

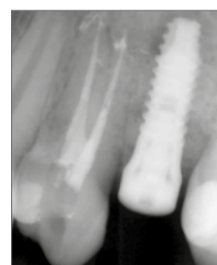
# NUMERI UNO



**Dr. Laguna Martos M.**  
Factores determinantes en la salud de los tejidos peri-implantarios de implantes inmediatos postextracción



Estado del arte  
**Prof. Dr. Mariano Sanz Alonso**



**Dr. Ignacio Sanz Sánchez**  
Preservación de alveolo con colocación temprana de un implante Premium TG



Novedad del mercado  
**F22 Aligner**

Todavía hay plazas disponibles para los cursos precongresuales de 3<sup>er</sup> Premium Day, que tendrán lugar el día 30 de junio 2016.

Dos personalidades de excelencia como el Dr. Ignazio Loi y el Dr. Sidney Kina tendrán ponencias de primer nivel sobre la técnica B.O.P.T. de las carillas en dientes naturales a las rehabilitaciones implanto-protésicas.



Novedad del mercado  
**Syra y Syra Short**



Entrevista  
**Prof. Dr. Giuseppe Siciliani**  
Historia de una boda invisible

## Premium 3<sup>o</sup> Day

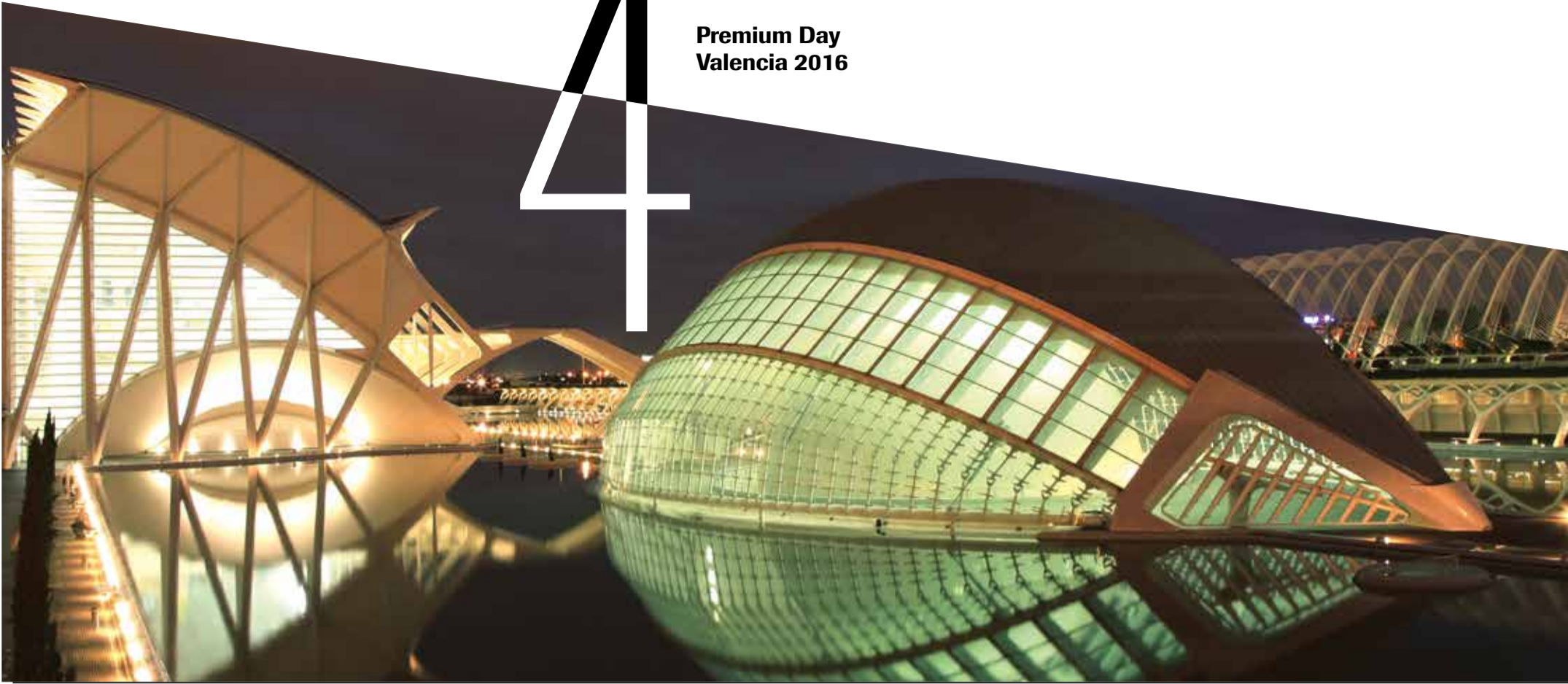
### Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada



**Cursos pre-congresuales:**  
Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas  
Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA



# 4



## 6

Case Report

### Factores determinantes en la salud de los tejidos peri-implantarios de implantes inmediatos postextracción

Dr. Laguna Martos Martín, Cabello Úbeda Rebeca, González Sánchez Guillermo

## 10

Novedad del mercado  
**KeraOs®**



## 11

Entrevista

### PerioCentrum: una apuesta que se ha vuelto en realidad de excelencia

Dr. Fabio Vignoletti

## 12

Novedad del mercado  
**Implante Syra**



## 19

Entrevista

### Empresas e investigación: un connubio para el futuro de la odontología

Prof. Dr. Mariano Sanz Alonso

## 20

Profundizando en la ciencia



## 21

Case Report

### Preservación de alveolo con colocación temprana de un implante Premium TG

Dr. Ignacio Sanz Sánchez

5

Editorial  
**Ciencia, investigación y celebración  
en Valencia**



14

Entrevista  
**Historia de una boda invisible**  
Prof. Dr. Giuseppe Siciliani



15

Novedad del mercado  
**F22 Aligner,  
el alineador invisible**

16

Case Report  
**Estética y resultados predecibles:  
casos clínicos**  
Casos realizados en la División de  
Especialización en Ortodoncia de la  
Universidad de Ferrara, dirigida por el  
Prof. Dr. Giuseppe Siciliani

25

Novedades del mercado  
**El sistema Prama enriquece  
su gama: pilares de  
cicatrización PRAMA IN y  
tornillos con apoyo cónico**

26

Profundizando en la ciencia  
**Ahora disponibles los  
actos de la 4ª CONSENSUS  
CONFERENCE DE EAO**

**EAO)))**  
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION

28

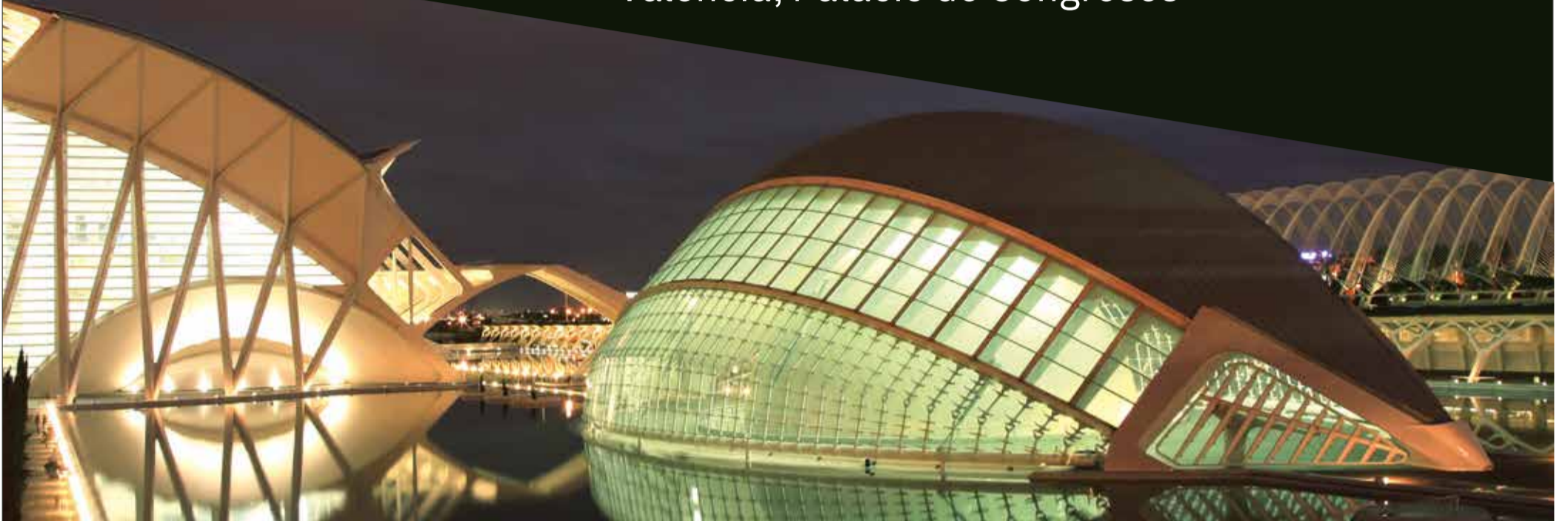
Cursos y eventos

# 3° Premium Day

## Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



### 30 junio 2016, cursos pre-congresuales:

**Sidney Kina:** Restauraciones estéticas cerámicas

**Ignazio Loi:** B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

#### Viernes 01 de julio

*Moderador Maximino González-Jaranay Ruiz*

- 09:30 **Eusebio Torres Carranza**  
Relación implantes-prótesis en caso de déficit del tejido óseo
- 10:00 **Joan Faus López**  
Implantología estética con Prama: aspectos quirúrgicos y protésicos en el sector anterosuperior
- 10:30 **Alfredo Machín Muñiz**  
Manejo de los tejidos blandos en implantología
- 11:00 **José Carlos Moreno Vázquez**  
Crecimiento sostenible en implantología

- 12:00 Bienvenida: **Sandro Martina, Miguel Peñarrocha Diago, Ugo Covani**

*Moderador João Caramês*

- 12:10 **Fabio Vignoletti**  
Biología y clínica de los sistemas Sweden & Martina tras 5 años de investigación
- 13:00 **Alberto Sicilia Felechosa**  
Estética predecible y mínima invasividad. Preservación y reconstrucción alveolar en el sector anterior
- 13:40 **Juan Carlos De Vicente Rodríguez**  
Cirugía del seno maxilar en implantología

*Moderador Santiago Llorente Pendás*

- 15:30 **Enrico Gherlone**  
Utilización de un implante nuevo con conexión conométrica en las rehabilitaciones protésicas realizadas tanto con técnicas tradicionales como sobre implantes angulados
- 16:15 **Ugo Covani**  
El área del peri-implante: consideraciones biológicas y clínicas

*Moderador Eugenio Velasco Ortega*

- 17:30 **Salvador Albalat Estela**  
Aplicaciones en implantología del escáner intraoral, de la cirugía a la prótesis
- 18:15 **Giuseppe Vignato**  
La gestión del ansia y del dolor en el paciente: técnicas conductuales y farmacológicas
- 18:45 **Gioacchino Cannizzaro, Vittorio Ferri**  
"Fixed-on-two", implantes súper-cortos, carga inmediata y restauración final en un día, cirugía sin colgajo... Rotura del dogma como horizonte desafiador y visiones clínicas reales
- 21:30 Cena de Gala

#### Sábado 02 de julio

**La técnica B.O.P.T. sobre dientes e implantes**

*Moderador Julio Galván Guerrero*

- 09:30 **Ignazio Loi**  
Desde la técnica B.O.P.T. hasta el implante Prama: la historia
- 10:30 **Rubén Agustín Panadero**  
Piensa, planifica y ejecuta en vertical
- 11:00 **Guillermo Pradiés Ramiro**  
Preguntas y respuestas: ¿Es indiferente la longitud y el tipo de conexión de las coronas que colocamos? ¿Podemos realizar restauraciones CEREC con Sweden & Martina? ¿B.O.P.T., Premium o Prama?

