

## NUMERIUNO



**La presunción de mostrar cosas nuevas**  
Dr. Gianfranco Parente



**Prof. dr. E.F. Gherlone, dr. R. Vinci, dr. A. Ligabue**  
Rehabilitación de toda la arcada con carga inmediata con cuatro implantes CSR-DAT

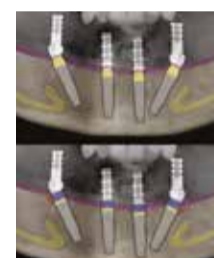


Novedad del mercado  
**Pilares XA**



Entrevista  
**La evolución clínica y científica que ha guiado el proyecto XA**  
Dr. Xavier Vela Nebot, dr. Xavier Rodríguez Ciurana

Ideado en colaboración con el equipo de estudio del profesor E. Gherlone, Universidad Vita Salute de Milán, CSR-DAT es el implante diseñado para responder a una exigencia de sencillez, de versatilidad y de consecución de la estabilidad primaria en cualquier situación clínica. La innovadora conexión con doble interfaz cónica interior garantiza una impermeabilidad bacteriana excelente, preservando el hueso de los riesgos de peri-implantitis.



**Dr. Guillermo Cabanes Gumbau**  
All-on-four® con Prima:  
descripción de la técnica y ventaja

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MOUNTLESS

CONEXIÓN CÓNICA PATENTADA

PLATFORM SWITCHING

VERSATILIDAD PROTÉSICA

TORNILLO PROTÉSICO DAT

ONE-ABUTMENT-ONE-TIME

SUPERFICIE ZrTi

CAD/CAM

OPTIMIZACIÓN QUIRÚRGICA

ESTABILIDAD PRIMARIA

SENCILLEZ

FACILIDAD DE INSERCIÓN

CSR-DAT



3

Editorial  
**La presunción de mostrar cosas nuevas**  
Dr. Gianfranco Parente



4

Novedad del mercado  
**CSR-DAT**

6

Case Report  
**Rehabilitación de toda la arcada con carga inmediata con cuatro implantes CSR-DAT**  
Prof. dr. E.F. Gherlone, dr. R.Vinci, dr. A. Ligabue

9

Case Report  
**Rehabilitación unitaria con implante CSR-DAT**  
Prof. dr. E.F. Gherlone

11

Case Report  
**All-on-four® con Prama: descripción de la técnica y ventaja**  
Dr. G. Cabanes Gumbau

15

Novidades del mercado  
**Cánulas calcinables para T-Connect, postes de paralelismo con marcas de profundidad, nueva prótesis XA para implantes Shelta**



17

Entrevista  
**La evolución clínica y científica que ha guiado el proyecto XA**  
Dr. Xavier Vela Nebot, dr. Xavier Rodríguez Ciurana

18

Case Report  
**Rehabilitación estética con pilar XA**  
Dr. Xavier Vela Nebot, dr. Xavier Rodríguez Ciurana, Sr. Javier Pérez López

23

Case Report  
**Elevación del seno maxilar y el uso de Outlink², KeraOS y Bone two (parte I)**  
Dr. Jorge Ripollés de Ramón, Sr. Víctor Serrano Sánchez

26

Reseña

27

Cursos y eventos



28

Testimonios  
**Uno de estos días utilizo el implante Prama**  
Dr. Costantino Vignato





# La presunción de mostrar cosas nuevas

## Dr. Gianfranco Parente

Para nosotros es un gran honor celebrar nuestro congreso más importante desde que llegamos a España, a mediados de un año de por sí lleno de confirmaciones para la empresa y para mí, que hace casi 10 años, creí en un proyecto que había que construir desde cero. Cuando hablo de 'confirmaciones' me refiero a las señales importantes que recibimos de un mercado que se ha demostrado preparado para las innovaciones que hemos propuesto. Por poner tan solo un ejemplo, destaca el entusiasmo con que se han acogido las técnicas introducidas por el dr. Loi, un entusiasmo que ha supuesto una gran afluencia de profesionales con motivo de su último curso - y a nuestro stand - en el ámbito del Congreso SEPA que se acaba de concluir.

Hoy en día, el concepto de prótesis sobre dientes naturales y sobre implantes con la técnica B.O.P.T. lleva al mundo odontológico a tratar las rehabilitaciones obteniendo resultados excepcionales en términos biológicos, estéticos y de mantenimiento a lo largo del tiempo. Este concepto ha sido retomado, entre otros, por el dr. Xavi Vela y el dr. Xavi Rodríguez del grupo Borg de Barcelona que nos han considerado capaces de responder a las ideas y a los conceptos que aún no habían encontrado una respuesta concreta durante su recorrido anterior. Además, nuestra colaboración ha supuesto el desarrollo de una nueva tipología de pilares: la línea XA, presentada a lo largo de este Premium Day con un análisis exhaustivo de los conceptos B.O.P.T., de los nuevos aspectos sobre los tejidos blandos y sobre la preservación del hueso. Además de los implantes Prama y de los pilares XA, hay aquí otra novedad presentada durante el Premium Day: el implante CSR-DAT con su conexión cónica doble y patentada, estudiada en colaboración con el grupo del prof. Enrico Gherlone del Hospital San Raffaele de Milán. Un implante que garantiza simplificar la intervención quirúrgica y obtener una estabilidad primaria extraordinaria, optimizando también la gestión de las diferentes soluciones protésicas en los dos diámetros de la plataforma.



Considerando el recorrido de internacionalización del Premium Day, me sorprende constatar que hoy en día ha llegado a su XVI edición. En esta edición de nuestro proyecto, que nació en Italia en 1996, el profesor Ugo Covani, memoria histórica de la empresa, compartirá su papel de presidente con el anfitrión, el profesor Miguel Peñarrocha de la Universidad de Valencia. El programa presentado es innovador gracias a la presencia de ponentes prestigiosos y estimados: pretendemos anunciar nuevas perspectivas para la implantología de los años venideros. Para nosotros este congreso constituye un momento importante para compartir con nuestros clientes tanto desde el punto de vista científico como lúdico. Estamos seguros de que un evento tan importante podrá enriquecerse también por la inolvidable noche de gala que tendrá lugar en el Hemisfèric, la flor de la Ciudad de las Artes y las Ciencias de Valencia.

