trabajar con pilares cónicos sin línea de terminación, pero NO podemos realizar la fase clínica de gingitaje rotatorio intrasurcular, que en el caso del tallado dentario "libera" de forma controlada la adhesión de los tejidos gingivales peridentarios para adaptarse con mayor facilidad a la nueva morfología que promueve la prótesis provisional, la cual, por tanto, nos aportará un indudable beneficio en el caso de prótesis dentosoportada pero no tanto en la implantosoportada.

Casos clínicos

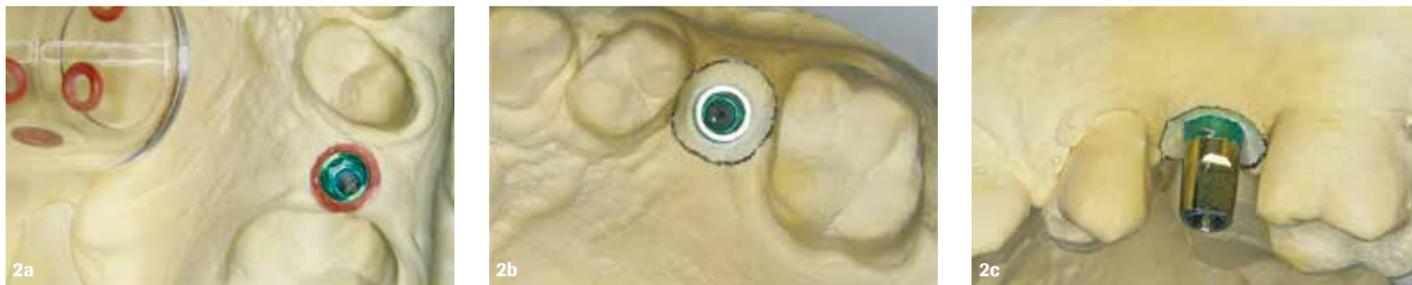
Según todo lo anteriormente expuesto, podremos apreciar en los siguientes 4 casos clínicos, cómo en la confección de la implantoprótesis, se desgasta inicialmente, de forma selectiva, la emergencia periimplantaria en el modelo de escayola con los criterios establecidos por el odontólogo, basados en el grosor clínico gingival y en el perfil óseo radiográfico. De este modo, se logra confeccionar en el laboratorio coronas con una emergencia más amplia y armoniosa mediante una compresión mucosa controlada ya desde el modelo inicial de escayola. Este "sobrecontorneado fisiológico de la prótesis" proporcionará un mayor espesor de tejido blando pericoronario que aislará más eficazmente al gap corona-pilar del medio externo, logrará una mejor estética gingival, un adecuado cierre de papilas y todo ello con un margen coronario tipo B.O.P.T. que, por definición, minimiza el desajuste en ese gap de cementado corona-pilar o corona-implante en el caso del PRAMA.

Caso 1

Reposición del segundo premolar superior izquierdo en paciente mujer de 71 años, mediante un implante (Prama Root Form de 3,8x11,5 mm) y corona cerámica cementada de zirconio (Figuras 1 - 4).



Implante PRAMA Root Form de 3,8 x 11,5 mm para reponer el diente 2.5. Antes del vaciado de la impresión, se coloca sobre el análogo un O-ring para facilitar el posterior acceso, en el modelo de escayola, a los márgenes ligeramente subgingivales del citado análogo.



Tras extraer el O-ring se puede acceder con facilidad a los márgenes del análogo. De este modo, el odontólogo diseña y confecciona una correcta morfología de emergencia coronaria mediante el desgaste selectivo del modelo de escayola, en función de criterios clínicos objetivos según el grosor gingival y perfil óseo radiográfico.



El protésico confecciona la corona bien ajustada a los márgenes de emergencia creados por el odontólogo en el modelo de escayola. Así conseguimos una corona cementada con un "sobrecontorneado fisiológico" y una "compresión gingival controlada", capaz de generar una adecuada arquitectura gingival pericoronaria ya desde el principio.



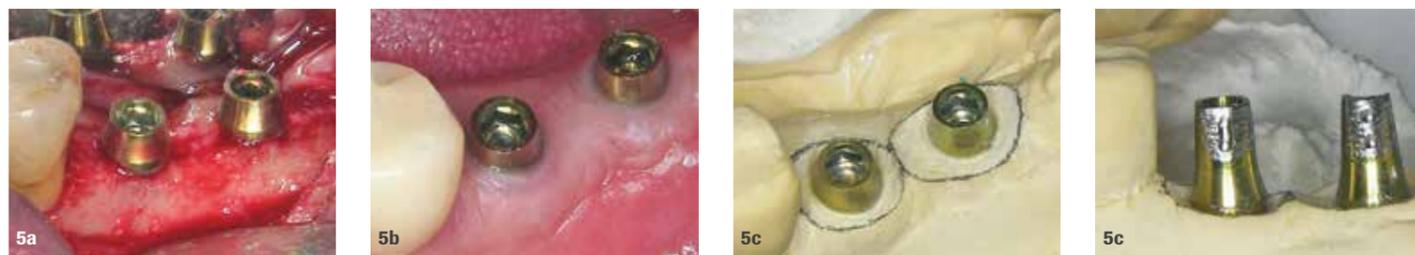
Corona sobre el 2.5 recién cementada y después de 3 meses en boca. La leve isquemia inicial (debida a la compresión del margen gingival sobrecontorneado de la corona) desaparece tras las primeras horas del cementado. En la revisión a los 3 meses el tejido blando pericoronario aparece completamente saludable y estético.

Caso clínico realizado
con implantes
PRAMA

12

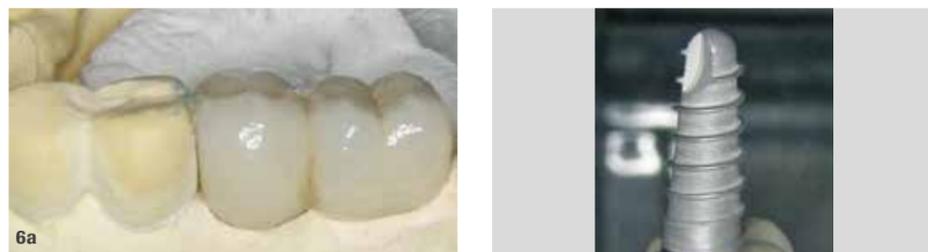
Caso 2

Reposición de dos molares inferiores izquierdos en paciente varón de 51 años, mediante dos implantes (Prama Root Form de 4,25x11,5 mm) y dos coronas ceramo-metálicas cementadas y ferulizadas (Figuras 5 - 8).



Dos implantes PRAMA Root Form de 4,25 x 11,5 mm para reponer los dientes 3.6 y 3.7. Podemos comparar la morfología gingival periimplantaria en boca y la generada sobre el modelo mediante el desgaste selectivo de la escayola que guiará la correcta morfología de emergencia de las coronas protésicas.

Caso clínico realizado con implantes PRAMA



El "margen coronario BOPT" unido al "sobrecontorneado fisiológico" del perfil de emergencia protodónico sobre el implante PRAMA, nos permiten conseguir una adecuada estética y preservación de los tejidos blandos.