*Moderador Nacho Rodríguez Ruiz*

- 12:00 **Xavier Rodríguez Ciurana, Xavier Vela Nebot**  
The conical evolution/revolution
- 13:00 **Marco Csonka**  
Ventajas clínicas de los implantes Prama: implantes angulados, All-on-Prama, post-extracción inmediatos y alternativa a las ROG vestibulares
- 13:30 **Berta García Mira**  
Cirugía guiada en implantología bucal. Estado actual
- 14:00 **Guillermo Cabanes Gumbau**  
Prama y B.O.P.T.: una pareja cuanto menos interesante

# Ciencia, investigación y celebración en Valencia

Tras el espectacular éxito de las últimas ediciones en Italia y España, son ahora muy altas las expectativas para la tercera edición española del congreso organizado por Sweden & Martina y patrocinado por las dos prestigiosas sociedades científicas SEPES y SEPA.

La ambiciosa elección de un lugar lujoso y destacado como sede del congreso anticipa el éxito de esta nueva edición: será el **Palacio de Congresos de Valencia**, galardonado en 2010 como mejor palacio de congresos del mundo, el marco del 3<sup>er</sup> Premium Day – Congreso Internacional de Implanto-Prótesis Integrada, que tendrá lugar en los días **30 de junio - 1 y 2 de julio 2016**.

Ningún sitio mejor que Valencia, sede de la Ciudad de las Artes y las Ciencias, podría corroborar la actividad científica de la empresa y la relación continua con los círculos académicos internacionales: un programa científico de primer nivel caracterizará los tres días del congreso, con ponencias de las más importantes personalidades nacionales e internacionales, entre las cuales destacan el Dr. Sicilia-Felechosa, el Prof. Covani, el Dr. Vela-Nebot, el Dr. Machín-Muñoz, el grupo de la Universidad Complutense y muchos más.

Comenzará el jueves 30 de junio, con dos cursos precongresuales de excelencia con los doctores Ignazio Loi y Sidney Kina sobre la técnica B.O.P.T. de las carillas a las rehabilitaciones sobre implantes.

El viernes día 1 de julio se dedicará a interesantes ponencias sobre la gestión de los tejidos duros y blandos y sobre las soluciones más adecuadas para rehabilitar los sectores estéticos; el mismo día del viernes tendrán lugar también sesiones paralelas para protésicos e higienistas, en las que hablarán los más importantes representantes de estas categorías sobre asuntos actuales e innovadores.

El congreso acabará el sábado 2 de julio con una sesión totalmente dedicada a la técnica B.O.P.T. y al implante Prama, introducida por el Dr. Ignazio Loi, que nos hablará de los orígenes de su revolucionaria técnica y de cómo de ésta se ha llegado a proyectar el implante Prama.

Ponencias de altísimo nivel científico se unirán al espíritu de celebración que caracteriza los eventos Sweden & Martina, y que en este congreso será representado por la **Cena de Gala** que tendrá lugar la noche del viernes 1 de julio en el maravilloso **Hemisfèric**, punta de diamante de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia.

**¡Os esperamos!**



# Factores determinantes en la salud de los tejidos peri-implantarios de implantes inmediatos postextracción

**Laguna Martos Martín, Cabello Úbeda Rebeca, González Sánchez Guillermo**  
*Instituto Manchego de Implantología y Estética, IMAYE; Laboratorio CESMA Design*



*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

La tendencia a lo largo de los años en el campo de la implantología ha sido, sin lugar a dudas, hacia la reducción de los tiempos de tratamiento así como el empleo de técnicas poco invasivas y consecución de resultados más predecibles. Los implantes inmediatos postextracción aportan esta serie de ventajas frente a la implantología diferida clásica siempre que se respeten las indicaciones de manera escrupulosa y se maneje una técnica precisa y poco cruenta.

Para lograr que el implante ya osteointegrado goce de buena salud y estabilidad peri-implantaria a lo largo del tiempo, independientemente de la técnica empleada pero más si cabe en implantes inmediatos, debemos haber obtenido abundante tejido óseo alrededor del implante y un tejido conectivo lo suficientemente grueso que selle y proteja el nuevo espacio biológico peri-implantario.

Respecto al tratamiento del tejido óseo en esta técnica debemos incidir en:

- Requiere de alveolos íntegros o con ligeros defectos que no impliquen la realización de grandes colgajos.
- Debemos tratar siempre (en mi opinión, ya que la literatura no es clara) el “gap” creado entre las paredes óseas y la superficie del implante.
- Igualmente decisiva es la colocación tridimensional correcta del implante dentro del alveolo.

En cuanto al tejido blando:

- Se hace muy necesario el empleo de un provisional fijo, bien directo a implante o bien adherido a los dientes adyacentes, que confiera soporte a los tejidos y mantenga el perfil de emergencia natural del diente y selle nuestro alveolo.
- Realizar un injerto de tejido conectivo que aporte volumen y compense parte de la reabsorción normal tras la exodoncia se hace crucial en el sector anterior y más aun si el biotipo del paciente fuera fino.

Siguiendo estos criterios, los implantes inmediatos son una técnica predecible, que nos aportarán mejoras estéticas, menores tiempos y mejores posoperatorios.

## Caso clínico 1

Paciente mujer de 45 años de edad que acude a la consulta porque “le ha salido un flemón”.

En la exploración clínica observamos la fractura radicular horizontal del 12 que se encontraba endodonciado.

Proponemos como tratamiento la exodoncia, colocación de un implante inmediato, ya que el alveolo se conserva íntegro y provisional mediante un puente de fibra de vidrio adherido a los dientes adyacentes que guíe la maduración del perfil de emergencia.

En el estudio radiográfico observamos una cortical vestibular íntegra y un volumen óseo apical a la raíz suficiente a nivel del 12 que permite la colocación de un implante inmediato. La fractura radicular se encuentra subgingival pero supracrestal.

Se realiza la exodoncia de los fragmentos fracturados, se coloca un implante Kohno de 3.80 x 11.5 mm sin elevar colgajos y rellenamos el gap con mezcla de hueso heterólogo y el autólogo recolectado en el fresado. En este caso decidimos no emplear injerto de conectivo pensando que no sería necesario.

Finalmente confeccionamos un puente de fibra de vidrio y composite caracterizado con maquillajes para su correcta integración en boca.

La revisión a los 7 días muestra una evolución muy favorable donde la fístula se está resolviendo correctamente y los tejidos se van amoldando a la forma del provisional.

Sin embargo al llegar a los 4 meses de osteointegración del implante, se puede apreciar cómo a pesar de no haber realizado ningún colgajo, haber sido muy cuidadosos en la exodoncia y haber rellenado el gap con biomaterial, se ha producido una gran reabsorción ósea a nivel vestibular del implante dejando una concavidad. Ese tejido periimplantario obtenido no aportará estabilidad a largo plazo a nuestra restauración y limita en gran medida la consecución de una estética natural.

Al retirar el provisional y el pilar de cicatrización y en una vista oclusal, el defecto vestibular se hace aun más dramático.

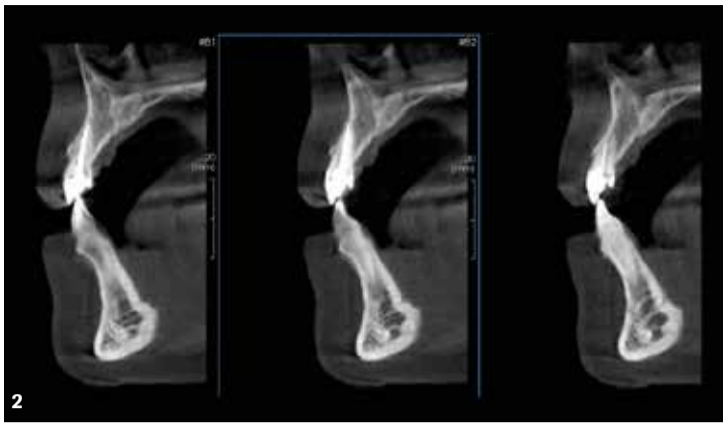
Por ello decidimos realizar un injerto de tejido conectivo de paladar a través de un pequeño sobre que aportara volumen y finalmente salud a largo plazo a nuestro tratamiento y a la vez conformara el aspecto normal de la eminencia radicular del diente natural.

Tras esta cirugía vemos cómo el aspecto es mucho mejor y el pronóstico más favorable.

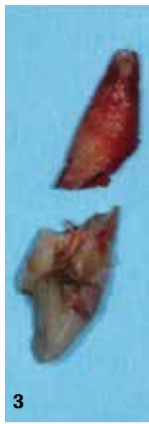
Finalmente la imagen a los 7 meses del inicio del tratamiento muestra la correcta maduración e integración de restauración y tejidos periimplantarios.



1  
Situación inicial



2  
*Estudio radiográfico*



3  
4  
*Exodoncia de los fragmentos fracturados y colocación inmediata de un implante Kohno. Relleno del gap con hueso heterólogo y autólogo*



5  
*Colocación del puente provisional*



6  
*Seguimiento a los 7 días - visión oclusal*



7  
*Seguimiento a los 7 días - visión frontal*



8  
*Seguimiento a los 4 meses: se nota una reabsorción ósea a nivel vestibular*



9  
*Injerto de tejido conectivo de paladar*



10  
*Vista oclusal al retirar el provisional y el pilar de cicatrización*



11  
*Situación tras el injerto de tejido conectivo*



12  
*Seguimiento a los 7 meses: cabe destacar la maduración y la calidad de los tejidos peri-implantarios*

Caso clínico realizado  
con implantes  
KOHNO

## Caso clínico 2

Paciente mujer de 40 años de edad que acude a la consulta porque "le ha roto un diente".

En la exploración clínica observamos la fractura coronaria completa del 14 que se encontraba endodonciado.

Proponemos como tratamiento la exodoncia, colocación de un implante inmediato, ya que el alveolo se conserva íntegro y provisional inmediato atornillado que guíe la maduración del perfil de emergencia y selle nuestro alveolo.

En el estudio radiográfico observamos una cortical vestibular íntegra y gruesa y un volumen óseo apical a la raíz suficiente a nivel del 14 que permite la colocación de un implante inmediato.

Se realiza la exodoncia de la raíz, se coloca un implante Kohno de 5 x 11.5 mm sin elevar colgajos y rellenamos el gap, tanto vestibular como palatino, con mezcla de hueso heterólogo y el autólogo recolectado en el fresado. En alveolos grandes la correcta ubicación tridimensional del implante facilitará la futura realización de una prótesis natural y funcional.

En este caso al contrario que en el anterior, decidimos emplear injerto de conectivo procedente de la tuberosidad ya que se intuía un pequeño colapso del tejido una vez realizada la exodoncia.

Finalmente se coloca el provisional atornillado que hemos confeccionado en el momento siguiendo un diseño adecuado de perfil crítico y subcrítico que permita estabilizar el biomaterial y modelar el perfil de emergencia.



1  
Caso inicial



2  
Estudio radiográfico



3  
Visión oclusal de la fractura



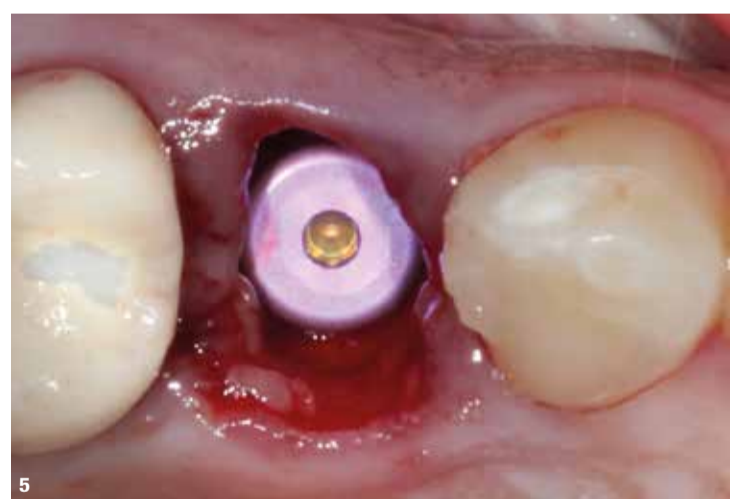
4  
Exodoncia de la raíz

Podemos ver en la radiografía recién terminada la colocación del provisional cómo hemos obtado por colocar un pilar de carga inmediata de un diámetro menor al de la plataforma del implante con el fin de realizar la reducción de plataforma que aleje la unión implante-pilar lo más posible de la cresta ósea aumentando la anchura biológica en la medida de lo posible. Pasado el tiempo de integración, procedemos a la retirada del provisional y a evaluar el perfil conseguido. Si este es correcto, como lo es en este caso, tomamos medidas mediante la técnica de cubeta abierta con transfer individualizado para no perder información del tejido blando.