Quiero agradecer una vez más a todos los dentistas españoles por la manera en que han acogido nuestra empresa. El interés demostrado durante las numerosas visitas a nuestras instalaciones o a través de las relaciones personales con nuestros colaboradores y con toda la gerencia fortalecen aún más nuestra convicción de seguir invirtiendo en un país como España, en el que estamos creciendo mucho, tanto en calidad como en cuotas de mercado. Con casi 50 profesionales contamos con la red comercial más numerosa del mercado español, cuyas necesidades han sido un estímulo muy fuerte para mejorar nuestras soluciones implanto-protésicas y nuestro servicio ofrecido.

Gracias a todos aquellos que han elegido participar en este Premium Day. Mis más sinceros agradecimientos a todos ellos y a toda la organización que ha permitido realizar esta cita tan importante.

Dr. Gianfranco Parente





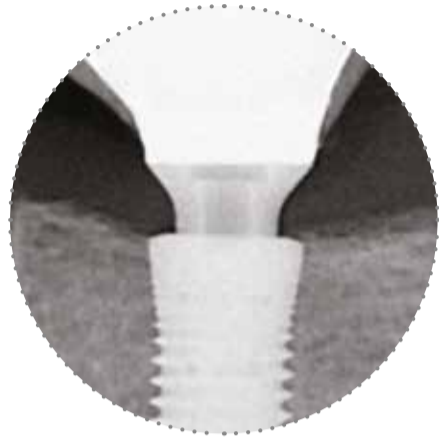


Imagen radiográfica por cortesía del Prof. Enrico F. Gherlone

## PLATFORM SWITCHING

El bevel situado a nivel coronal ofrece un Platform Switching implantar, que se ve acentuado por el mismatching presente entre el bevel y la conexión implantar.



Tomografía, por cortesía de la Universidad de Padua-Lab.Te.si.

## DISTRIBUCIÓN GUIADA DE LAS CARGAS

El tornillo DAT (Double Action Tight) se caracteriza por un perfil cónico con un ángulo diferente respecto a la conexión del implante: esto permite una mejor dispersión de las fuerzas masticatorias garantizando la resistencia del conjunto implante-tornillo-pilar.



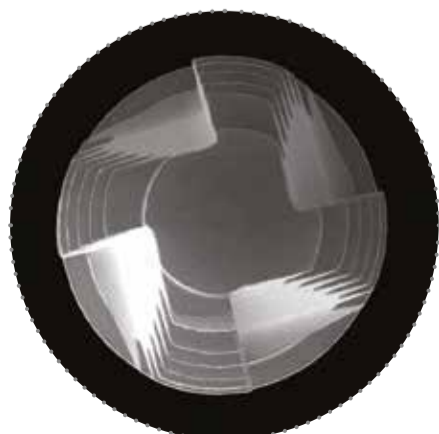
## OPTIMIZACIÓN QUIRÚRGICA

Solo dos fresas para finalizar la preparación del sitio, una sola serie de topes de profundidad.



## CAD/CAM

Posibilidad de realizar estructuras individuales y múltiples individualizadas con tecnología CAD/CAM.



## FACILIDAD DE INSERCIÓN

El ápice cónico y las 4 incisiones de descompresión y salida para el coágulo favorecen la inserción, incluso en hueso muy compacto.

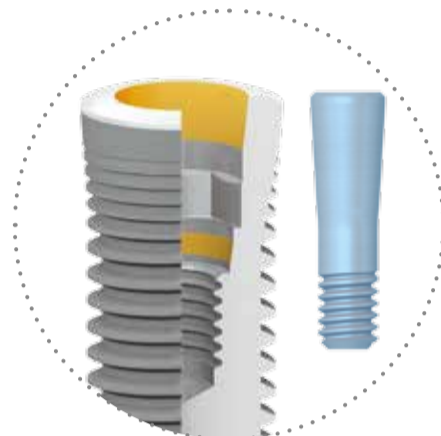
# PLANTAMIENTO QUIRÚRGICO MOUNTLESS

El implante CSR-DAT se conecta directamente al interior de la conexión a través de los driver patentados Easy Insert.



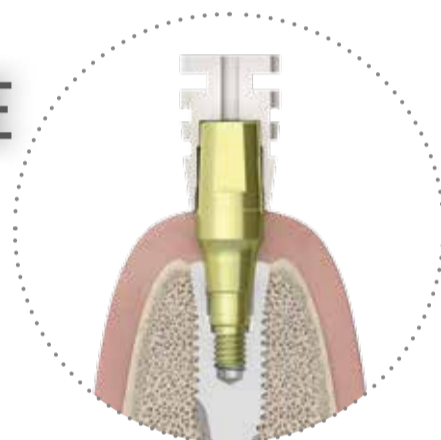
## CONEXIÓN CÓNICA PATENTADA

Una doble interfaz cónica interior garantiza una impermeabilidad bacteriana excelente, preservando el hueso frente a los riesgos de infecciones peri-implantarias. La longitud de la cabeza del tornillo DAT ofrece una amplia superficie de disipación de las fuerzas.



## ONE-ABUTMENT-ONE-TIME

Gracias a una cofia específica de PEEK es posible tomar la impresión directamente en el pilar sin tener que quitarlo después del implante.



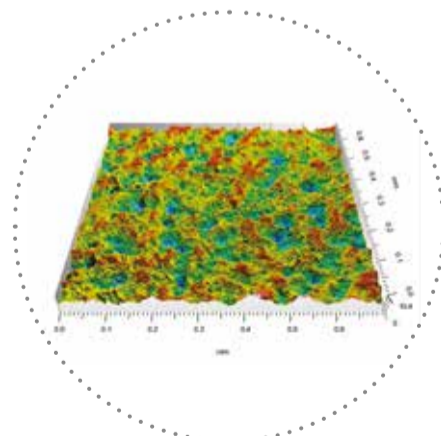
## VERSATILIDAD PROTÉSICA

La conexión DAT (Double Action Tight) es la misma para los dos diámetros del implante y permite optimizar la gestión de la prótesis. Dada su amplia gama de posibilidades de rehabilitación, es posible aplicar diferentes protocolos protésicos.



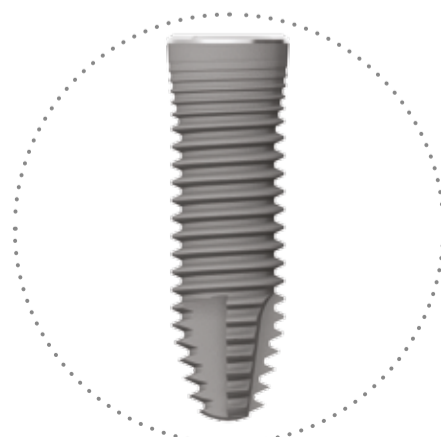
## SUPERFICIE ZirTi

La validez de la superficie ZirTi está documentada por numerosos estudios *in vitro*, experimentales y clínicos.