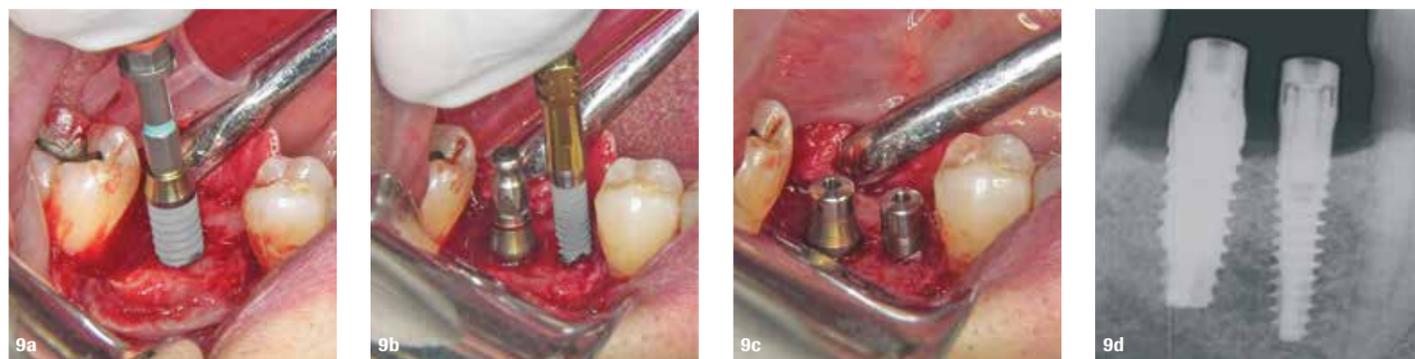
La encía se adapta perfectamente a las formas generadas por la emergencia coronaria. Además, el cemento es más sencillo de retirar en las coronas BOPT sin hombro de terminación.



Aspecto clínico y radiográfico del caso después de 3 meses en boca.

Caso 3

Reposición del primer molar inferior derecho en paciente varón de 56 años, mediante dos implantes (Prama 4,25x10 mm y Outlink² Slim 3x11,5 mm) y corona ceramo-metálica cementada (Figuras 9 - 13).

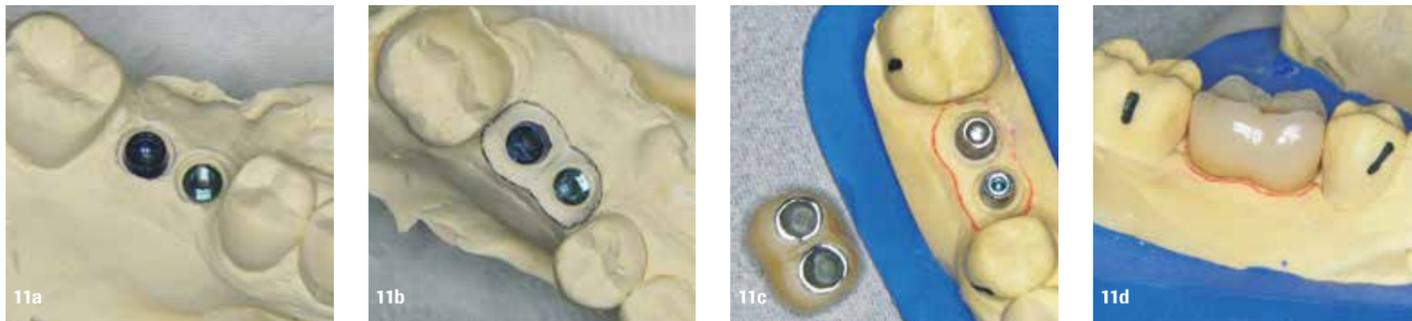


Dos Implantes Prama 4,25 x 10 mm y Outlink² Slim 3 x 11,5 mm para reponer el diente 4.6. En la reposición de molares con 2 implantes es fundamental lograr un correcto paralelismo, al tratarse siempre de implantes muy próximos que pueden complicar las fases protodónicas en caso de no estar correctamente alineados entre sí.

Caso clínico realizado con implantes PRAMA y OUTLINK² SLIM



Al tratarse de un paciente con abundante espesor gingival, la colocación de O-rings en los análogos antes del vaciado de la impresión facilitará el acceso a los márgenes subgingivales del análogo para conformar la emergencia coronaria en el modelo de escayola.



En la emergencia labrada en la escayola apreciamos como el "sobreocontorneado fisiológico" alrededor de los implantes proporcionará un mayor espesor de tejido pericoronario para proteger al gap corona-pilar del medio externo.

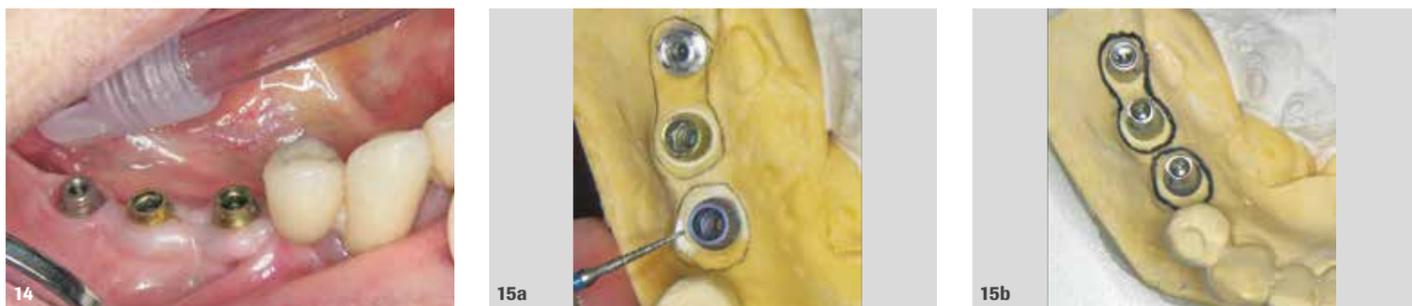


Corona 4.6 tras el cementado y eliminación del cemento sobrante.

Aspecto clínico y radiográfico de la corona 4.6 después de 3 meses en boca. Se aprecia una correcta respuesta tisular a nivel de ajuste y estética.

Caso 4

Reposición de segundo premolar y primer molar inferior derecho en paciente mujer de 84 años mediante 3 implantes (dos Prama 4,25x10 mm y un SK2 3,8 x 8 mm) para reponer los dientes 4.5 y 4.6. y dos coronas ceramo-metálicas cementadas y ferulizadas (Figuras 14 - 18).



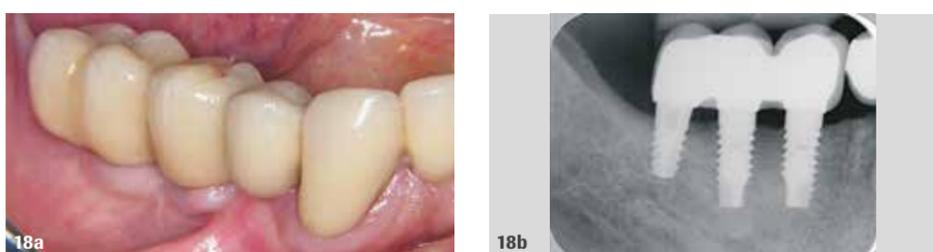
Podemos comprobar como el gap de unión pilar-implante en los PRAMA quedará supragingival e intracoronario, mientras que en el implante de conexión externa el gap quedará a nivel yuxta o subgingival y extracoronario. Existe por tanto un menor riesgo de acúmulo bacteriano en el gap de los implantes PRAMA así como una menor fatiga cíclica del tornillo de retención. El odontólogo puede conformar una adecuada emergencia coronaria y reparto de espacios protésicos desgastando controladamente la escayola del modelo de trabajo mediante instrumentos rotatorios y bisturí de escayola.