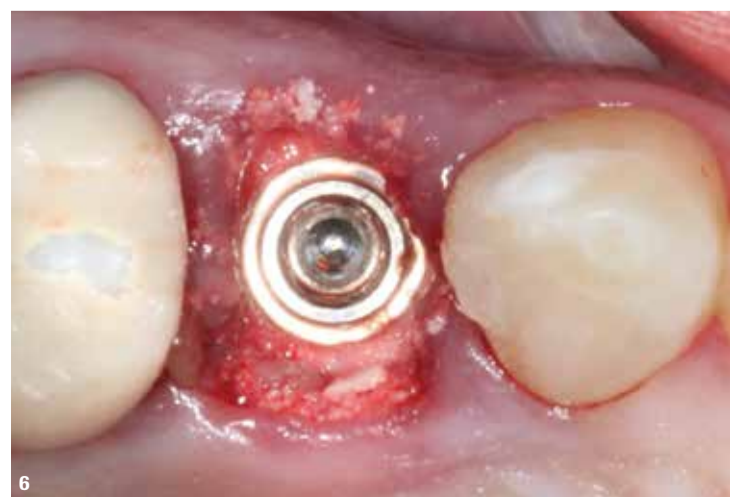
De este modo, el laboratorio nos puede realizar una corona que sea totalmente fiel al perfil de emergencia trabajado con el provisional. Gracias al injerto de conectivo el espesor de tejido blando periimplantario es mayor y podremos dejar parte la parte subgingival de la corona en metal pulido sin riesgo de que se transparente la oscuridad causando alteraciones estéticas.

El resultado es muy favorable, en un tiempo reducido, con tan solo un proceso quirúrgico, siendo muy poco invasivos y de forma muy predecible. Todo gracias a la implantología inmediata bien indicada.

En la radiografía de control al año podemos ver cómo la conservación del hueso crestal periimplantario es magnífica.



5  
Colocación de un implante Kohno sin elevar colgajos



6  
Se rellena el gap con hueso heterólogo y autólogo





Detalle de la corona provisional



Se coloca un injerto de conectivo procedente de la tuberosidad



Detalle de las suturas

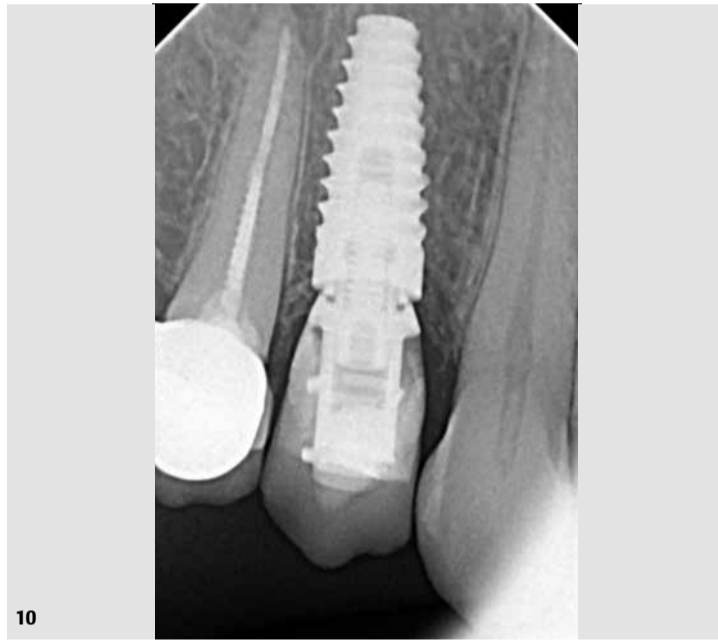


Imagen radiográfica del provisional



Elevación del perfil mucoso al retirar el provisional



Toma de impresión con técnica de cubeta abierta



Detalle de la corona final



Imagen radiográfica de la corona final: cabe destacar la óptima conservación del hueso crestal peri-implantario



Situación final después de 1 año

Caso clínico realizado  
con implantes  
KOHNO

### Sustituto óseo elaborado con $\beta$ -Fosfato Tricálcico con pureza >99%.

KeraOs® posee una estructura similar a las trabéculas del hueso esponjoso a base de porosidad interconectada, lo que le permite actuar como soporte osteoconductor en donde las células osteogénicas se adhieren para formar hueso.

Su bioactividad, debida a su composición, le permite intervenir en el proceso de remodelación ósea osteointegrándose y biorreabsorbiéndose de forma natural, quedando sustituido por hueso del propio paciente.



Por sus características, propiedades y composición KeraOs® es un biomaterial idóneo para los procesos de regeneración ósea.

### $\beta$ -Fosfato Tricálcico

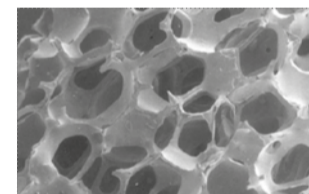
Aunque el  $\beta$ -Fosfato tricálcico y el hidroxiapatito pertenecen al grupo de los fosfatos cálcicos (lo que les confiere una composición química similar) su comportamiento "in vivo" es muy diferente. En condiciones fisiológicas, e independientemente de su origen natural o sintético, el hidroxiapatito es poco soluble mientras que el  $\beta$ -fosfato tricálcico es fácilmente reemplazable por el hueso. Los injertos de origen animal, por su mayor contenido en hidroxiapatito, liberan una cantidad de calcio muy inferior a la de los injertos de  $\beta$ -fosfato tricálcico, lo que dificulta el estímulo de la remodelación ósea.

### Regeneración ósea efectiva

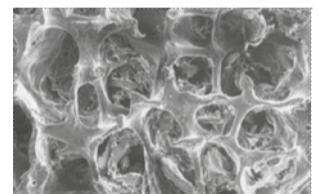
La tecnología aplicada en el proceso de fabricación, **desarrolla estructuras tridimensionales de KeraOs® semejantes a la que presenta el hueso humano.**

### Propiedades y características

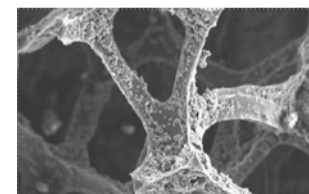
- Aumento de la capacidad de osteoconducción
- excelente macroporosidad y elevada microporosidad
- carencia de actividad inmunológica, debido a su origen sintético
- excelente mantenimiento del volumen y estabilidad primaria del implante
- mantiene la forma y el volumen del defecto para evitar la reabsorción ósea
- favorece la rápida colonización de las proteínas y de las células
- actúa como soporte ideal, que es reconocido por el organismo: las células se adhieren al sustrato para formar hueso nuevo
- resultados regenerativos predecibles y estables (Regeneración ósea efectiva)



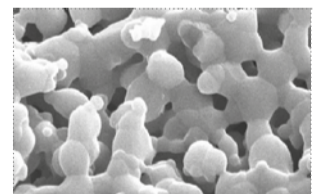
Micrografía SEM de KeraOs®



Micrografía SEM hueso cortical humano



Su excelente macroporosidad permite la permeabilidad de las células hacia el interior de las partículas de KeraOs®



Su microporosidad favorece la adhesión celular y la adhesión de los factores de crecimiento que se puedan añadir, favoreciendo los procesos biológicos de la regeneración ósea.





# PerioCentrum: una apuesta que se ha vuelto en realidad de excelencia



## Dr. Fabio Vignoletti

*Fabio Vignoletti es Odontólogo por la Università degli Studi di Verona, Italia. Es Magister en Periodoncia e Implantes por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y ha conseguido el Board de la Federación Europea de Periodoncia. Es Doctor Europeo (Dr. Odont) por la UCM e investigador en el mismo centro. Es socio especialista de la Sociedad Española de Periodoncia, socio activo de la Sociedad Italiana de Periodoncia y miembro de la European Academy of Osseointegration. Es miembro del comité editorial de las revistas Journal of Clinical Periodontology y Periodoncia y Osseointegracion. Es profesor invitado del Master de Periodoncia de la UCM y Director Científico del grupo PerioCentrum.*

PerioCentrum nace como proyecto innovador en el año 2011. Apuesta desde el primer momento por la excelencia académica y la calidad profesional dentro de la especialidad de la Periodoncia y la terapia con Implantes. Aun así, el germen del “grupo PerioCentrum” aparece unos años antes durante el postgrado de Periodoncia e Implantes de la Universidad Complutense de Madrid. Fueron años de intensa formación donde todos estábamos involucrados en el estudio de las enfermedades periodontales dirigidos por nuestros directores y mentores el **Prof. Mariano Sanz** y **Antonio Bascones**. En la clínica del Máster perfeccionábamos nuestras habilidades en el tratamiento de la Periodontitis y en la terapéutica de Implantes y a la vez dábamos nuestro primeros pasos en el ámbito de la investigación. Mariano consiguió transmitirnos la pasión por la Periodoncia, el reto de la excelencia en la docencia y la constante inquietud hacia la investigación. Del máster de la Complutense se formaron 5 amigos, Ramón Lorenzo, Sergio Morante, Alfonso Oteo, Daniel Rodrigo y Fabio Vignoletti. Juntos quisimos seguir persiguiendo estos objetivos y crear PerioCentrum con la idea de centrar nuestra labor en tres pilares fundamentales: clínica, formación e investigación. En 2013, el grupo se “remodela” y Alberto Ortiz Vigon, siguiendo nuestra misma trayectoria académica y profesional, se incorpora al grupo decidiendo apostar por el proyecto y aportando gran entusiasmo y fuerza.

Actualmente **Grupo PerioCentrum está integrado por 5 clínicas: PerioCentrum Ávila, PerioCentrum Bilbao, PerioCentrum Guadalajara, PerioCentrum Segovia y PerioCentrum Verona (Italia)**. Las clínicas, están dirigidas por cada uno de los miembros que componen el Grupo PerioCentrum. En nuestros centros apostamos por la súper especialización, siendo todos Magister en Periodoncia por la U.C.M., único máster en España acreditado por la EFP, y único Máster de Periodoncia en España que otorga el Board europeo en Periodoncia e Implantes hasta el 2015. Además somos Socios Titulares Especialistas de la Sociedad Española de Periodoncia e Implantes. Trabajamos muy intensamente desde el año 2011 para diseñar y estandarizar protocolos de actuación basados en la evidencia con el fin último de mejorar la calidad de nuestros servicios al paciente.

Con respecto a la investigación, tenemos la fortuna de participar en muchos proyectos de investigación en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense, abarcando desde los modelos pre-clínicos in vivo hasta los ensayos clínicos más punteros de terapia celular en humanos.

Otra apuesta fuerte de Grupo PerioCentrum es la labor docente. Colaboramos como profesores en los programas de postgrado más prestigiosos a nivel nacional y desde el año 2011 empezamos a desarrollar nuestros programas de formación de alta especialización. Para nosotros es un motivo de orgullo poder transmitir y compartir con otros compañeros de profesión que quieran profundizar en aspectos específicos de la Periodoncia y de la terapéutica con Implantes. El programa de formación lo conforman diferentes formatos docentes que pretenden atender y cubrir, de la manera más específica posible, la demanda que existe actualmente en el ámbito de la Periodoncia y la Implantología. El denominador común de la propuesta de formación es la **docencia individualizada y por este motivo hemos creado un concepto nuevo de formación a medida**. Además de estos cursos para grupos privados a medida y la posibilidad de realizar Estancias Clínicas, se llevan a cabo periódicos cursos intensivos para grupos reducidos en cirugía mucogingival y regeneración ósea guiada. En Verona y Bilbao nuestras clínicas disponen de un centro de formación que permite la realización de residencias teórico-prácticas. Hemos creado Dental Campus, un foro de discusión y una plataforma online con más de 2500 inscritos para el debate siempre razonado y basado en la evidencia entre compañeros de diferentes países en el mundo.