## ESTABILIDAD PRIMARIA

Los implantes CSR-DAT tienen una morfología cónica ideada para alcanzar una mayor estabilidad primaria en todas las condiciones de uso aprovechando, cuando es posible, el enclaje bicortical.





# Rehabilitación de toda la arcada con carga inmediata con cuatro implantes CSR-DAT

**Prof. dr. Enrico F. Gherlone, dr. Raffaele Vinci, dr. Antonio Ligabue**



*Prof. dr. Enrico F. Gherlone*  
Catedrático de Enfermedades Odontoestomatológicas  
Vicedirector de la facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Vita Salute (Milán).  
Jefe de Unidad de odontología del hospital San Raffaele (Milán)  
Director de la Carrera de odontología y prótesis dental de la Universidad Vita Salute San Raffaele (Milán)  
Director de la Carrera de higiene dental Universidad Vita Salute San Raffaele (Milán)  
Presidente nacional del Colegio de profesores universitarios de disciplinas odontoestomatológicas.



*Dr. Antonio Ligabue*  
Licenciado en Odontología y Prótesis dental en la Universidad de Brescia en 2008. De 2008 a 2012 colabora como tutor en la Clínica odontológica de la Universidad de Brescia.  
Desde 2012 colabora en la Unidad de cirugía oral Avanzada (responsable: dr. R. Vinci) del Departamento de odontología de IRCCS San Raffaele y desde 2016 es profesor de práctica clínica en la Carrera de especialización en odontología y prótesis dental (director: prof. E.F. Gherlone) de la Universidad Vita e Salute San Raffaele, Milán.



*Dr. Raffaele Vinci*  
Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Cirugía maxilofacial, habilitado como profesor universitario en Disciplinas odontoestomatológicas. Profesor asociado del Curso de cirugía especial odontoestomatológica en la Universidad Vita Salute San Raffaele.  
Responsable de la Unidad funcional de investigación en implantoprótesis y paradontología y de la Unidad de cirugía oral avanzada y pre-implantaria en el Departamento de odontología (director: prof. E.F. Gherlone) IRCCS San Raffaele de Milán.

## El implante CSR-DAT y sus características innovadoras

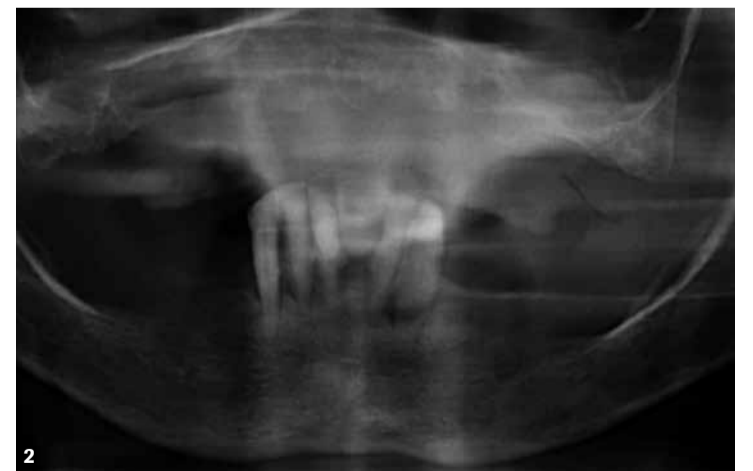
El implante tiene espiras desde el ápice hasta la región cervical, con la finalidad de alcanzar la máxima estabilidad primaria posible en cada zona; el paso de las espiras permite una mayor velocidad de inserción del implante.

Además, la forma cónica de la región apical con la acción de compresión ósea de las 4 incisiones, junto con la ligera forma cónica de la región cervical, garantiza un enclaje excelente de las corticales óseas y la posibilidad de infrapreparación del sitio, con el objetivo de obtener la máxima estabilidad primaria posible.

La peculiar macromorfología del implante, en el caso de infrapreparación del sitio, permite una acción osteotómica y de expansión de la cresta ósea. Al mismo tiempo, el exclusivo tratamiento de la superficie permite una osteointegración rápida, favoreciendo una cicatrización primaria ideal en los casos de carga inmediata.



Paciente de 64 años con edentulismo total del maxilar superior y subtotal de la mandíbula. Nótese la grave atrofia de los cuerpos mandibulares inferiores en filo de cuchillo (clase IV/V de Cawood y Howell)



La radiografía confirma el diagnóstico, subrayando la situación de los dientes residuales perjudicados

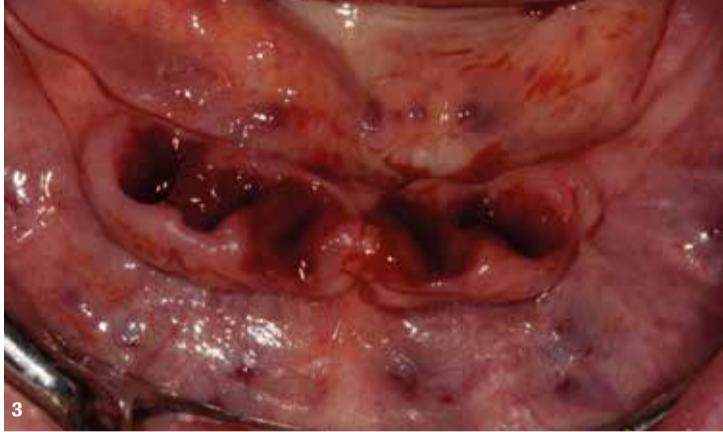
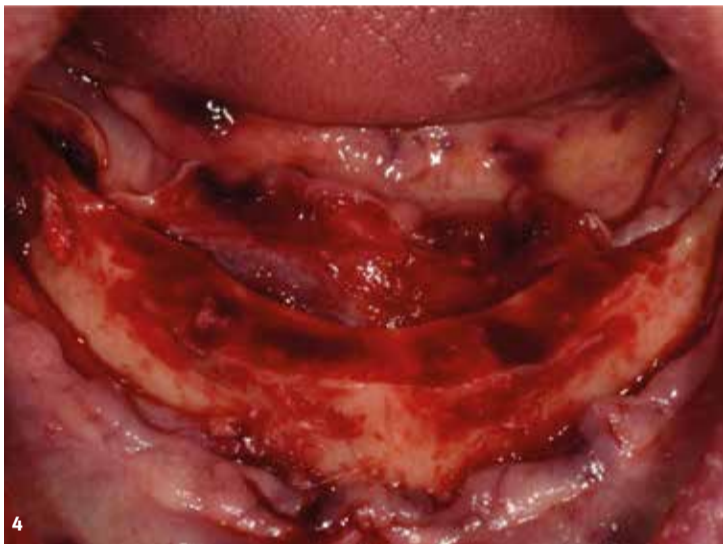
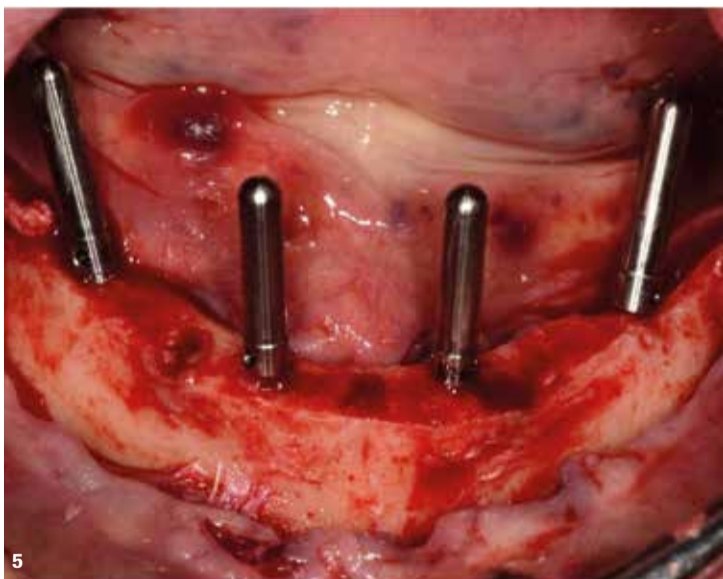