Las coronas bien ajustadas a este perfil de emergencia labrado en el modelo de escayola provocarán una adecuada adaptación y sellado de los tejidos blandos.



Aspecto clínico y radiográfico el día de la colocación. En los dos implantes PRAMA, el gap pilar-implante quedará aislado en el interior de la corona cementada, mientras que en el implante distal, de conexión hexagonal, el gap queda más desprotegido a nivel yuxtagingival y extracoronario.



Radiografía y situación clínica de los tejidos blandos bien adaptados y saludables tras el primer mes en boca.

Agradecimientos: Deseo expresar mi más sincero reconocimiento y admiración por la magnífica labor de confección de las prótesis presentadas en este artículo, elaboradas por los maestros protésicos D. César Chust López, D. Juan Ballester Ferrandis y Dña. Violeta Alapont Asensio. e-mail: guillermo@doctorcabanes.com

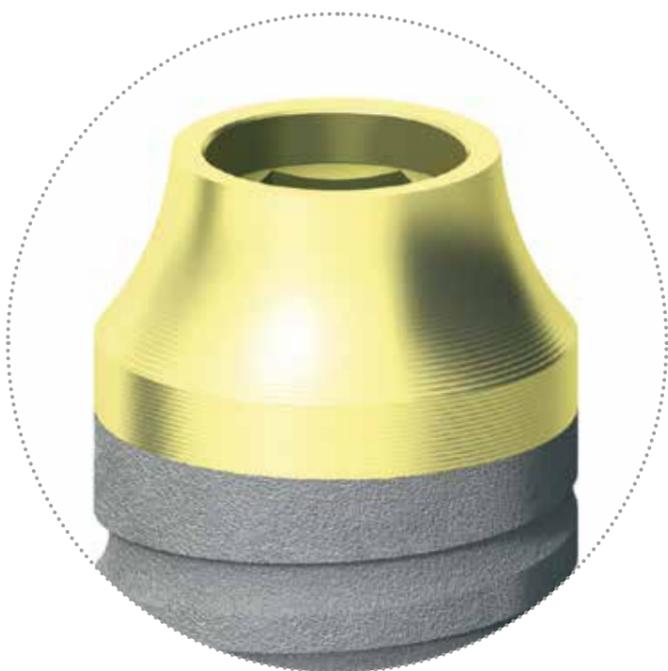
Caso clínico realizado con implantes PRAMA

Bibliografía

- Loi I, Scutellà F, Galli F. Tecnica di preparazione orientata biologicamente (BOPT). Un nuovo approccio nella preparazione protesica in odontostomatologia, Quintessenza Internazionale 2008; 5: 69-75.
- Loi I. Protesi su denti naturali nei settori di rilevanza estetica con tecnica BOPT: Case series report. Dental Cadmos 2008; 76: 51-59.
- Loi I, Galli F, Scutellà F, Felice A. Il contorno coronale protesico con tecnica di preparazione BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique): considerazioni tecniche. Quintessenza Internazionale 2009; 25: 4-19
- Loi I, Felice A. Biologically oriented preparation technique (BOPT): a new approach for prosthetic restoration of periodontically healthy teeth. The European Journal of Esthetic Dentistry 2013; 8-1: 10-23
- Binon P, Sutter F, Beaty K, Brunsky J, Gulbransen H, Weiner R. The role of screws in implant systems. Int Jnl Oral Maxillofac implants. 1994; 9: supl. 48-63
- Binon PP. Evaluation of machining accuracy and consistency of selected implants, standard abutments, and laboratory analogs. Int J Prosthodont. 1995 Mar-Apr;8(2):162-78.
- Binon PP. The effect of implant/abutment hexagonal misfit on screw joint stability. Int J Prosthodont. 1996b; 9: 149-60.
- Jemt T, Book K. Prosthesis misfit and marginal bone loss in edentulous implant patients. Int J Oral Maxillofac Implants. 1996; 11(5): 620-5.
- Isa ZM, Hobkirk JA. The effects of superstructures fit and loading on individual implant units: Part I. The effects of tightening the gold screws and placement of a superstructure with varying degrees of fit. Eur J Prosthodont Restor Dent. 1995;3(6): 247-53.
- Jemt T, Rubenstein JE, Carlsson L, Lang BR. Measuring fit at the implant prosthodontic interface. J Prosthet Dent. 1996; 75(3): 314-25.
- Kan JYK, Rungcharassaeng K, Bohsali K, Goodacre CJ, Lang BRI. Clinical methods for evaluating implant frameworks fit. J Prosthet Dent. 1999; 81(1): 7-13.
- Canullo L, Rasperini G. Preservation of peri-implant soft and hard tissues using platform switching of implants placed in immediate extraction sockets: a proof-of-concept study with 12 to 36 month follow-up. In J Oral Maxillofac Implants 2007; 22:995-1000.
- Becker J, Ferrari D, Herten M, Kirsch A, Schaer A, Schwarz E. Influence of platforms switching on crestal bone changes at non-submerged titanium implants: a histomorphometrical study in dogs. J Clin Periodontol. 2007; 34: 1089-96.

“Prama, el implante con anatomía emergente inversa para el aumento circunferencial de los tejidos blandos periimplantarios” (Dr. Ignazio Loi)

El cuello transmucoso Prama presenta un cuerpo cilíndrico de 0.8 mm y una porción hiperbólica de 2.00 mm de alto, creada ad hoc para garantizar una real continuidad con el pilar. Esta ausencia de esquinas permitirá a las mucosas discurrir sobre el titanio sin encontrar obstáculos y alcanzar el perfil de adaptación establecido por el dentista. El radiado sigue radios diferentes en los tres diámetros de implantes para llevar siempre el diámetro de la conexión a 3.40 mm.



El típico maquinado de la porción transmucosa tiene la doble tarea de facilitar la adhesión de los tejidos blandos contribuyendo así a la formación de un sellado mucoso de alto contenido en fibras de colágeno, por tanto muy estable.

El característico cuello Prama facilita el emplazamiento del cierre de la corona protésica **en cualquier porción del trayecto transmucoso.**



Inserción de la corona definitiva



Rx postoperatoria



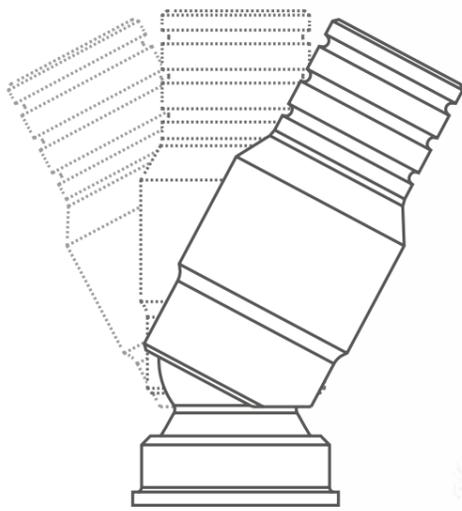
Seis meses después

Imágenes cortesía del dr. Fabio Gorni, Milán, Italia

3.0 Dynamic Abutment: la nueva solución estética atornillada para el implante Prama

No más problemas estéticos relacionados al agujero vestibular. El pilar Dynamic Abutment es una **solución patentada** que admite una **libertad de ángulo de la prótesis hasta 28°**. El beneficio primario de esta tecnología innovadora consiste en la posibilidad **de desplazar el agujero para el tornillo de fijación** en posición más palatal o bucal, evitando así antiestéticos agujeros vestibulares y permitiendo un mayor espesor vestibular de la cerámica.