Nos complace mencionar que en enero de 2016 se materializó la colaboración de Grupo PerioCentrum con el Grupo de plástica periodontal de la Facultad de Medicina de la Universidad de Desarrollo de Santiago de Chile dirigido por el Dr. Cristian López. Esta nueva vía internacional refuerza la motivación de Grupo PerioCentrum para asentarse como centro docente y de investigación de referencia dentro y fuera de España, permitiendo desarrollar la idea que prevé el intercambio de docentes entre España y otros países, como ya es el caso de Chile.

**La primera colaboración con Sweden & Martina empezó en 2015** cuando se celebró la inauguración del centro de formación en Bilbao con el I Congreso PerioCentrum Formación y en 2016 se continuará esta recién iniciada alianza con la organización en noviembre del Congreso DentalCampus. El nuevo reto con “Sweden” es el **desarrollo del primer estudio multicéntrico entre España e Italia liderado por el Grupo PerioCentrum. Sweden & Martina es una marca que ha apostado por la innovación y la investigación** y estamos seguros que compartiendo estos objetivos el camino recién empezado será muy largo y fructífero.

*Dr. Fabio Vignoletti*

# 12

## SYRA



### Hexágono externo

La conexión ideal en los casos de edentulismo múltiple y disparelismos.



Implante versátil, indicado en los protocolos de rehabilitación de la **arcada completa**

### Tres diámetros implantares

Una sola conexión: hexágono externo de 2.70 mm, estándar para toda la gama, permite la simplificación de los protocolos protésicos

3

### Morfología cónica

**Espira estándar** constante a lo largo del cuerpo del implante

Disponible con **superficie ZirTi y maquinada**. Gracias a sus características micromorfológicas, la superficie ZirTi es capaz de aumentar de manera relevante la superficie de contacto hueso-implante. La superficie maquinada, que cuenta con 30 años de evidencias clínicas, permite un mejor mantenimiento del implante en caso de complicaciones, ayudando a prevenir las peri-implantitis.

**Espira ancha SL** cuya profundidad aumenta a lo largo del implante, haciendo que la rosca sea más marcada. Esta gran capacidad de corte garantiza una estabilidad elevada que lo vuelve ideal en las cirugías postextracción y en caso de hueso poco compacto.

Novedad del mercado

### Pilares preformados Skin

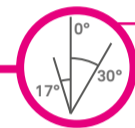
Fáciles de personalizar gracias al tornillo con tecnología Full Head. Rectos y angulados para rehabilitaciones protésicas con una relevancia estética importante.

### Protésis Skin

El tratamiento de anodización rosa maximiza el mimetismo protésico, sin aumentar la adhesión de la placa y demuestra una resistencia excelente a la abrasión causada por la higiene oral cotidiana.

### Protésis Atornillada Disparalela

Los abutment P.A.D. rectos y angulados pueden resolver situaciones con ejes de emergencia protésica disparalelos.



### Dodecágono de reposicionamiento

Doce caras para una mayor libertad protésica en P.A.D. angulados.

El kit quirúrgico incluye los **topes** para las fresas Syra para trabajar en total seguridad y las **réplicas Reply** para comprobar la congruidad de la preparación del sitio.



Ø 4.10 y 5.00 mm, los implantes Short comparten la misma conexión con hexágono externo de la gama Syra.

SYRA  
SHORT

Superficie Full Treatment ZirTi

**Alturas:** 4.00 - 5.00 - 6.00 mm, en los implantes Short la morfología cónica y el diseño de la espira garantizan una estabilidad primaria elevada.

# Historia de una boda invisible

**Prof. Dr. Giuseppe Siciliani**, Jefe del Departamento de Ortodoncia, Universidad de Ferrara



"Viticultor por pasión, ortodoncista por afición".

- de 1980 a 1990 Profesor de Ortodoncia desde 1988 Profesor titular en la Universidad "La Sapienza" de Roma, Especialización en Ortodoncia.
  - de 1986 a 1994 Asesor nacional del Fondo Sanitario de las Telecomunicaciones (ASSILT)
  - desde 1990 Catedrático de Ortodoncia en la Universidad de Ferrara
  - de 1991 a 1994 y de 2013 a 2014 Presidente de la Carrera de Odontología de la Universidad de Ferrara
  - 1992-93 Asesor por cuenta del Ministerio de Educación italiano para la Odontología en la Comunidad Europea
  - desde 1993 Director de la Escuela de Ortodoncia de la Universidad de Ferrara
  - de 2004 a 2006 Presidente SIDO
  - Autor de más de 100 publicaciones para revistas nacionales e internacionales
  - Ponente en numerosos congresos nacionales e internacionales
- Hoy en día, algunos libros suyos son un punto de referencia para la Ortodoncia:
- *Odontoiatria Infantile*: 1987 - Euroma - Roma
  - *Ortodonzia nel paziente in crescita*: 1988 - Euroma - Roma
  - *Le terze classi nel paziente in crescita*: 1994 - Euroma - Roma
  - *Ortodonzia linguale*: 1992 - II° ed. 2000: Masson - Milano

**Profesor Siciliani, el nuevo alineador F22 es el resultado de una larga experiencia en el ámbito de los alineadores llevada a cabo en su Escuela de Ortodoncia de la Universidad de Ferrara. ¿Lo volvería a hacer?**

Por supuesto, siempre he querido dirigir mis estudios hacia la estética de la sonrisa y, por lo tanto, hacia aparatos ortodóncicos correctivos e invisibles. Al principio empecé con las técnicas fijas aplicadas desde el lado lingual, luego, a partir de 2000 me concentré en los alineadores porque era consciente de que los que se vendían tenían algunos defectos que los fabricantes no querían resolver porque actuaban en un régimen de casi monopolio. Esta es la razón por la que hace casi 3 años, se me ocurrió estudiar y realizar, junto con mi equipo, un alineador nuevo y más adecuado al mercado ortodóncico.

**F22: ¿Por qué es un bio-alineador?**

La ortodoncia moderna opta por la aplicación de fuerzas ligeras y continuas, mientras que el material básico de todos los alineadores presentes en el mercado es el PET-G que es poco elástico y libera las fuerzas mucho más rápidamente respecto al material que usamos para el F22. Por esto, lo llamamos un "bio-alineador". F22 respeta el periodonto liberando las fuerzas programadas en un plazo más largo. Esto es muy importante entre los adultos, que a menudo tienen problemas periodontales.

**¿Cómo se le ocurrió colaborar con Sweden & Martina?**

**¿Qué sinergias ve Ud. en esta colaboración?**

Buscábamos una empresa italiana que se ocupara de la producción y de la distribución de nuestro alineador. Habíamos propuesto colaborar con Sweden & Martina porque es, hoy en día, la empresa italiana líder en el sector odontológico; además, desde hace poco se ocupa también del sector ortodóncico y sobre todo porque es una empresa que siempre se ha caracterizado por su investigación y la fiabilidad de sus productos.

**¿Por lo tanto, Sweden & Martina se ocupará de todo lo inherente al F22?**

No, se ocupará solamente de la producción y distribución, mientras el *set-up*, es decir, la programación del caso que se debe tratar, lo haremos nosotros. Esta es quizás la diferencia más relevante respecto a los demás alineadores cuyo *set-up* lo llevan a cabo técnicos informáticos u odontotécnicos. De hecho, para F22 el estudio del caso y el *set-up* lo realizan especialistas en Ortodoncia bajo la supervisión del Prof. Lombardo y la mía.

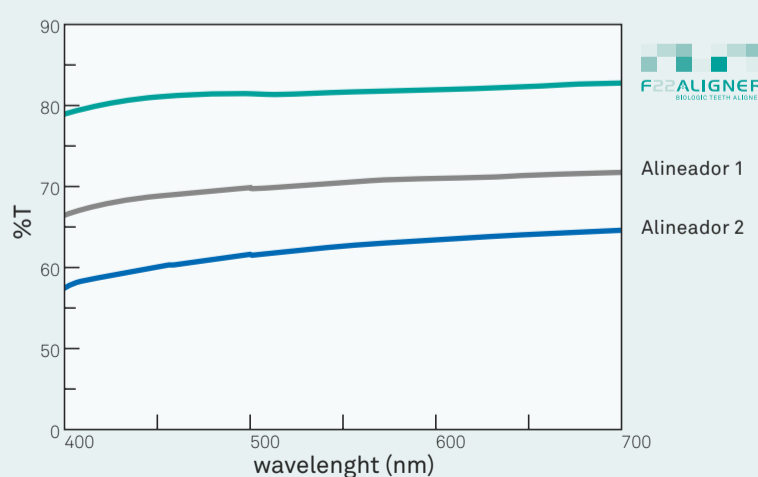
**Podemos decir que F22 es el resultado de mucha pasión, investigación y dedicación. ¿Cómo se siente ahora que toda su dedicación ha dado sus frutos?**

Se trata de una gran satisfacción y gratificación no solo para mí, sino también para todo mi equipo, que durante 3 años ha trabajado en este proyecto. Quisiera agradecer a todos los miembros y, de manera especial, al Profesor Luca Lombardo, que ha supervisado todas las fases de realización. La universidad moderna debe cumplir con su labor institucional de enseñanza, asistencia e investigación y F22 refleja perfectamente lo que pueden hacer las universidades que fomentan la investigación para apoyar nuestra disciplina y estudiar productos fiables que puedan ser usados por nuestros colegas sin temor.

**Según Ud., ¿es posible seguir profundizando en este proyecto?**

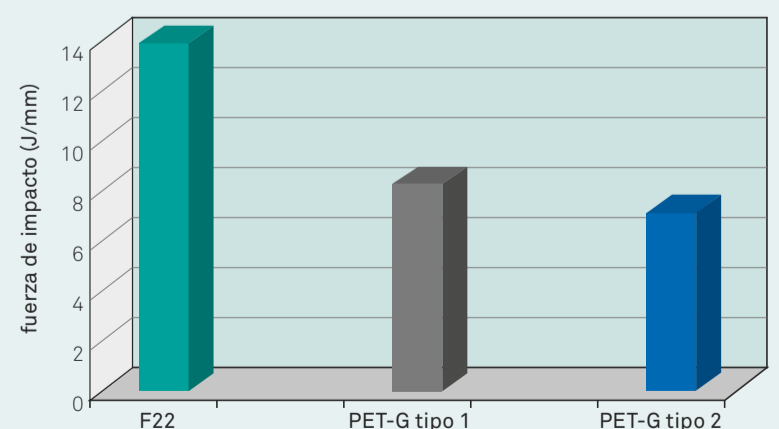
Por supuesto, ya estamos estudiando alineadores para los más jóvenes que permitirán tratar a los adolescentes, que hoy en día son muy sensibles desde el punto de vista de la estética y que no siempre toleran los aparatos fijos metálicos tradicionales. Hoy más que nunca, gracias a nuestra colaboración con una gran empresa como Sweden & Martina, estoy seguro de que en Ferrara conseguiremos crear nuevos productos para la ortodoncia que respondan a las necesidades de los ortodoncistas y, claro está, de los pacientes.