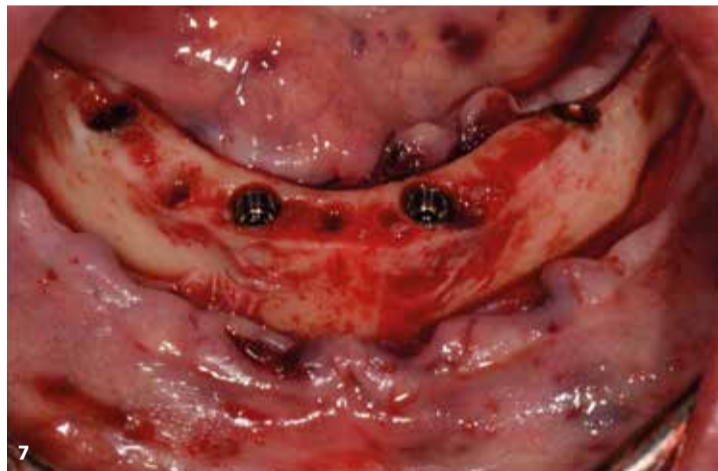
Imagen intraoral después de la extracción de los dientes



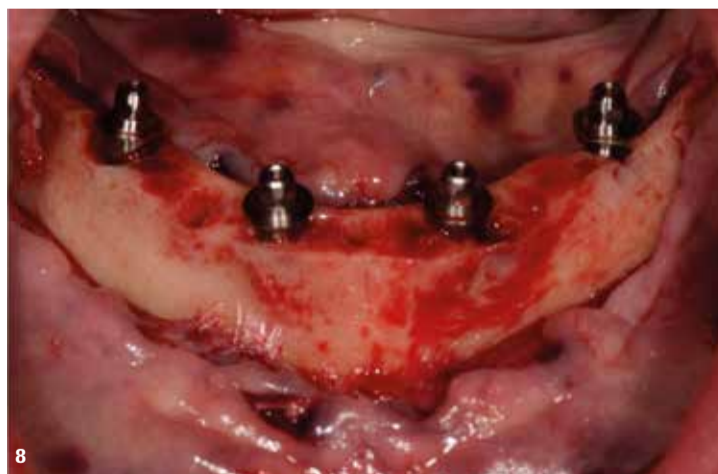
La esqueletización de la región intraforaminal después de la realización del margen superior para optimizar las emergencias implantarias (en la zona paracrestal son evidentes las dos emergencias de los nervios mentonianos)



Creación inicial de los sitios implantarios. Los 4 pin presentes en el kit quirúrgico CSR-DAT permiten ver de manera rápida el eje de inserción del implante y, por lo tanto, controlar la inclinación de los implantes



Control al final de la fase implantaria. Destacan el posicionamiento de 0,5 mm subcrestal en compensación de la eventual remodelación ósea post-finalización y la presencia de espacios osteotómicos alrededor de las emergencias del implante para garantizar el posicionamiento correcto de los P.A.D.

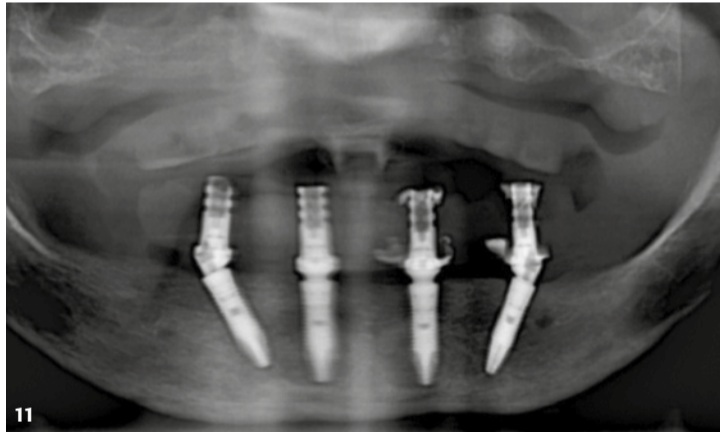


Posicionamiento de los pilares P.A.D. Los dos anteriores son rectos, mientras los dos distales tienen un ángulo de 30° para garantizar el paralelismo de los elementos protésicos de emergencia. La innovadora conexión DAT (Double Action Tight) es una conexión interna caracterizada por un doble principio cónico. Los ángulos y las profundidades de trabajo en la interacción implante-pilar-tornillo contribuyen a optimizar la resistencia mecánica y minimizan los procesos de infiltración bacteriana gracias al sellado doble obtenido por la interacción de las dos superficies cónicas de emparejamiento. Estudios recientes (Gherlone et al, 2015) demuestran que esta conexión permite obtener un sellado totalmente impermeable a las bacterias de la cavidad oral.