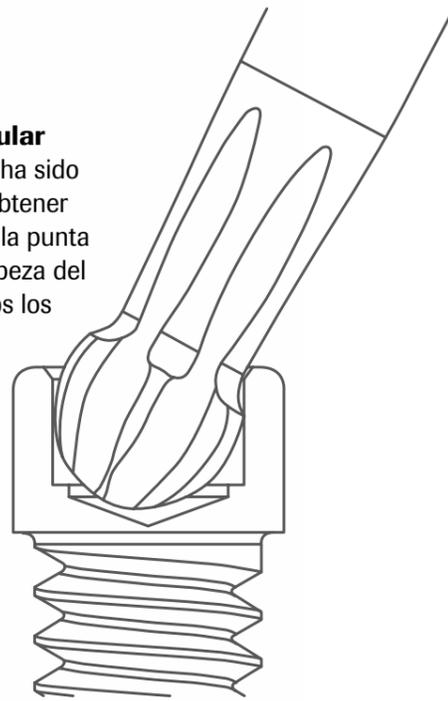
Una porción calcinable rodea sobre la cabeza semi-esférica del pilar en total libertad de movimiento. Es suficiente fijarla en la posición deseada para obtener una estructura solidarizada para replicar en fusión.



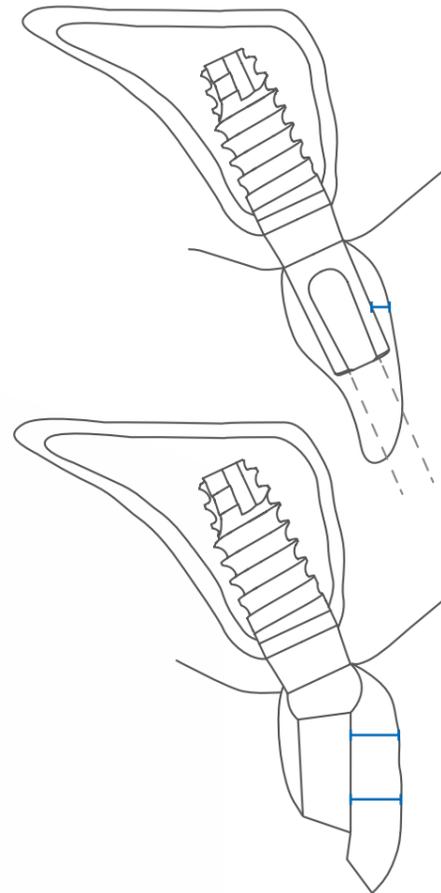
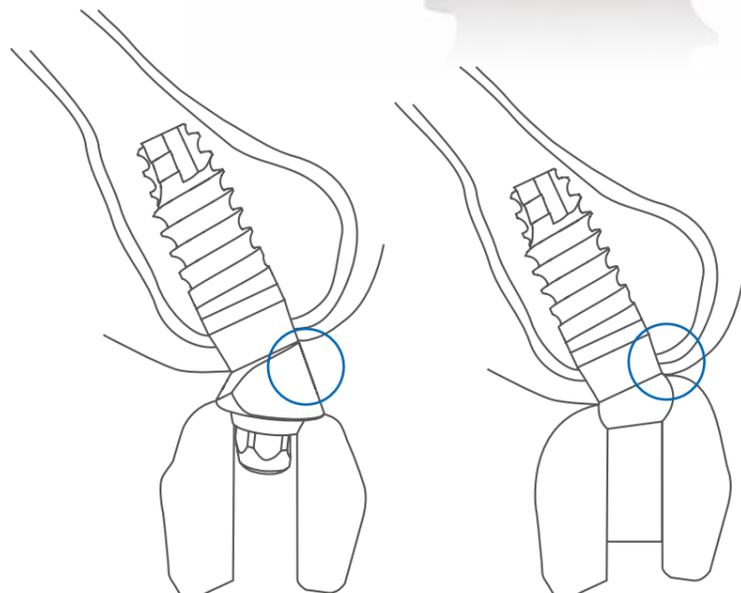
La conexión del pilar en cromo-cobalto garantiza el respecto de las tolerancias micrométricas también después de la sobrefusión de la porción calcinable. Está disponible también la versión por completo calcinable de base y cánula, para una fusión completa del pilar.



El diseño particular del atornillador ha sido proyectado para obtener el máximo grip de la punta al interior de la cabeza del tornillo desde todos los ángulos posibles.



Después de la fusión, la cerámica reviste por completo el perfil en metal de la base, evitando problemas estéticos en las soluciones de ángulo, que son comunes cuando sobre los implantes transmucosos se utilizan soluciones intermedias como los pilares.



Cirugía guiada de implantes Prama en el sector anterior

Prof. Berta García Mira, Dr. José Viña Almunia, Prot. César Chust López



Berta García Mira
Profesora asociada del Departamento de Cirugía Bucal,
Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Valencia.
Presidenta de la Asociación Valenciana de Cirugía Bucal.
Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Bucal.
Premio extraordinario de Doctorado, Universidad de Valencia.
Máster de Cirugía e Implantología Bucal, Universidad de Valencia.
Diploma de Medicina y Cirugía Bucal, Universidad de Valencia



José Viña Almunia
Licenciado en Odontología, Universidad Alfonso X El Sabio.
Máster en Cirugía e Implantología Bucal, Universidad de Valencia.
Doctor en Odontología, Universidad de Valencia.
Profesor de grado de Odontología, Universidad Europea de Valencia (2011-12).
Profesor colaborador del Máster de Cirugía e Implantología Bucal, Universidad de Valencia.



César Chust López
Técnico especialista en prótesis dental desde 1987, director técnico del laboratorio C.CHUST.
Profesor del máster de prótesis del centro I.V.I.O.
Laboratorio Colaborador con el Máster de Cirugía y Prótesis de la Universidad de Valencia.

Introducción

La cirugía guiada en implantología bucal utiliza programas informáticos que, junto con técnicas de imagen como la tomografía computarizada, permiten la planificación de situaciones reales de manera virtual, y la confección de férulas quirúrgicas que contienen toda la información necesaria para trasladar esa planificación al paciente⁽¹⁾. Gracias a los avances en el desarrollo de los programas informáticos y a la incorporación de la tomografía de haz cónico (cone beam computed tomography/CBCT), se han desarrollado sistemas mucho más precisos y con una menor radiación para los pacientes⁽²⁾. Además mediante la tecnología CAD/CAM, es posible la confección precisa de modelos esteoligráficos que reproducen la anatomía del paciente, de férulas quirúrgicas y de las prótesis⁽³⁾.