## Transparencia



\* Optical properties of orthodontic aligners - Spectrophotometry analysis of 3 types before and after aging; Lombardo L., Arreghini A., Maccarrone R., Bianchi A., Scalia S., Siciliani G.; in press

## Resistencia a la fractura



\*\* Stress relaxation properties of four orthodontic aligner materials; Lombardo L., Martinez E., Mazzanti V., Arreghini A., Mollica F., Siciliani G.; in press

# F22 Aligner, el alineador invisible

Ideado por el Prof. Giuseppe Siciliani y el equipo de la Universidad de Ferrara (Italia)

Es el resultado de 22 años de experiencia y de 14 años de investigación de la Escuela de Ortodoncia de la Universidad de Ferrara (Italia), F22 es un aparato ortodóncico removible y fino, hecho a la medida con un material plástico transparente especial. Permite el desplazamiento gradual y progresivo de los dientes del paciente desde su posición originaria hacia una posición ideal, hasta alcanzar **una oclusión agradable desde el punto de vista estético y correcta desde el punto de vista funcional**.

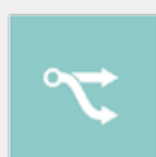
## Las ventajas de F22 Aligner



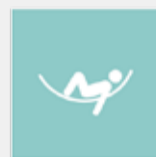
Un tutor de la Universidad de Ferrara a tu servicio



Suma transparencia



Fuerzas más ligeras y constantes



Mayor confort

## ★ Un tutor para cada caso

La programación de F22 es diferente respecto a la de los demás alineadores presentes en el mercado. De hecho, el equipo de ortodoncistas de la Escuela de especialización estudia cada caso individual, planifica hasta los más mínimos desplazamientos y **guía al médico hasta el final del tratamiento**.

**Ajuste excelente:** las mascarillas F22 se adaptan de manera excelente a la morfología de los dientes (espacio < 40 micrones), lo que garantiza un control preciso de los desplazamientos de los dientes y resultados más predecibles

**Transparencia,** hasta un 20% más respecto a otros alineadores de PET-G, para dar un efecto aún más natural

**Estabilidad cromática**

**Superficie perfectamente lisa**

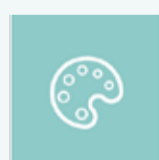
**Elasticidad,** un material de un 20% más elástico respecto a los que se usaron hasta hoy para realizar alineadores permite **transmitir fuerzas ligeras y constantes**

**Resistencia a la fractura**

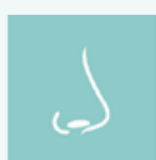
**Márgenes redondeados para un mayor confort**

**Retención perfecta** gracias a un corte regular y recto a la altura de la parte superior de los márgenes de las encías

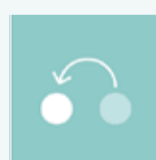
## Las ventajas de F22 Aligner para el paciente: Invisible, cómodo, resistente



Estabilidad cromática



Sin olor



Removible



No interfiere con los hábitos cotidianos



Procedimiento paso a paso

## Cuándo recetar F22 Aligner

Con F22 es posible tratar a la mayoría de los pacientes adultos o en edad de crecimiento con:

- apiñamientos;
- diastemas;
- discrepancias del índice de Bolton que necesitan restauraciones protésicas o stripping para una completa corrección;
- rebordes irregulares de las encías en pacientes con dientes desgastados o irregulares;
- mordidas abiertas o mordidas profundas leves o moderadas



[www.f22aligner.com](http://www.f22aligner.com)

Novedad del mercado

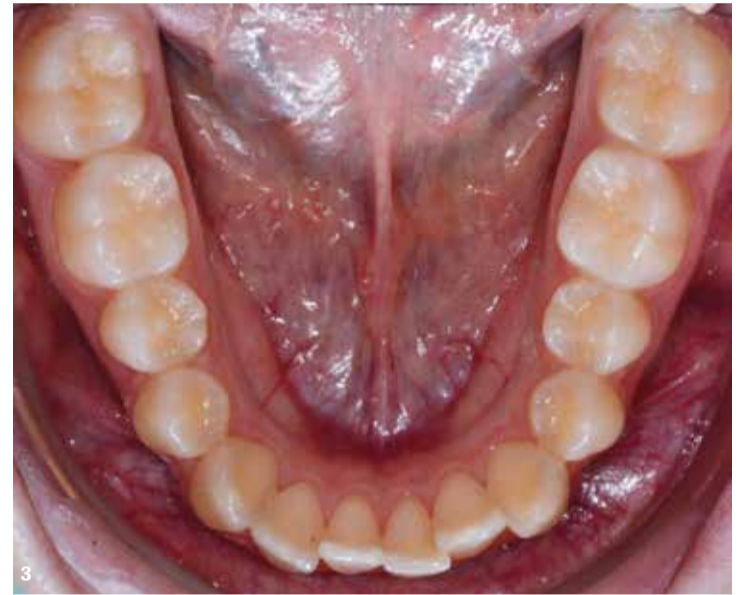
15

# 16

## Estética y resultados predecibles: casos clínicos

Casos realizados en la División de Especialización en Ortodoncia de la Universidad de Ferrara, dirigida por el Prof. Dr. Giuseppe Siciliani

### Caso clínico 1



Paciente con 16 años, diastema interincisivo superior, apiñamiento moderado arcada inferior, disto-rotación de 3.4 y 4.4



Planificación del tratamiento con stripping inferior, ataches en 1.6, 2.6, 3.4 y 4.4 para corregir las rotaciones y con brackets linguales estéticos en 1.1 y 2.1 para optimizar el cierre del diastema



Resultado después de 12 step de tratamiento



**Caso clínico 2**



Paciente de 24 años, desviación líneas medias, apiñamiento severo en las dos arcadas, rotación de los dientes 12-11-21-22, forma de arcada contraída en el sector medio



Casos clínicos realizados con  
F22 ALIGNER

Planificación del tratamiento por medio de stripping, expansión transversal dental del arco, una secuencia de 10 alineadores con attaches en 2.6, 2.7 y 1.6 para el control del anclaje de los alineadores, y brackets linguales estéticos en 2.1, 2.2 y 3.2 para el control de las rotaciones



Resultado después de 9 step de tratamiento

# 18

## Caso clínico 3



Paciente de 24 años: Apiñamiento moderado en las dos arcadas, desviación líneas medias



Planificación del tratamiento por medio de stripping en las dos arcadas por medio de una secuencia de 10 alineadores sin necesidad de attaches

Casos clínicos realizados con  
F22 ALIGNER



Resultado después de 10 step de tratamiento

# Empresas e investigación: un connubio para el futuro de la odontología

**Prof. Dr. Mariano Sanz Alonso**

*Universidad Complutense de Madrid*

**Prof. Sanz, se asiste cada vez más a un connubio entre empresas e investigación científica: en su opinión, ¿cuán importante es el papel de las empresas en apoyar la investigación a nivel universitario?**

El apoyo de las empresas a la investigación científica que realizamos en la universidad es muy importante, fundamentalmente por dos razones. En primer lugar por que aporta una gran credibilidad a los productos y tecnologías desarrolladas por las empresas, que de este modo se ven sometidas a pruebas científicas independientes. Además, las publicaciones resultantes de dichos trabajos, aportan un valor añadido muy importante para que la profesión confíe en la eficacia y la fiabilidad de dichas tecnologías. Por otro lado, el apoyo de la industria a la investigación de las universidades es básico para la propia supervivencia de los grupos de investigación universitarios. Cada vez es más difícil el acceso a la financiación pública y los proyectos competitivos son la mayoría de las veces dirigidos por las propias convocatorias hacia temas de investigación concretos, que frecuentemente no tienen un claro interés clínico y por ello las preguntas de investigación más relevantes para la práctica odontológica deben investigarse mediante una estrecha colaboración entre la industria y la universidad.

Un aspecto clave para que dicha colaboración tenga el éxito deseado es mantener una relación basada en la confianza mutua y en la independencia. Si una empresa solo busca realizar investigaciones que alcancen resultados positivos, nunca desarrollará una base sólida de colaboración con grupos de investigación de calidad. La relación debe basarse en la confianza de que los métodos desarrollados y la calidad en la ejecución de los procesos garanticen la fiabilidad de los resultados, independientemente de que su sentido sea positivo o negativo.

**Cada vez más jóvenes dentistas italianos deciden finalizar sus estudios y graduarse en España: sólo es una cuestión lingüística y cultural, o en su opinión también hay otras razones?**

Creo que la razón fundamental es la diferente legislación universitaria existente en ambos países, ya que mientras que en Italia mantienen un numerus clausus riguroso, en España el acceso a la carrera de odontología es prácticamente ilimitado en las Universidades Privadas. Como consecuencia de dicha ley, en Italia muchos jóvenes no alcanzan las calificaciones requeridas y por ello no tienen acceso a los estudios de Odontología, por lo que es absolutamente razonable que realicen sus estudios en España, donde el acceso a las universidades privadas es relativamente fácil. Es obvio que nuestra cultura y nuestra lengua facilitan mucho la adaptación de los estudiantes italianos en España, pero creo que la razón fundamental son las distintas reglas de acceso.

También existe otro pequeño grupo de estudiantes italianos

que vienen a España a realizar sus estudios de postgrado, ya que en España existe en algunas universidades formación reglada de especialistas, que no es tan frecuente en Italia. Yo he tenido y sigo teniendo en mi programa de especialización en Periodoncia excelentes estudiantes Italianos, algunos de los cuales se han mantenido en mi equipo de investigación y forman parte de mi plantilla de profesores.

**De los más importantes congresos internacionales a las pequeñas clínicas, aún no se ha llegado a un consenso sobre la periimplantitis: ¿cuál es su definición de periimplantitis y cuáles son los protocolos de tratamiento utilizados en las universidades para esta situación clínica?**

Yo creo que sí existe un concepto claro de los que son las enfermedades peri-implantarias y en concreto la periimplantitis, lo que ocurre es que muchos profesionales no han querido durante muchos años admitir su existencia y han buscado argumentaciones, en algunos casos muy extravagantes. Si uno lo piensa fríamente, lo que sería increíble es que no hubiera enfermedades peri-implantarias, es decir, que las bacterias de la cavidad bucal que en determinadas circunstancias producen las dos enfermedades más prevalentes del ser humano (la caries y la periodontitis), discriminaran positivamente a los implantes y no afectarían a su micro-medioambiente (los tejidos periimplantarios). Además, cuando estudiamos las diferencias estructurales y funcionales entre los tejidos periodontales y los tejidos periimplantarios vemos claramente, que estos últimos tienen características claramente inferiores a los tejidos alrededor de los dientes naturales y por ello, es absolutamente razonable que ante la misma agresión bacteriana y una similar respuesta inmune-inflamatoria, los tejidos peri-implantarios sufran una destrucción más rápida y más intensa.

La periimplantitis ha sido claramente definida en los distintos Workshops Europeos de Periodoncia que la Federación Europea de Periodoncia ha organizado en los últimos años. La primera definición se realizó en el Primer Workshop Europeo de Periodoncia en 1994 y veinte años después mantenemos básicamente el mismo concepto

Los protocolos de tratamiento han sido igualmente consensuados en dichos workshops europeos y aunque el tratamiento de las periimplantitis más severas no tenga en la actualidad un pronóstico predecible, el tratamiento de las mucositis y las periimplantitis tempranas presenta unas tasas de éxito muy elevadas. La base del tratamiento es claramente el control de la infección y la prevención de la re-infección mediante rigurosas medidas preventivas y un mantenimiento efectivo de los pacientes a largo plazo. Como en la mayoría de las enfermedades que afectan al ser humano, la base del éxito es su prevención y su detección precoz.

De la proficua colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid y Sweden & Martina caben destacar los interesantes protocolos de investigación actualmente en fase de desarrollo, que atañen temas de excelencia y de los más interesantes del actual panorama científico. El Prof. Mariano Sanz Alonso está llevando a cabo dos protocolos: **“Hard and soft tissue integration of immediate and delayed single implants. An experimental study in the beagle dog”**, un ensayo in vivo con implantes Premium, y **“Randomized Controlled Clinical Trial comparing two dental implants with different neck configurations”**, un ensayo clínico con implantes Premium Straight y Premium TG.