La rehabilitación protésica provisional alcanzada y entregada después de algunas horas de la intervención. Nótese las emergencias logradas con los pilares angulados conectados a los implantes distales, que permiten reducir el cantiléver posterior



Radiografía de control. Nótese la inclinación de los implantes distales y a la vez el paralelismo de los elementos protésicos de emergencia



Control a los 4 meses de la intervención quirúrgica inmediatamente después de la eliminación de la prótesis provisional. Nótese la buena cicatrización de los tejidos blandos y la emergencia correcta de los elementos protésicos secundarios de conexión



Colocación de la prótesis definitiva



Control de la oclusión: nótese el buen resultado estético alcanzado



Control a 1 año de la intervención: nótese la buena adaptación de los tejidos blandos a la prótesis y la buena higiene de las emergencias implantarias garantizada por la morfología de los componentes protésicos CSR-DAT



# Rehabilitación unitaria con implante CSR-DAT

**Prof. dr. Enrico F. Gherlone**



*Catedrático de Enfermedades Odontoestomatológicas  
Vicedirector de la facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Vita Salute (Milán).  
Jefe de Unidad de odontología del hospital San Raffaele (Milán)  
Director de la Carrera de odontología y prótesis dental de la Universidad Vita Salute San Raffaele (Milán)  
Director de la Carrera de higiene dental Universidad Vita Salute San Raffaele (Milán)  
Presidente nacional del Colegio de profesores universitarios de disciplinas odontoestomatológicas.*

## Introducción

La sustitución de elementos unitarios, independientemente del sitio, necesita resultados que cumplan con requisitos tanto funcionales como estéticos. De hecho, la necesidad de un esmerado biomimetismo en relación a la integridad de las regiones cercanas, impone el conseguimiento contextual de distintos objetivos:

- rápida osteointegración;
- estabilidad de los tejidos duros;
- sellado biológico en las conexiones;
- estabilidad de los tejidos blandos.

Estos aspectos tienen que ser duraderos en el tiempo, con el fin de conseguir un resultado de alta precidibilidad y un elevado índice de éxito.

Las características del implante CSR cumplen con todas estas necesidades, como se explica en el caso clínico siguiente.

El implante CSR, gracias a su macromorfología, une las ventajas del implante cónico con las del implante a paredes paralelas: apicalmente aprovecha de su conicidad y sus pequeñas incisiones para favorecer la inserción; a nivel del cuerpo, gracias a sus paredes paralelas, nos permite obtener una estabilidad primaria también con hueso de escasa calidad.

Al mismo tiempo, el exclusivo tratamiento de superficie permite una osteointegración muy rápida, favoreciendo una cicatrización primaria ideal en los casos de carga inmediata.



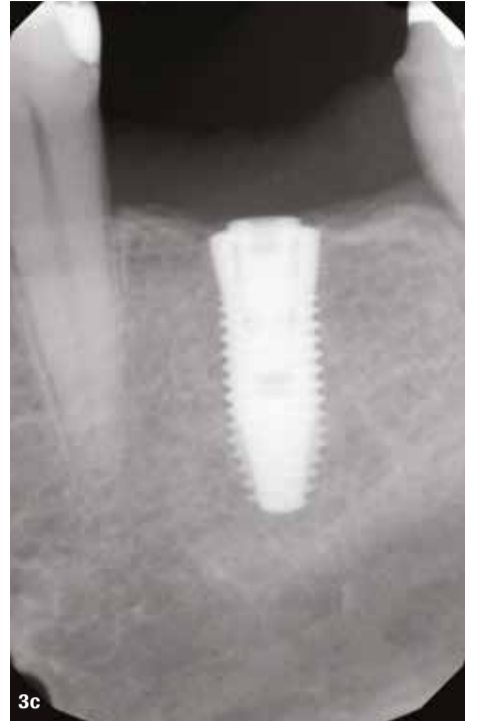
*Datos diagnósticos preoperatorios: radiografías y examen endo-oral en un paciente con mono-edentulismo*



*Fases intra-operatorias con preparación del sitio implantar con fresas cilíndricas de la sistemática CSR: la morfología de la fresa permite seguir una línea de preparación muy clara avanzando con precisión también en hueso cortical*



# 10



Para aprovechar todas las ventajas macroscópicas del implante CSR, es necesaria su colocación a nivel crestal o poco subcrestal. En las imágenes se evidencia la correcta colocación "bone level"



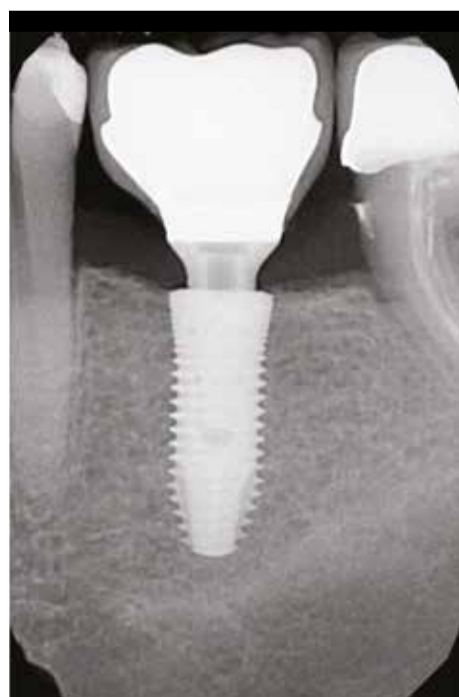
Para este paciente, con mono-edentulismo de los sectores posteriores, se elige realizar una rehabilitación con carga diferida. Cabe destacar la cicatrización de los tejidos blandos y las primeras fases de la prótesis después de 75 días de la colocación del implante

Al finalizarse la cicatrización y el perfecto sellado de los tejidos blandos, se toma la impresión para la realización de la prótesis definitiva. Se evidencia la colocación del pilar

La innovadora conexión DAT (Double Action Tight) es una conexión interna caracterizada por un doble principio cónico. El primer cono interior actúa de soporte y cierre para la prótesis junto a un hexágono interno, necesario tanto para inserir quirúrgicamente el implante, como para el reposicionamiento de la prótesis.

El segundo nivel consiste en una superficie cónica de interacción entre el pilar protésico y la cabeza del tornillo de fijación, que también es cónica. La especial morfología de la conexión DAT y del implante, junto a las características de los componentes protésicos, permite todas las ventajas del "platform switching" para el mantenimiento a largo plazo de los picos óseos.