Al visualizar preoperatoriamente el volumen del tejido óseo, pueden colocarse los implantes de forma más precisa, reduciendo la necesidad de realizar injertos óseos y también reduciendo las posibles lesiones de estructuras anatómicas⁽⁴⁾. Además, al estar el implante protésicamente guiado, se mejoran los perfiles de emergencia y se consiguen unas prótesis con diseños adecuados. Como otras ventajas, si se combina con una técnica mínimamente invasiva (sin colgajo), se asocia a un sangrado mínimo, a la ausencia de suturas, disminuye el tiempo quirúrgico y mejora el postoperatorio del paciente^(5,6). No obstante hay que recordar que necesita una curva de aprendizaje donde la planificación es más laboriosa y el cirujano tiene que tener una amplia experiencia para poder llevar a cabo esta técnica⁽⁴⁾.

En el consenso publicado por Hämmerle y cols.⁽⁴⁾ en el 2009, se recomendó esta técnica en situaciones anatómicamente comprometidas, cuando se deseaban realizar técnicas mínimamente invasivas y para optimizar la colocación de los implantes en zonas estéticamente comprometidas y/o con técnicas de carga inmediata con prótesis preformadas. En los últimos consensos publicados sobre cirugía guiada en el 2014^(1,2) se recomienda realizar esta técnica protésicamente guiada, con un sistema que permita realizar un encerado diagnóstico digital, con férulas dento, muco o implantototoportadas (no se recomienda el apoyo óseo), se puede realizar junto técnicas sin elevación de colgajo y, el implante debe ser insertado a través de la férula quirúrgica para mejorar la exactitud de su colocación.

Caso clínico

Paciente de 51 años de edad sin antecedentes médicos de interés que acude a consulta con la fractura horizontal del 1.1. En la exploración clínica se observa la raíz del 1.1 fracturada, la ausencia del 2.2 y coronas de zirconio en el 1.2 y 2.1; no hay signos ni síntomas de infección. Al ser una zona estéticamente comprometida, donde la emergencia protésica del implante determinará el resultado estético de la restauración definitiva y donde además, la proximidad de las raíces de los dientes adyacentes dificulta la colocación del implante, se decide realizar la colocación del implante utilizando las técnicas de cirugía guiada actuales. Se planifica la extracción atraumática del resto radicular del 1.1 y la colocación de un implante inmediato siguiendo el consenso publicado por Morton y cols.⁽⁷⁾ en 2014. La planificación se realizó mediante el sistema informático 3 Diagnosys® (3DIEMME, Cantu'CO, Italia) y se utilizó el sistema de cirugía guiada ECHOPlan (Sweden & Martina, Padua, Italia) para la posterior colocación de un implante PRAMA (Sweden & Martina, Padua, Italia).



Imagen clínica frontal donde se aprecia la fractura horizontal del 1.1 e imagen oclusal. Clínicamente, el biotipo del paciente y el estado del tejido blando es adecuado para permitir la colocación de un implante inmediato en el 1.1.

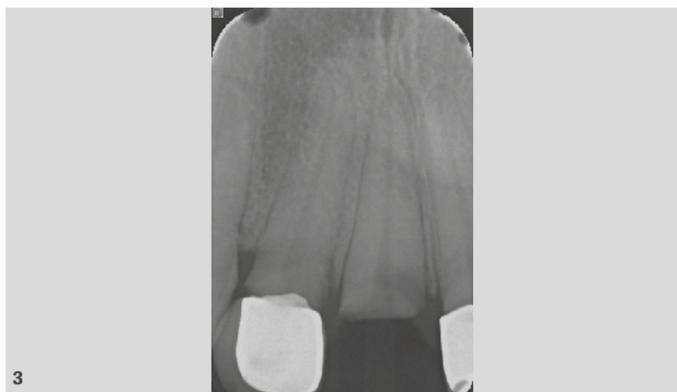
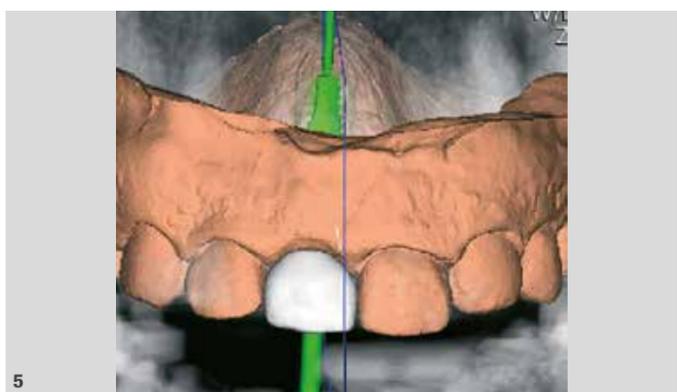


Imagen de la radiografía periapical donde se aprecia la fractura horizontal del 1.1 y la proximidad entre los ápices de los dientes anteriores. Para poder realizar la planificación en el software, se utiliza una guía de mordida EVOBITE (3DIEMME, Cantú, CO, Italia) con la que se realizará la TC al paciente para obtener las imágenes en formato Dicom.



Mediante el sistema informático 3 Diagnosys® (3DIEMME, Cantú, CO, Italia), se planifica la extracción del resto radicular y la colocación de un implante inmediato. Imagen de la superposición de las imágenes Dicom del paciente con las imágenes STL del escaneado intraoral del paciente y el encerado diagnóstico de la restauración protésica.

Imagen lateral tras la planificación: el software permite colocar el implante y comprobar la correcta emergencia protésica y angulación. En la TC se observa una cortical vestibular fina e intacta por lo que se planifica la colocación del implante con una inclinación hacia palatino que permitirá conseguir la estabilidad primaria del implante en la zona apical y regenerar la zona del gap vestibular con un biomaterial. Se programa la colocación de un implante PRAMA de 3.8 mm de diámetro y 13 mm de longitud (Sweden & Martina, Padua, Italia).

Caso clínico realizado con implantes PRAMA, kit para cirugía guiada ECHOPLAN y MAGNETIC Mallet



Tras la planificación, se realiza la férula quirúrgica mediante el sistema PlastyCAD (3DIEMME, Cantú CO, Italia) y se comprueba su ajuste en boca.

18



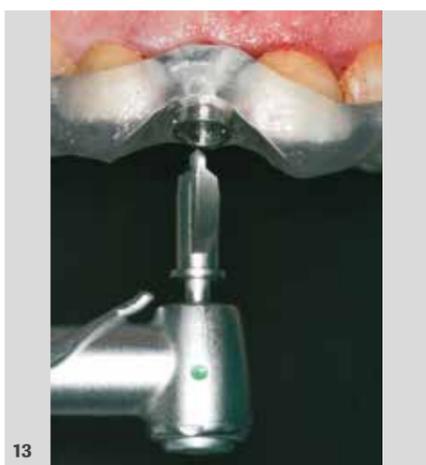
Se realiza la extracción del resto radicular mediante el sistema Magnetic Mallet (Sweden & Martina, Padua, Italia) que permite llevar a cabo el proceso de una forma atraumática manteniendo los tejidos blandos y duros sin dañarlos, y se utilizan los distintos dispositivos del sistema para poder realizar la extracción.