El Prof. Guillermo Pradíes Ramiro, Director del Departamento de Prótesis Bucal de la Universidad Complutense, está llevando a cabo dos protocolos con Sweden & Martina: **“In Vitro study of the mechanical behaviour of screw-retained restorations with different lengths of Crown, and different types of implant platform: Bone level vs tissue level concept”**, que representa la fase protésica del protocolo clínico del Prof. Sanz Alonso, y **“Estudio Clínico aleatorizado y controlado para validar el uso de implantes con diseño basado en la técnica de preparación orientada biológicamente (B.O.P.T.)”**, un estudio clínico con implantes Premium y Prama.



# 20

## Trabajos científicos presentados al Congreso AO (Academy of Osseointegration), San Diego

18-20 de febrero 2016



Una vez más las colaboraciones científicas de Sweden & Martina se demuestran de elevadísimo nivel. La célebre **AO** (Academy of Osseointegration) ha apreciado todos los trabajos sobre nuestros implantes sometidos a la comisión científica del Congreso, que está teniendo lugar en **San Diego, EE.UU, desde el 18 hasta el 20 de febrero.**

La cumbre de nuestro prestigio será la premiación del estudio realizado por el grupo del hospital **San Raffaele** (Crespi, Capparè, Gastaldi, Gherlone) con el ambicionado premio **William R. Laney Award**. La investigación, publicada por la revista JOMI, ha comparado el seguimiento a los 8 años de las rehabilitaciones atornilladas o cementadas con carga inmediata sobre implantes Outlink<sup>2</sup>, demostrando una tasa de supervivencia del 97.27%.

Gran satisfacción también por el **Dr. Canullo**, cuyo póster "**Impact of Abutment Cleaning on Hard & Soft Tissue: A 5-Year Follow-Up RCT**" ha sido **seleccionado entre más de 400 para una ponencia on stage.**

También el trabajo del Dr. Barone, centrado en la evaluación a los 10 años de los tejidos duros y blandos alrededor de los implantes Premium y Kohno con carga inmediata, ha sido **seleccionado entre los primeros 10 trabajos sometidos.**

No es menor la complacencia para dos trabajos más expuestos, realizados por el Prof. Prati y la Profa. Gandolfi de la Universidad de Boloña: el primero sobre el uso del implante Prama para rehabilitaciones estéticas y el segundo sobre las prestaciones clínicas de los implantes Sweden & Martina.

## Life-threatening hemorrhage associated with dental implant surgery: a review of the literature

Tomljenovic B., Herrmann S., Filippo A., Kuehl S.

*Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2015, 1-6 doi:10.1111/clr.12685



Esta interesante revisión de la literatura tiene como objeto el análisis de 590 artículos relativos a **casos de sangrado ocurridos en el momento de la colocación de implantes dentales.** Los artículos que cumplían los criterios de inclusión, y por lo tanto se tuvieron en cuenta para los fines de este análisis, resultaron al final 27.

En 21 casos los implantes se colocaron en sectores delanteros de la mandíbula, en 5 casos, los implantes se colocaron en la región posterior de la mandíbula. En la mayoría de los casos **las razones de la hemorragia estaban relacionadas con la perforación de la cortical lingual de la mandíbula y que resulta en lesión vascular, durante la preparación del sitio o en el momento de la inserción de los implantes** (que resultaron en la casi totalidad de los casos de longitud igual o superior a 15 mm). En 15 de esos casos el clínico detectó la hemorragia durante la cirugía, en los 7 casos restantes la perforación ocurrió durante la segunda fase quirúrgica o realizando la radiografía.

Sólo un caso tuvo que ver con implantes colocados en la maxila, que parecía ser relacionado con la **perforación de la pared del seno maxilar** durante la preparación del sitio, y se supone ser asociado con **lesión de la arteria alveolar.**

Un indicio importante de estas hemorragias es una inflamación importante de la lengua o en la región sublingual y/o submentoniana, con consecuentes dificultades para respirar y tragar, con cambios en la voz y, en ocasiones, incapacidad de hablar.

En todos estos casos, se enviaron los pacientes a unidades de emergencia del hospital para que pudieran obtener las terapias más adecuadas.

La revisión concluye que:

1. es importante que cuando un clínico encuentra casos de hemorragias graves relacionadas con intervenciones de implantología tenga el cuidado de **remidir los pacientes a hospitales equipados para manejar estos tipos de situaciones de emergencia.**
2. **los mismos pacientes**, si se someten a terapia implantar en posición interforaminal, tendrían que ser informados para que pongan cuidado a posibles síntomas de hemorragia (hinchazón progresivo de la región lingual, dificultades de deglución, dificultades en hablar) en el caso que estas síntomas ocurran no sólo inmediatamente después de la intervención, sino también después de 3-7 horas, y a **someterse de repente a curas por parte de centros de urgencias cualificados para efectuar entubaciones o traqueotomías.**

Profundizando en la ciencia



Lea el abstract original

# Reunión Internacional sobre las Perimplantitis

## *International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis*

Durante los '80, los artículos que exaltaban el prodigio de la osteointegración fueron las puntas de diamante de la literatura. En los primeros años de 2000, la tasa de éxito con todas las consecuencias inherentes a la reconstrucción ósea ha sido el hilo conductor de la mayoría de los estudios publicados. En los últimos años, sin embargo, la tendencia se invirtió y el número de estudios ya no centrados en los resultados de excelencia, sino en las complicaciones biológicas de los implantes (perimplantitis) va en aumento: 24 revisiones sistemáticas sólo el año pasado, *11 Consensus Meeting* en los últimos 3 años. Tal como están las cosas, la **perimplantitis se define como una complicación biológica sitio-específica posterior a la restauración protésica**. El carácter distintivo de esta patología es la reabsorción ósea peri-implante (Zitzmann y Berglund). Sin embargo, un análisis cuidadoso de esta condición permite destacar al menos **dos grandes problemas sin resolver: su definición y su etiología**. De hecho, si por un lado están claros los instrumentos útiles para diagnosticarla, mucho más controvertida es la definición de daño, tanto a nivel de las encías que del hueso: según la última revisión de la literatura de Figuero, en la actualidad hay una veintena de definiciones (variación del nivel de profundidad de sondaje y de daño óseo radiológico). Esta falta de un *threshold* definido de forma unívoca desgraciadamente se refleja principalmente en los datos epidemiológicos que aparece tan fuertemente contradictorios (Atieh et al 2013). Desde un punto de vista puramente patogénico, la literatura tradicional presenta una **etiología de la perimplantitis muy similar a la de la periodontitis**: un desequilibrio, en un paciente predispuesto, entre la carga bacteriana y las defensas inmunitarias (AO 2013). La supuesta similitud entre estas dos enfermedades condujo al clínico tradicional a transportar tout court el enfoque terapéutico para la enfermedad periodontal a la enfermedad peri-implantaria. Sin embargo, como

documentaron Heitz-Mayfield y Mombelli (2014), a pesar de los resultados favorables a corto plazo, los resultados finales a largo plazo reportados en casi todos los estudios muestran una falta de resolución de la enfermedad o incluso una progresión de la misma. Estos resultados contradictorios con respecto a los de la terapia periodontal parecen presuponer por una **incompleta comprensión del "fenómeno biológico" detrás de la perimplantitis**.

Para discutir este asunto, algunos líderes de opinión bajo la dirección del **Prof. Covani** (Istituto Stomatologico Toscano, Camaiore, Italia) y del **Prof. Wagner** (University of Mainz, Alemania) se reunió en Abano Terme (Padua) en el pasado mes de agosto. De este encuentro nació una *Consensus Paper* (Canullo et al. 2015) publicado en el *Int Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. Este artículo se divide en dos partes. La primera sección está dedicada a una **revisión sistemática de la literatura sobre los diversos factores que pueden estar implicados en la perimplantitis**: factores inherentes al paciente, a la fase quirúrgica y protésica, a los diferentes *pattern* microbiológicos. La segunda parte, quizás la más innovadora, **clasifica la enfermedad peri-implantaria según los "triggering macro factors"**. De hecho, junto con la "tradicional" causa bacteriana, los autores se encontraron de acuerdo en incluir también unos "*triggering factors quirúrgicos*" (incorrecta colocación de los implantes, fracasos de R.O.G. contextuales a la colocación del implante, incorrecta gestión de los tejidos blandos), biomecánicos (*overloading* del conjunto corona / pilar / implante) y protésicos (exceso de cemento, colocación incorrecta de la *finishing line*, fallas de adaptación del conjunto implante/pilar) como las causas subyacentes de la perimplantitis. Esta nueva clasificación puede tener implicaciones clínicas importantes y puede explicar el escaso éxito en el tratamiento de esta enfermedad.

*Dr. Luigi Canullo*



### **Lista de los participantes al International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis**

- *Purely plaque induced peri-implant disease*: Mia Rakic, Milena Radunovic, Andrea Chierico, Roberto Abundo, Stefan Fickl, Markus Schlee, Mario Rocuzzo
- *Surgically triggered peri-implant disease*: Ugo Covani, Robert Sader, Wilfried Wagner, Max Blume, Miguel Peñarrocha, Michael Rohnen, Gabriella Grusovin, Sebastian Bacher
- *Biomechanically triggered peri-implant disease*: Claudia Dellavia, Gaia Pellegrini, Gaetano Calesini, Alberto Fernández, Adriano Piattelli
- *Prosthetically triggered peri-implant disease*: Luigi Canullo, Paolo Pesce, Roberto Cocchetto, Hugo De Bruyn, Jan Cosyn, David Peñarrocha
- *Biologically triggered peri-implant disease*: Alberto Turri, Barbara Zavan, Pablo Galindo Moreno, Michael Stiller, Moritz Kebschull, Robert Noelken



#### **Reference**

Canullo L., Schlee M., Wagner W., Covani U. on behalf of Montegrotto group; *International Brainstorming Meeting on etiologic and risk factors of Periimplantitis*; Montegrotto 2014. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2015; 30: 1093-1104

# Preservación de alveolo con colocación temprana de un implante Premium TG

**Dr. Ignacio Sanz Sánchez**



- Licenciatura en Odontología en la Universidad Complutense de Madrid. Finalización de los estudios en junio del 2006.
- Máster oficial en Ciencias Odontológicas por la Universidad Complutense de Madrid. Finalización de los estudios en septiembre del 2008.
- Doctor en Odontología por la Universidad Complutense de Madrid.
- Magíster en Periodoncia por la facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. Total de hora 4500 y 180 créditos, correspondiente a la convocatoria de 2007-2010.
- Certificado en Periodoncia por "The Board of the postgraduate education comitee of the European Federation of Periodontology."
- Publicaciones en revistas nacionales e internacionales.
- Conferenciante a nivel nacional e internacional.
- Práctica privada en periodoncia, implantes y endodoncia.
- Profesor colaborador del master de Periodoncia e implantes de la UCM desde el 2010.
- Encargado del área de periodoncia e implantes del título "Especialista en Odontología Restauradora basada en las Nuevas Tecnologías".
- Profesor contratado en práctica externa en la UCM.

Paciente de 32 años que acude a la consulta por presentar un diente en posición 15 fracturado y con un pronóstico restaurador imposible (Figuras 1 y 2).



Situación inicial: fractura del elemento 15



Situación inicial: visión frontal

Tras valorar el implante post-extracción se decidió incluir al paciente en un protocolo de preservación de alveolo y colocación temprana del implanta por no presentar suficiente hueso apical para anclar el implante y asegurar la estabilidad primaria. Tras una extracción lo más atraumática posible (Figura 3), se procedió a la desepitelización del surco con una fresa de diamante (Figura 4) y al relleno del alveolo con un xenoinjerto (Bio-Oss® Collagen, Geistlich; Suiza) (Figura 5), que se empaquetó sin ejercer excesiva fuerza (Figura 6). Con vistas a disminuir la morbilidad del paciente, se decidió emplear un sustituto de encía a base de colágeno (Mucograft® Seal; Geistlich; Suiza) (Figura 7), que se suturó con puntos simples empleando una sutura de mono-filamento no reabsorbible (Figura 8).