Caso clínico realizado con implantes CSR-DAT



Conjunto de implante, pilar y tornillo de fijación DAT

Rehabilitación protésica final con completa restitución de la función masticatoria del paciente; cabe destacar la óptima perio-integración



# All-on-four® con Prama: descripción de la técnica y ventaja

**Dr. Guillermo Cabanes Gumbau**



*Doctor en Odontología. Universitat de València.  
Especialista Universitario en Implantoprotésis por la U.I.B.  
Miembro Diplomado de la Sociedad Española de Implantes.  
Profesor colaborador del Master de Cirugía oral e Implantología. Universitat de València.*

## Introducción

La técnica "All-on-Four o All-on-4®" desarrollada y publicada en el año 2003 por el dr. Paulo Maló constituye un método ya ampliamente probado y consolidado para la rehabilitación de maxilares edéntulos atróficos con carga inmediata, presentando tasas de éxito superiores al 95% en estudios longitudinales tras 5 y 10 años de función.

Su nombre procede de la aplicación de 4 implantes entre forámenes mentonianos para mandíbula y entre cavidades sinusales para el maxilar superior (aunque en la arcada superior suele recomendarse la utilización de 5-6 implantes).

La característica diferencial esencial de esta técnica consiste en que los 2 implantes distales, derecho e izquierdo, se insertan con una angulación de aproximadamente 30°, con sus ápices hacia mesial, de modo que la plataforma oclusal del implante quede lo más distalizada posible (sobre el foramen mentoniano o sobre el seno maxilar) permitiendo de este modo disminuir considerablemente las necesidades de regeneración ósea y el cantiléver de la prótesis, al aprovechar al máximo el hueso del proceso alveolar anterior, que habitualmente es el que presenta menos atrofia y más densidad, comparado con el hueso edéntulo existente en los sectores posteriores del maxilar y de la mandíbula. Adicionalmente, se trata de un procedimiento que no requiere de una técnica quirúrgica excesivamente compleja (siempre con una adecuada planificación pre-operatoria) y mediante la que podemos conseguir una rehabilitación fija implantosoportada con un menor número de implantes de lo habitual (y por tanto con una higiene más simplificada) y con una alta tasa de predictibilidad y éxito a medio y largo plazo.

## Objetivos

En este artículo se pretende mostrar, mediante un caso clínico, la aplicación del nuevo implante transmucoso PRAMA a este tipo de técnica implantoprotésica, pudiendo comprobar que el diseño específico de la amplia porción transgingival de este tipo de implante aporta una serie de ventajas respecto al resto de implantes convencionalmente utilizados en este procedimiento.

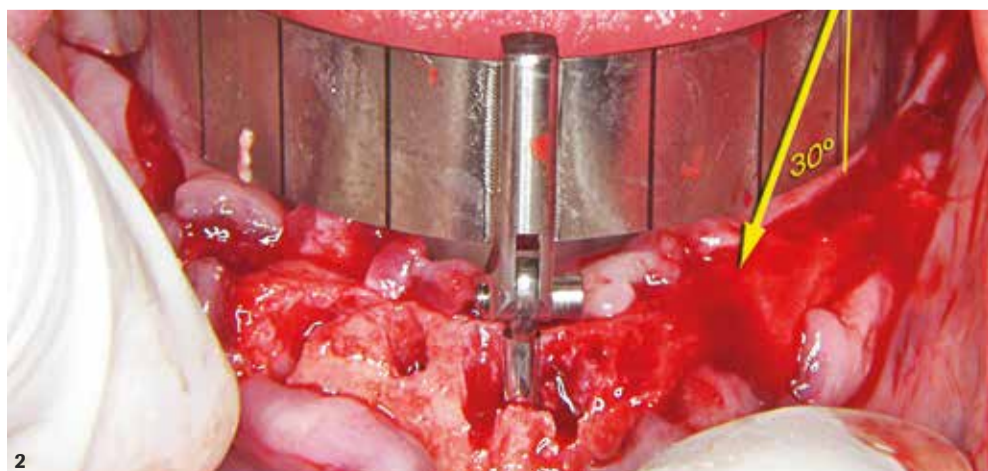
## Caso clínico y fases de tratamiento

Paciente mujer de 63 años, sin antecedentes médicos de relevancia, que presenta afectación periodontal avanzada de los dientes antero-inferiores y sectores posteriores edéntulos con importante atrofia crestral en anchura.

Tras efectuar una adecuada planificación pre-operatoria, se procede a exodonciar los 7 dientes anteriores, levantando a continuación un colgajo mucoperióstico de espesor total en el sector anterior (con descargas centrales y distales) que nos permita acceder adecuadamente a la zona de hueso intermentoniano, donde iniciamos el procedimiento específico de la técnica All-on-Four® mediante la regularización crestral, con instrumental rotatorio, tratando de eliminar los salientes óseos de los alveolos de extracción y nivelando la altura ósea para tratar de que los 4 implantes queden en el mismo plano oclusal (figura 1).



*Exodoncia de 7 dientes anteroinferiores, colgajo mucoperióstico de acceso y regularización de la cresta ósea mediante instrumental rotatorio*