Imagen clínica frontal tras la extracción: se curetea el lecho tras la extracción del resto radicular.



Imagen oclusal tras la extracción.



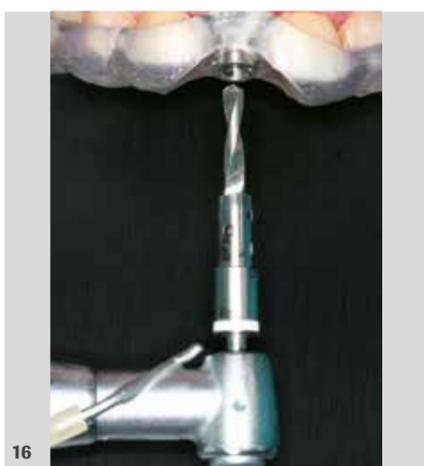
Se utiliza la secuencia quirúrgica del sistema de cirugía guiada ECHOPlan (Sweden & Martina, Padua, Italia) para labrar el lecho del implante; se utilizan en primer lugar dos fresas para preparar las corticales.



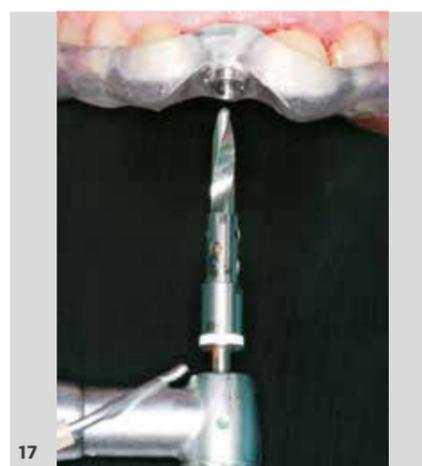
Fresa de marcado de la cortical.



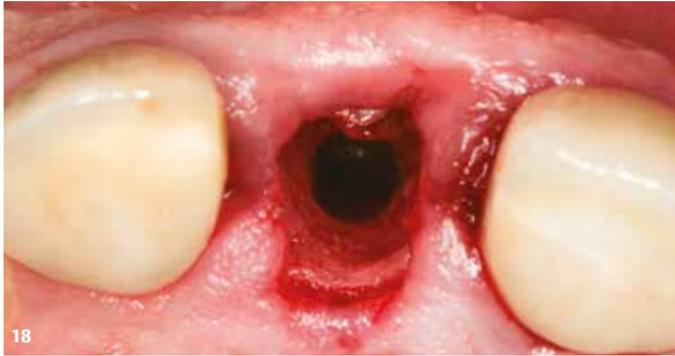
La siguiente fresa helicoidal de 2 mm se une a la guía de cirugía guiada para labrar en todo momento el lecho con la dirección y la profundidad planificada mediante el sistema informático.



Utilización de la fresa de 2.8 mm.



Última fresa de la secuencia quirúrgica para colocar un implante de 3.80 mm de diámetro.



Se retira la férula una vez labrado el lecho y se comprueba el nuevo lecho creado para el implante inmediato.



Imagen de la guía que permite colocar el implante de forma guiada con la angulación y profundidad siguiendo la planificación previa.



Se atornilla la guía de cirugía guiada sobre el implante Prama (Sweden & Martina, Padua, Italia) de 3.8 mm de diámetro y 13 mm de longitud y se coloca el implante de forma totalmente guiada a través de la perforación de la férula.



Imagen oclusal tras la colocación del implante inmediato.

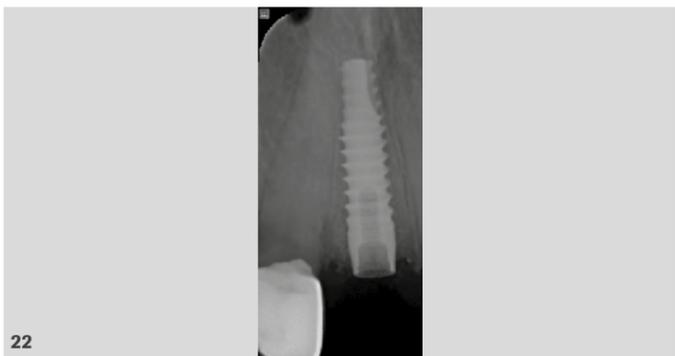


Imagen de la radiografía de control tras la extracción del 1.1 y la colocación inmediata del implante.



Antes de colocar una corona de estética inmediata sobre el implante, se comprueba que el valor del Ostell® es superior a 60. Se atornilla sobre el implante el pilar protésico de resina B.O.P.T. con su tornillo de fijación.

Caso clínico realizado con implantes PRAMA, kit para cirugía guiada ECHOPLAN y MAGNETIC MALLETT



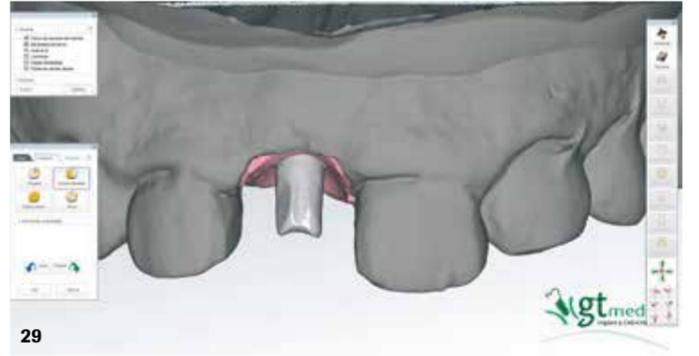
Se protege con dique de goma y se rebasa el provisional; una vez fraguada la resina, se retira la prótesis y se rellena el gap con un bio-material.



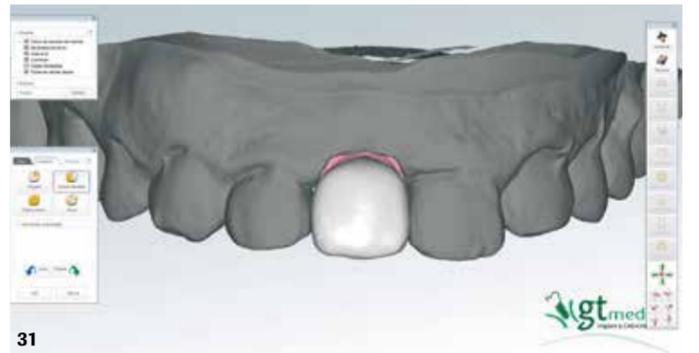
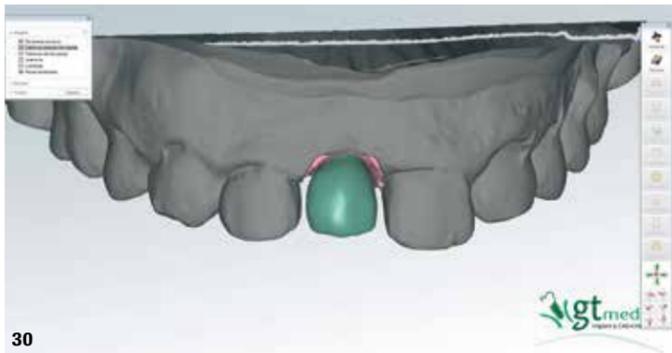
20



Imagen oclusal tras la colocación de la prótesis provisional de estética inmediata e imagen frontal de control.