Extracción atraumática del elemento fracturado



Desepitelización del surco



Relleno del alveolo con hueso bovino desproteínizado



Empaquetamiento del relleno sin excesiva fuerza



7 Empleo de un sustituto de encía a base de colágeno



8 Sutura

Una semana después se pudo observar una buena cicatrización del alveolo con integración del sustituto de encía desde la periferia (Figura 9). A las dos semanas se retiraron las suturas, apreciándose una nueva epitelización en la periferia del alveolo (Figura 10). A las 4 semanas se produjo el cierre total del alveolo con una epitelización completa (Figura 11). A las 6 semanas los tejidos blandos habían completado su maduración, como se pudo observar desde la vista frontal (Figura 12).



9 Cicatrización del alveolo después de 1 semana



10 Cicatrización del alveolo después de 2 semanas

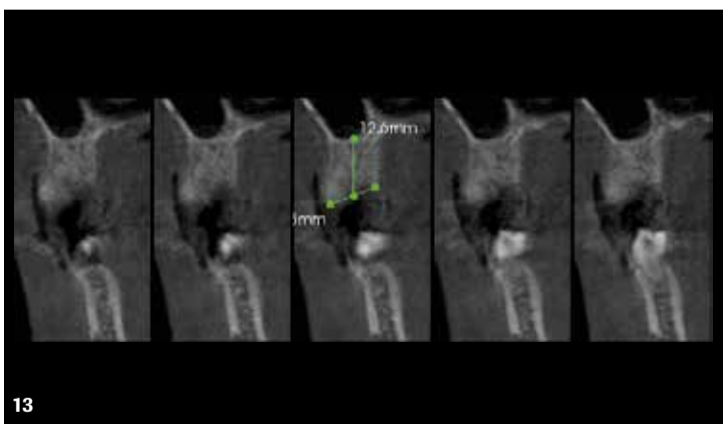


11 Cicatrización del alveolo después de 4 semanas



12 Cicatrización del alveolo después de 6 semanas: vista frontal

A las 8 semanas se planificó la colocación del implante, para lo que se realizó un CBCT, en el que se pudo observar una suficiente disponibilidad ósea, tanto en altura como en anchura (Figura 13). Tras elevar un colgajo de espesor total, se pudo observar el mantenimiento de la arquitectura ósea en altura (Figura 14) y en anchura tras la preparación del lecho del implante (Figura 15). Se colocó un implante Sweden & Martina Premium TG de 3,8 x 11,5 mm (Figuras 16 y 17) con suficiente estabilidad primaria para adoptar un protocolo en una fase quirúrgica y colocar un pilar de cicatrización (Figura 18).



13 Planificación con CBCT para la colocación del implante



14 Detalle de la arquitectura ósea tras elevar un colgajo



15 Preparación del lecho del implante



16 Colocación de un implante Premium TG: vista oclusal

# 24



Colocación de un implante Premium TG: vista frontal



Colocación del pilar de cicatrización

A la semana se retiraron las suturas (Figura 19) y a las 8 semanas se tomaron impresiones. En la imagen radiográfica se puede observar una correcta osteointegración con mantenimiento de los niveles óseos interproximales (Figura 20).

Finalmente, se realizó una restauración atornillada de metal-cerámica (CAD-CAM). En el seguimiento a 6 meses se puede observar el relleno parcial de las papilas (Figura 21).



Situación después de 1 semana al retirar las suturas

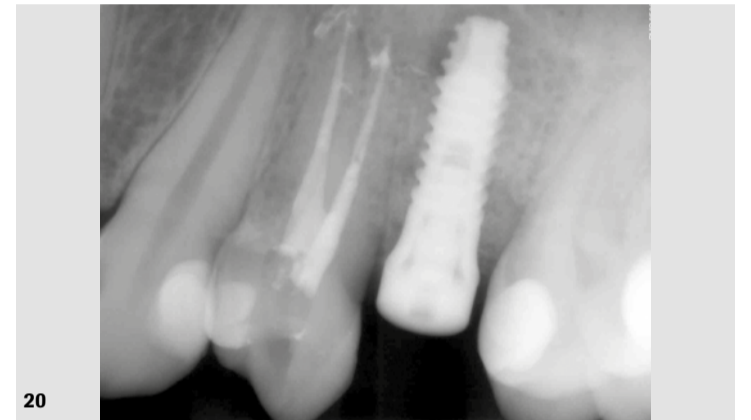


Imagen radiográfica: cabe destacar la excelente osteointegración y el mantenimiento óseo interproximal



Seguimiento a 6 meses: cabe destacar la correcta maduración y la calidad de los tejidos blandos



# El sistema Prama enriquece su gama: pilares de cicatrización PRAMA IN y tornillos con apoyo cónico

## Nuevos pilares de cicatrización PRAMA IN

Los nuevos pilares de cicatrización PRAMA IN han sido diseñados para un cierre subgingival a nivel del cuello del implante ensanchando los tejidos blandos durante su cicatrización, con el fin de dejar un espacio adecuado para la rehabilitación y evitar dolor y fastidio al paciente durante la carga protésica.

Estos pilares de cicatrización, a diferencia de los estándar, abrazan la geometría del cuello hiperbólico Prama.



Pilares de cicatrización **en titanio Gr.5**, están anodizados en color amarillo pajizo dorado como el cuello Prama, para aumentar el valor estético. Los pilares en titanio Gr. 5 están disponibles en dos diferentes alturas, para adaptarse a las diferentes necesidades clínicas.



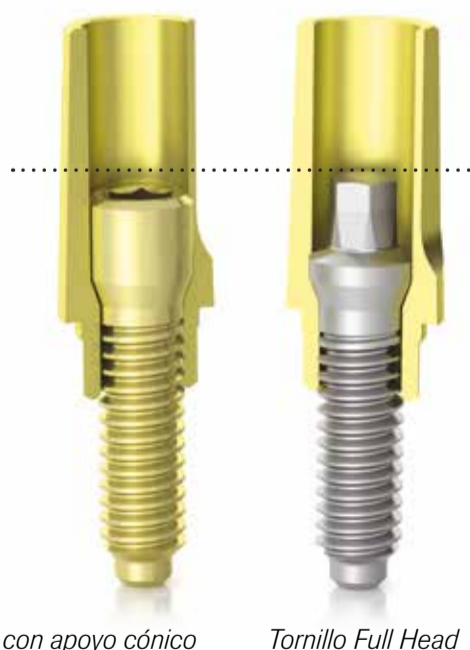
Pilar de cicatrización **en resina Reef**: es un material que tiene una alta capacidad de resistencia al ataque bacteriano. Estos pilares pueden ser fresados o modificados directamente al sillón.

## Nuevos tornillos protésicos con apoyo cónico

Los nuevos tornillos de fijación con apoyo cónico representan una válida alternativa **a los tornillos Full Head** para los pilares preformados rectos y angulados de Prama.

Estos tornillos son particularmente **útiles cuando se debe reducir mucho la altura total de los pilares**, y no hay espacio suficiente para cerrar la cabeza del tornillo con la ayuda del material removible: el tamaño de la cabeza del tornillo, igual al tamaño del agujero del tornillo de los pilares protésicos, permite no dejar espacios en los que se pueda ensartar el cemento utilizado para asegurar la corona, facilitando así los eventuales procedimientos de remoción del tornillo mismo.

El **apoyo cónico mejora la fijación entre tornillo, pilar e implante**, reduciendo significativamente la tendencia a desenroscarse.



Tornillo con apoyo cónico

Tornillo Full Head

La fijación de los nuevos tornillos de apoyo cónico debe efectuarse con los atornilladores estándar de la serie "HSM..." ya que el hexágono de conexión de estos tornillos es el mismo de los tornillos de fijación estándar, lo que permite una optimización en la gestión de los instrumentos por parte del prostodoncista.

# Ahora disponibles los actos de la 4ª CONSENSUS CONFERENCE DE EAO (European Association of Osseointegration)

## ¿Cuáles son los resultados de la 4ª Consensus Conference de EAO?

La redacción de Numeri Uno resume los resultados presentados en la sesión especial durante el 24ª Annual Scientific Meeting en Estocolmo

### The patient undergoing implant therapy

*El paciente sometido a terapia implantar*

#### GRUPO 1

En un contexto socio-económico cada vez más condicionado por las necesidades del paciente y en el que él mismo es capaz de influir en la adopción de terapias, el primer grupo de estudio se planteó revisar la amplia literatura disponible para establecer parámetros de oportunidades relativos a este enfoque. En particular, los estudios analizados **no destacan ningún beneficio procedente la profilaxis antibiótica prequirúrgica en los pacientes sanos**, a pesar de décadas de terapias antibióticas de diferente alcance y duración. **Los factores de riesgo para la peri-implantitis** son, en la mayoría de los casos, la acumulación de placa, problemas periodontales pre-existentes, tabaco, exceso de cemento y falta de un mantenimiento profesional adecuado de la rehabilitación implanto-protésica. Es decir, aspectos estrechamente relacionados con el paciente y no con las características de los implantes. Además, se subrayó la necesidad de estandarizar la literatura científica para que, dentro de sus sistemas de valoración, abarque también el grado de satisfacción del paciente u otros valores subjetivos, sobre todo en aquellos protocolos que optan por rehabilitaciones fijas o removibles en implantes respecto a la sobredentadura convencional.

### Computer supported diagnosis, fabrication and assessment processes

*Procesos de diagnóstico, realización y verificación asistidos por ordenador*

#### GRUPO 2

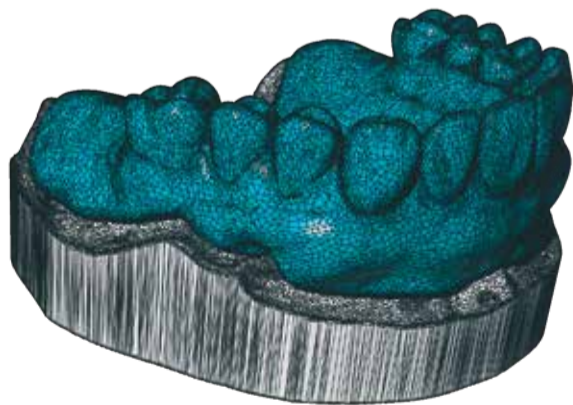
Hoy en día, la implantoprótesis asistida por ordenador es una alternativa válida frente a la planificación/ejecución tradicional. Sin embargo, es necesario tener en cuenta algunas variantes como la precisión del software en la elaboración de las imágenes detectadas: **el margen de error en un proceso automatizado es real**, una superposición incorrecta de las imágenes puede suponer luego un fracaso implanto-protésico. Otro punto crucial subrayado por el Grupo 2 es que **el clínico que recurre a la cirugía guiada debe tener las competencias necesarias para operar también sin ésta**, en el caso de que la guía se rompiera o arruinara durante la cirugía: es un error pensar que la cirugía guiada está dirigida a clínicos con poco experiencia. En general, el recurso a las tecnologías digitales constituye una alternativa excelente, si se tienen en cuenta las limitaciones que puede suponer.

## Las respuestas de Sweden & Martina

### Milling Center Echo

Siempre actualizada con su tiempo y con la evolución tecnológica, Sweden & Martina ofrece la posibilidad de realizar prótesis individualizadas CAD/CAM en una amplia gama de materias primas para permitir al odontólogo y a su técnico encontrar la solución más adecuada para las diferentes situaciones clínicas.

El Scan Center y el Milling Center de Sweden & Martina usan las tecnologías más sofisticadas para garantizar productos protésicos con una precisión y calidad máximas.