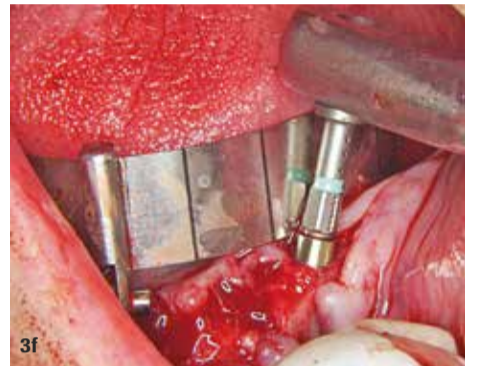
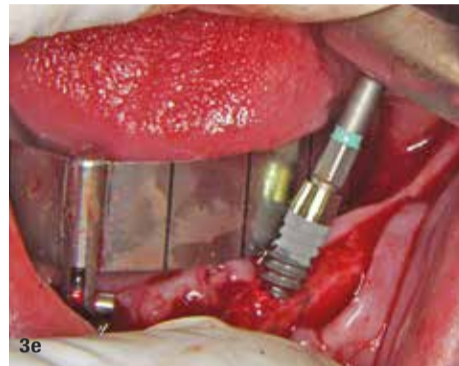
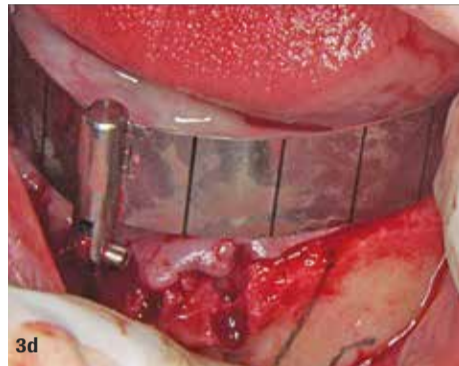
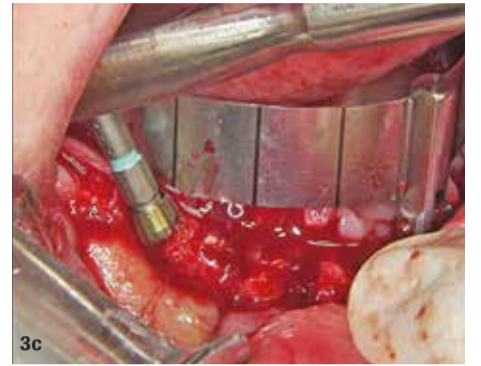
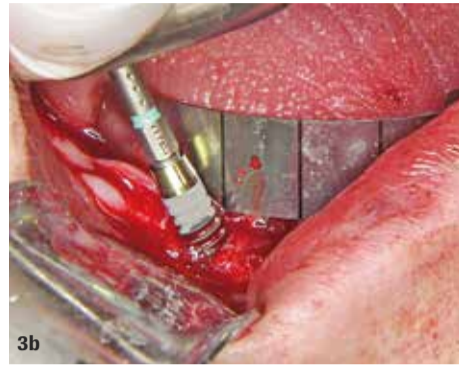
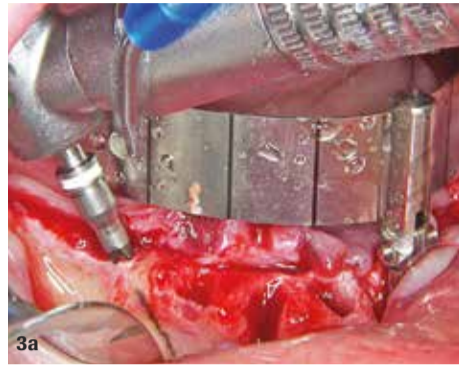
*La guía metálica de All-on-4® presenta marcas verticales para orientar el fresado a 30° y mantiene la lengua apartada del campo quirúrgico*

A continuación se realiza una perforación ósea central de 2 mm de diámetro, 10 mm de profundidad y eje coincidente con la línea media de la cara, cuya finalidad es la de poder insertar el vástago de la guía metálica (producida por Nobel Biocare) curva específica de All-on-4®, la cual presenta unas marcas verticales que nos permiten insertar los implantes distales con una angulación de aproximadamente 30°, a la vez que mantiene la lengua apartada del campo quirúrgico (figura 2).

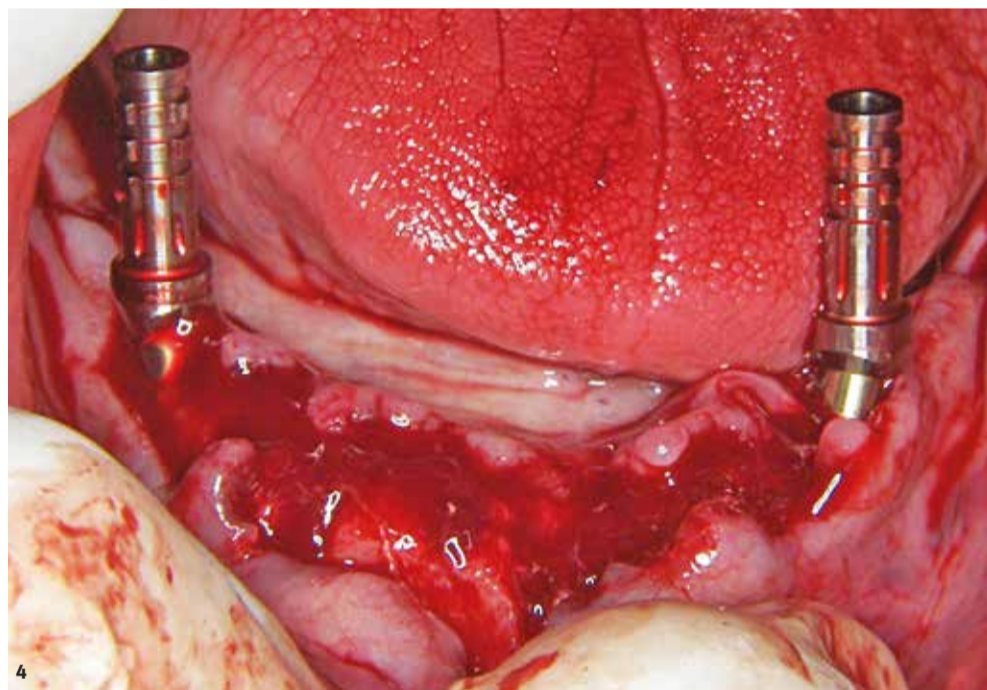


# 12

Con la citada guía en posición procedemos a dibujar sobre el hueso, con lápiz quirúrgico estéril, las zonas de emergencia del nervio mentoniano (para su adecuado control intra-operatorio), así como el eje quirúrgico de fresado a 30° que nos facilitará enormemente el control visual de la inclinación adecuada de las fresas quirúrgicas, de las terrajas y de la inserción de los dos implantes angulados distales PRAMA cilíndricos de 3,80 x 15,00 mm, con la precaución adicional de efectuar un infrafresado del lecho óseo (utilizando fresas cónicas) para lograr un torque de inserción mínimo de 35-45 Ncm y sumergir más el cuello dorado del implante por distal para no dejar espiras expuestas en mesial (figura 3).