A los 4 meses se observa el buen estado de los tejidos blandos y se toman las impresiones definitivas, luego se diseña mediante CAD-CAM una corona sobre el implante. Imagen del diseño del pilar.



Diseños del metal y de la corona definitiva.

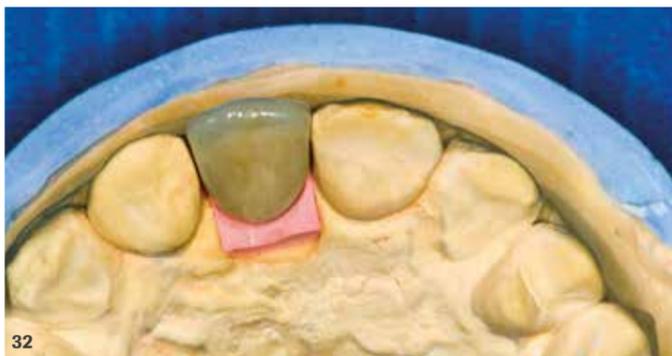


Imagen de la corona definitiva en el modelo de escayola; luego se cementa la corona sobre el pilar del implante.

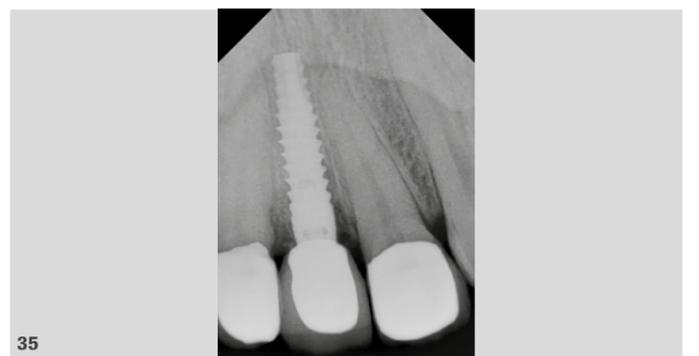


Imagen oclusal de control tras la colocación de la corona definitiva e imagen de la radiografía periapical donde se observa el ajuste de la corona definitiva y el correcto nivel de hueso periimplantario.



Imagen a las 3 semanas de la colocación de la corona definitiva; se ha realizado una pequeña gingivectomía en el 21.



Imagen clínica de control a los 7 meses de colocar la corona definitiva.



Imagen radiográfica de control a los 7 meses.

Bibliografía

1. Tahmaseb A, Wismeijer D, Coucke W, Derksen W. Computer technology applications in surgical implant dentistry: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:25-42.
2. Bornstein MM, Al-Nawas B, Kuchler U, Tahmaseb A. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding contemporary surgical and radiographic techniques in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:78-82.
3. Kang SH, Lee JW, Lim SH, Kim YH, Kim MK. Verification of the usability of a navigation method in dental implant surgery: in vitro comparison with the stereolithographic surgical guide template method. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014;42(7):1530-5.
4. Hämmerle CH, Stone P, Jung RE, Kapos T, Brodala N. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding computer-assisted implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24 Suppl:126-31.
5. Fortin T, Bosson JL, Isidori M, Blanchet E. Effect of flapless surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2006;21(2):298-304.
6. Nikzad S, Azari A. Custom-made radiographic template, computed tomography, and computer-assisted flapless surgery for treatment planning in partial edentulous patients: a prospective 12-month study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:1353-9.
7. Morton D, Chen ST, Martin WC, Levine RA, Buser D. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding optimizing esthetic outcomes in implant dentistry. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2014;29 Suppl:216-20.

GACETA DENTAL entrega sus premios anuales con Sweden & Martina

Más de 300 profesionales se dieron cita en la noche gala que tuvo lugar en Madrid, y Sweden & Martina estaba presente entre los sponsors, patrocinando el galardón por Mejor Artículo Científico del año.

El galardón fue concedido por la comisión científica al Dr. Pedro Ariño Rubiato.



En la noche de gala estaban presentes los presidentes de todas las sociedades científicas españolas y los altos cargos de la odontología española, junto a más de 200 odontólogos. El premio fue entregado, en representación de Sweden & Martina, por el Jefe de Ventas Gianfranco Parente.



De izquierda a derecha: el Presidente del Consejo General de Odontólogos Dr. Óscar Castro, el Ganador Dr. Pedro Ariño Rubiato y Gianfranco Parente.



Sweden & Martina: las soluciones digitales

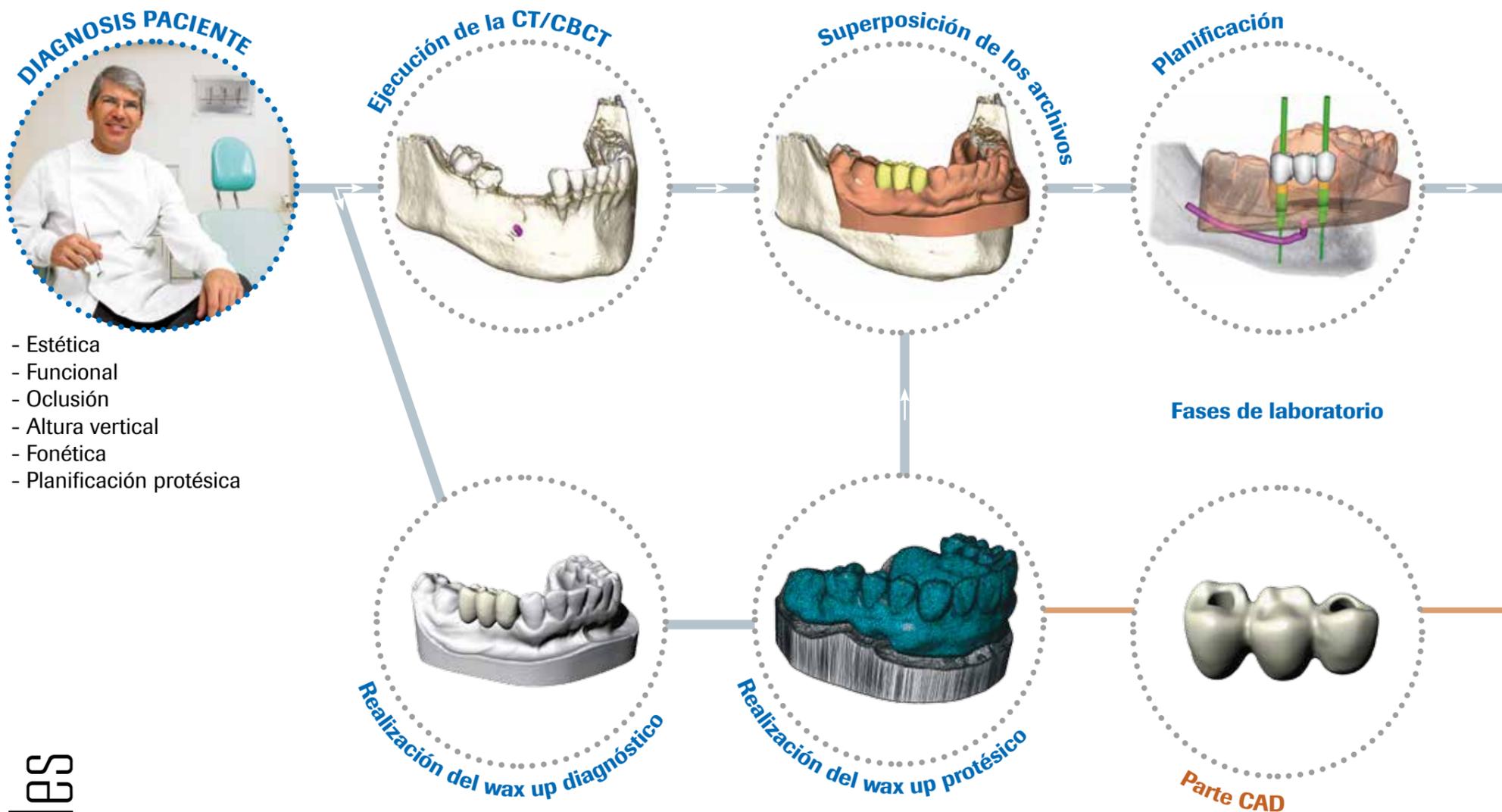
El objetivo de la cirugía guiada no tiene que ser sólo la inserción de los implantes en función del hueso, sino de encontrar la posición ideal en el respecto de la restauración protésica final.