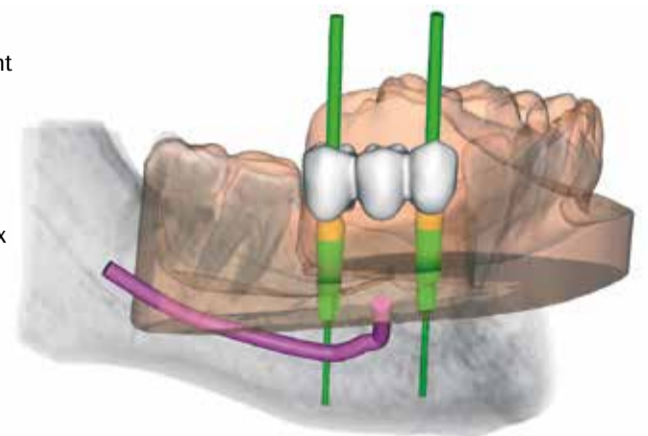


### ECHOPlan

El kit quirúrgico para implantología guiada ECHOPlan fue ideado y desarrollado para permitir a quienes utilizan los implantes cilíndricos Premium, Prama y Outlink2 preparar los sitios quirúrgicos a través de la técnica de la cirugía guiada. El kit ECHOPlan de Sweden & Martina y el instrumental quirúrgico contenido son compatibles con las técnicas principales de implantología guiada (software diagnósticos tridimensionales y plantillas quirúrgicas) actualmente presentes en el mercado.

#### Compatibilidad de los software de planificación implantaria:

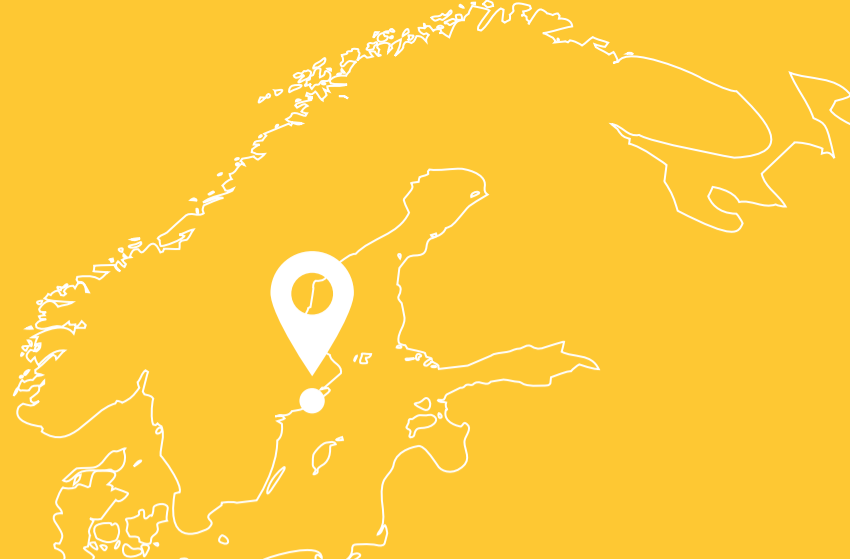
3 Diemme - 3Diagnosys  
Anatome - Invivo5  
Simplant Dentsply - Simplant  
Medialab - Implant3D  
Nemotec - Nemotecscan  
3Shape - Implant Studio  
Sirona - Galileos Implant  
Sirona - SiCat Implant  
Dental Wings - Codiagnostix  
EraScientific - DentalVox  
Cybermed - OnDemand3D  
Morita - i-Dixel  
Planmeca - Planmeca  
Samsung - Ray  
Vatech - Vatech  
iLAND - iCAT  
Carestream (Kodak) - CS 9000 3D  
NewTom, MyRay y OEM - NNT y iRYS



## ¿Qué es una Consensus Conference?

Es un encuentro entre expertos del sector para responder a preguntas sobre la aplicabilidad, eficacia y seguridad de los procedimientos clínicos y médicos y para dar indicaciones a los investigadores sobre la necesidad de investigaciones futuras. Los participantes llevan a cabo una revisión atenta de la literatura, identificando artículos científicos relevantes para asociar a cada tema de discusión. Luego se discuten los diferentes temas con el objetivo de alcanzar un consenso basado en los resultados de las investigaciones y dar soluciones a los problemas analizados. El modelo de la Consensus Conference fue ideado en Estados Unidos por NIH (National Institute of Health) en los años setenta con el objetivo de definir el estado del arte y ayudar a los médicos a identificar los protocolos aprobados en función del concepto de "Evidence Based Medicine".

Los expertos convocados por EAO el pasado mes de febrero se dividieron en 4 grupos de estudio, tal y como está arriba indicado.



## Long-term stability of peri-implant tissues after bone or soft tissue augmentation. Effect of zirconia or titanium abutments on peri-implant soft tissues

*Estabilidad a largo plazo de los tejidos peri-implantarios tras el aumento de los tejidos duros o blandos. Efecto de pilares de zirconio o de titanio en los tejidos blandos peri-implantarios*

### GRUPO 3

Se aconseja el recurso a protocolos de regeneración de los tejidos blandos para aumentar su espesor y la encía queratinizada y reducir la reabsorción ósea peri-implantaria interproximal. Los **procedimientos de regeneración ósea se han demostrado válidos para la reconstrucción de la cresta después de una cicatrización correcta de los tejidos blandos** y la estabilidad del hueso regenerado puede ser un factor crucial en el mantenimiento de los tejidos blandos. **No se han detectado diferencias estadísticamente relevantes entre el uso de pilares de titanio y circonio** en la valoración de la profundidad del sondeo, en el sangrado tras ésto y en el mantenimiento de los niveles de hueso crestral y de los tejidos blandos. Los pilares de circonio han demostrado mejores resultados en términos de estética, sin embargo, suponiendo a veces algunas complicaciones menores.



### Milling Center Echo

Sweden & Martina dispone de diferentes calidades de circonio, con coloraciones y translucencia semejantes a las de los dientes naturales que permiten rehabilitaciones de una suma relevancia estética.



## Therapeutic concepts and methods for improving dental implant outcomes

*Conceptos y métodos terapéuticos para la mejora de los resultados de los implantes dentales*

### GRUPO 4

Se han propuesto diferentes conceptos terapéuticos encaminados a la mejora de los resultados de la terapia implantoprotésica en sitios post-extracción con protocolos de preservación de la cresta y en los sitios distales tanto en la mandíbula como en la maxila donde la escasa altura ósea disponible supone, normalmente, elegir implantes cortos y regeneración vertical. El análisis de la literatura disponible ha reflejado que el mantenimiento del hueso alveolar es un procedimiento eficaz para permitir la inserción del implante y reducir la necesidad de ulteriores terapias para aumentar los volúmenes óseos durante la inserción del implante. Por lo que se refiere a las terapias regenerativas en los sectores distales, tanto en la maxila como en la mandíbula, el resultado clínico de los implantes cortos es totalmente comparable con el de los protocolos de elevación del seno y de aumento vertical. Sin embargo, **los implantes cortos han generado menores complicaciones clínicas**. Por lo tanto, todo el grupo de estudio ha manifestado su apoyo a la adopción de terapias menos invasivas en el interés del paciente.



### Implantes cortos

Un implante corto puede resolver diferentes situaciones clínicas; por este motivo, Sweden & Martina ha estudiado soluciones seguras con una altura comprendida entre 4 y 8.5 mm con una amplia gama de conexiones: a partir del hexágono externo hasta la conexión Collex, pasando por la opción transmucosa. Una solución para cada clínico, una oportunidad para cada paciente.



## ¿Por qué son necesarias las Consensus Conference?

La práctica odontológica se basa en las evidencias científicas en relación con la seguridad y la eficacia de diferentes procedimientos clínicos. Sin embargo, la calidad, la cantidad y la diversidad de artículos disponibles a menudo dificultan a quienes buscan una respuesta unívoca. A veces la muestra estadística es demasiado pequeña o el protocolo es demasiado reciente para poder tener una evidencia a largo plazo o para poderla considerar eficaz. Reuniendo a los expertos del sector para analizar las evidencias científicas, normalmente es posible obtener un consenso que pueda servir como guía sobre los procedimientos más oportunos y predecibles a favor de toda la comunidad científica y odontológica. La EAO no acepta patrocinadores de ningún tipo para sus Consensus Conference. Los gastos de la organización corren exclusivamente a cargo de la Asociación y el único deber es realizar una guía de lectura e interpretación perfectas de las evidencias científicas en un ambiente imparcial. Con estos supuestos, los documentos elaborados en estas conferencias tienen un valor especial para toda la comunidad científica.

# X Aniversario del Centro BORG - Barcelona

12 de diciembre 2015

El día 12 de diciembre en el Gavá Beach el Centro BORG de Barcelona celebró sus 10 años de actividad. Emocionadísimo, los doctores Xavier Vela y Xavier Rodríguez dieron la bienvenida a los casi 100 ex alumnos invitados y los guiaron a lo largo de un camino a través de sus relaciones ilustrando la vida de los primeros 10 años del Centro BORG y los fantásticos resultados clínicos y científicos obtenidos hasta hoy. El centro BORG, de hecho, se coloca entre los más importantes en Europa por calidad y cantidad de educación e investigación científica. Para sellar la larga colaboración y amistad fue la ponencia del Dr. Ignazio Loi sobre la historia de la técnica BOPT y sobre las últimas implicaciones clínicas y científicas.



## SEPA visita las instalaciones Sweden & Martina

15 de enero 2016

El día 15 de enero el Directivo de SEPA (Sociedad Española Periodoncia y Osteointegración) visitó las instalaciones de Sweden & Martina, y se entretuvo en una agradable charla sobre la investigación científica y las posibles colaboraciones entre Sweden & Martina y SEPA. El Presidente Dr. David Herrera y los demás miembros del Directivo tuvieron la oportunidad de visitar los departamentos de producción de la empresa, de los que se quedaron favorablemente sorprendidos.



## Ponencia del Dr. Ignazio Loi en el departamento de Prostodoncia de la Universidad de Valencia

15 de febrero 2016

El día 19 de febrero el Dr. Loi después de visitar las nuevas instalaciones del Departamento de Prostodoncia de la Universidad de Valencia ha tenido un curso de 4 horas para casi 150 profesores y estudiantes de los varios departamentos de la facultad de Odontología de Valencia. El Prof. Antonio Fons Font ha invitado al Dr. Loi a ilustrar la técnica B.O.P.T., de sus orígenes sobre dientes naturales hasta la aplicación en implanto-prótesis. Este interesante evento fue organizado por el Dr. Rubén Agustín Panadero, colaborador del Prof. Fons Font y que aprendió la técnica B.O.P.T. directamente del Dr. Loi.



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 3, número 07  
febrero / junio 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 Zangiacomì

Impresión  
Gráficas Vernetta, S.A.

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

Deposito Legal  
Generalitat Valenciana  
n° V-2657-2013

ISSN 2340-8065



NUMERI UNO - S

Han colaborado en este número:

Lorraine Bettin  
Silvia Bozza  
Rebeca Cabello Úbeda  
Camilla Carniello  
Susana Costa  
Silvia Cuccarolo  
Raquel Duran Moruno  
Valentina Fantin  
Guillermo González Sánchez  
Martín Laguna Martos  
Luca Lombardo  
Marina Mirandola Minuzzi  
Mariano Sanz Alonso  
Ignacio Sanz Sánchez  
Giuseppe Siciliani  
Fabio Vignoletti  
Gianfranco Parente  
Alessio Terziani  
Glorianna Zangiacomì

Los textos de los artículos, aunque cuidados con una atención escrupulosa, no pueden comportar la responsabilidad específica de cualquier inexactitud o errores, y Sweden & Martina no puede garantizar la integridad y exactitud de los mismos. Se recuerda que la información se proporciona únicamente con fines informativos: no sustituyen una evaluación dental del caso individual.

Todos los contenidos de NumeriUno están protegidos por derechos de autor. Sweden & Martina se exime de cualquier responsabilidad por el uso por parte de terceros de este trabajo.

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

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

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Partida IVA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

¿Usted es ya cliente Sweden & Martina?  SÍ  NO

- Estoy interesado en recibir la revista
- Estoy interesado en recibir visita de un especialista del producto \_\_\_\_\_
- Estoy interesado en visitar la empresa
- Estoy interesado en publicar un case report en Numeri UNO
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología**
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 2**
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 3**
- Estoy interesado en recibir la reseña bibliográfica Científica - **Implantología Vol. 4**