De hecho trabajando digitalmente es posible crear enseguida un archivo STL de la estructura protésica deseada y utilizarlo, en fase de planificación, para orientar los implantes en la posición y a la altura más conforme para garantizar el mejor resultado funcional, fonético y sobretodo estético.

Los implantes podrán por lo tanto ser colocados en fase de cirugía con el auxilio de una plantilla quirúrgica creada del software house y, si fuera necesario, con un protocolo de carga inmediata.

De hecho enviando después de la planificación el archivo STL del componente protésico al centro CAD/CAM de Sweden & Martina (Milling Center), éste podrá ser convertido por nuestros técnicos en un software para realizar, por medio del fresado de material "prime certificat", la prótesis final con la precisión y la calidad garantizadas por Sweden & Martina.

Superposición del archivo **DICOM** de la CT/CBCT y del archivo **STL** de la escansión del wax up: **reducción del scattering** y envío del **archivo limpiado** al médico para la planificación



En caso de carga inmediata >

echo

Diseño virtual del provisional desde el archivo STL del wax up

El modelo digital del provisional puede ser hecho utilizando uno de los software leader del sector calificados por: **ECHO, 3Shape, EXOCAD, Dental Wings***

Estos software contienen las librerías originales de los componentes protésicos: todas las informaciones sobre las prótesis siempre están filtradas y controladas por Sweden & Martina

* en caso de uso de software distintos, contacten con el centro de asistencia de Sweden & Martina para probar la compatibilidad



Sweden & Martina provee los casquillos directamente a los software house y, a petición, al técnico.

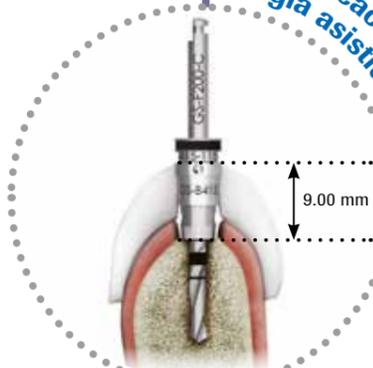


echo
PLAN

La plantilla quirúrgica puede ser producida de distintas maneras: por el software house o por el mismo técnico según el método utilizado.



Producción de la plantilla quirúrgica



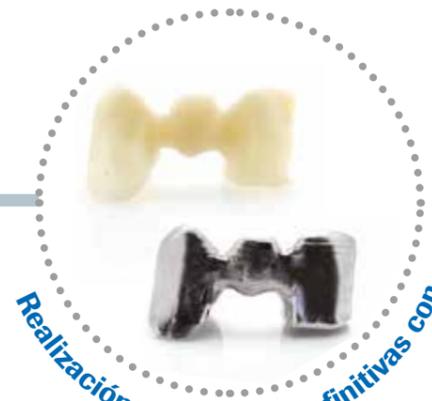
Colocación de los implantes con cirugía asistida por ordenador



Seguimiento del paciente



Montaje del provisional



Realización de prótesis definitivas con sistemática CAD/CAM



Parte CAM

- Zirconia
- Zirconia estratificada (Katana)
- Cromo cobalto (sintetizado)
- Cromo cobalto (fresado)
- Titanio
- Fibra de vidrio
- Resina biomédica
- PMMA
- Peek
- Biotitanio fresado
- Disilicato de litio
- Aluminio

> Producción del provisional por parte del MILLING CENTER**

** es posible realizar provisionales en resina también utilizando impresoras 3D

5-6 febrero | 4-5 marzo | 8-9 abril 2016
Viladecans, Barcelona



Xavier Vela y Xavier Rodríguez

Curso de rehabilitación con implantes del sector anterior y posterior

Borg Center
Av. Mare de Déu de Sales 67C
08850 Viladecans, Barcelona

sweden & martina
IMPLANTOLOGY



10º ANIVERSARIO DEL CENTRO BORG (Barcelona Osseointegration Research Group)

Es un placer para nosotros anunciaros la celebración del 10º aniversario de la creación del grupo BORG (Barcelona Osseointegration Research Group).

BORG surgió ante de la necesidad que algunos de nosotros teníamos de entender lo que estábamos haciendo y por qué lo hacíamos, preguntas que todavía son el motor de nuestro grupo. Hace algunos años inauguramos el BORG Center, nuestro laboratorio de ideas, un espacio abierto a todos aquellos que aman nuestra profesión y que buscan algo más. Para nosotros BORG Center ha sido una magnífica escuela donde todos y cada uno de vosotros nos habéis enseñado cosas y sobre todo donde hemos hecho muchísimos amigos.

Hoy queremos celebrar nuestros 10 años de vida con todos vosotros, aquellos amigos que con vuestro soporte habéis hecho posible nuestro sueño. Por ello os queremos invitar al acto que hemos organizado en el **Beach Club Tropical** en Gavà Mar (Barcelona), el día 12 de Diciembre. Estará con nosotros el Dr **Ignazio Loi** y podremos presentaros por fin la culminación de nuestro trabajo de años, nuestros **pilares BORG**, los pilares cónicos-marginless tanto para prótesis cementada como roscada que finalmente hemos podido desarrollar gracias a **Sweden & Martina**, nuestros nuevos compañeros de viaje que han creído firmemente en nuestras ideas y gracias a esta colaboración ya estamos obteniendo los primeros frutos. Tras una breve charla que compartiremos con el Dr Loi os ofreceremos un aperitivo en un marco agradable frente al mar.

Os esperamos.

Dr. Xavier Vela

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 06
octubre 2015 / febrero 2016
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
Graficas Vernetta, S.A.
Paterna (Valencia)

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:
Lorraine Bettin
Guillermo Cabanes Gumbau
Giacchino Cannizzaro
César Chust López
Susana Costa
Silvia Cuccarolo
Berta García Mira
Marina Mirandola Minuzzi
Gianfranco Parente
Carlo Scarpa
José Viña Almunia
Paolo Viola
Glorianna Zangiacomi

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**

Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 4**