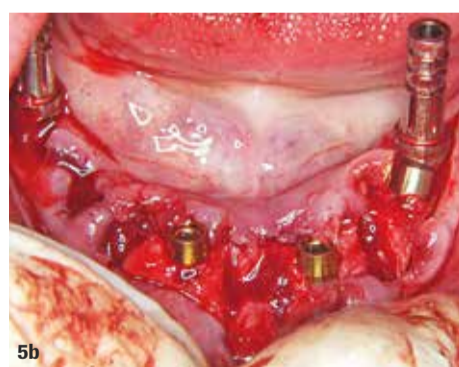
Siguiendo las marcas de la guía All-on-4 dibujamos sobre el hueso el eje de fresado y colocamos los dos implantes distales angulados a 30°. Nótese en las imágenes centrales la elevada mojabilidad de la superficie roscada del implante PRAMA que favorecerá la atracción y adhesión de las células osteogénicas sobre el titanio



Una vez insertados los 2 implantes angulados distales derecho e izquierdo, se atornilla sobre los mismos el pilar intermedio transmucoso (ref. A-PAD-AA330-303) para corrección de angulación en prótesis atornillada disparalela (pilar P.A.D. con torque de roscado de 20-25 Ncm).

A continuación, sobre estos pilares PA.D. se atornilla su correspondiente pilar de titanio sin base hexagonal (ref. PAD-CT, con torque de roscado de 20-25 N.cm). Estos dos aditamentos, atornillados sobre el implante PRAMA angulado, nos permiten corregir por completo su disparalelismo y minimizar el cantiléver distal de la futura prótesis de carga inmediata (figura 4).

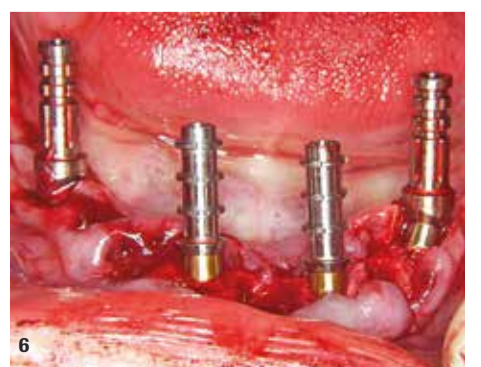
A continuación se preparan los lechos de los dos implantes mesiales tratando de mantener la equidistancia y paralelismo entre ellos y con los dos pilares PA.D. distales. Así pues, en esa posición se colocan otros dos implantes PRAMA cilíndricos de 3,80 x 13,00 mm también con torque de roscado mínimo de 35-45 Ncm mediante infrafresado con fresas cónicas (figura 5).



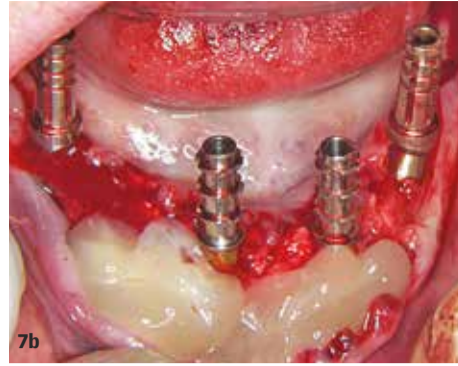
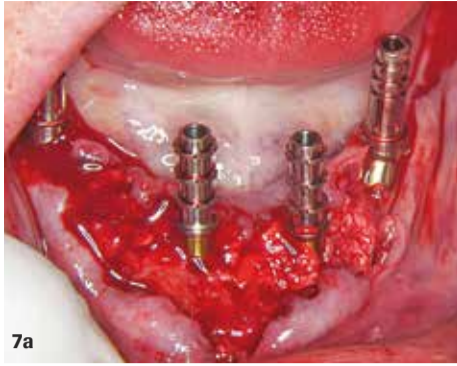
Se insertan los dos implantes mesiales, equidistantes y paralelos a los pilares PAD distales. Podemos apreciar cómo para el fresado del lecho de los implantes PRAMA cilíndricos se utilizan fresas cónicas, las cuales nos proporcionarán un infrafresado capaz de generar un alto torque de roscado durante la inserción del implante

Sobre estos dos implantes centrales se atornillan 2 pilares provisionales de titanio rectos sin base hexagonal (ref. A-MPSA-330), directamente atornillados sobre el implante, sin necesidad de interponer ningún pilar intermedio debido a la morfología de la amplia porción transgingival del implante PRAMA (figura 6).

Seguidamente se procede a rellenar los defectos crestales con las virutas óseas recogidas durante el fresado, con PRGF y se sutura el colgajo dejando los 4 pilares de titanio expuestos y realizando una ortopantomografía de control, con lo que queda finalizada la fase quirúrgica del procedimiento All-on-4® (figura 7,8).







7a  
7b  
*Relleno de los defectos crestaes con virutas óseas recogidas durante el fresado y aplicación de PRGF*

8  
*Ortopantomografía de control al finalizar la cirugía*

Ahora se inicia la fase protésica, aprovechando la altura oclusal de los citados 4 pilares de titanio para tomar una mordida mediante un rodete de cera blanda sobre los mismos y comprobando la adecuada dimensión vertical y posición mandibular en relación céntrica (figura 9).

En este momento se procede a la toma de impresión con silicona de dos consistencias, aplicada mediante una cubeta perforada, en la que sobresalen los 4 pilares de titanio que a la vez serán ferulizados, por fuera de la cubeta, con ligaduras metálicas de ortodoncia recubiertas de composite fluido fotopolimerizable. De este modo, obtenemos una impresión de arrastre de los pilares de titanio rígida y fiable, donde quedarán registradas las posiciones de los 4 implantes y la morfología de los tejidos blandos (figura 10).



9a  
9b  
*Mordida con rodete de cera blanda sobre los 4 pilares de titanio y comprobación de la adecuada dimensión vertical*

10  
*Utilización de una cubeta perforada para la toma de impresión*



11a  
11b  
11c  
*Toma de impresión con silicona de dos consistencias y ferulización externa de los pilares de titanio mediante ligaduras metálicas de ortodoncia recubiertas de composite fluido fotopolimerizable*



A continuación se colocan 4 pilares de cicatrización sobre los implantes PRAMA (figura 11) y se citará a la paciente a los dos días para la colocación de la nueva prótesis provisional atornillada.

La medicación recetada en este caso concreto empezó el día antes de la cirugía y consistió en Augmentine Plus cada 8h - 8 días, Ibuprofeno cada 8h - 5 días, Fortecortin una ampolla diaria bebida durante 4 días y enjuague de Clorhexidina al 0,12% cada 8h - 15 días.

En este momento se inicia inmediatamente la fase de confección de la prótesis, mediante el vaciado de la impresión, seguido de la conformación manual de la escayola del modelo de trabajo (raspado con bisturí de modelar) eliminando las irregularidades existentes en la cresta gingival debidas a la encía recién suturada, dejando de este modo una superficie de escayola lisa y homogénea que nos permitirá obtener una cara tisular mejor acabada y más higiénica en la resina de la prótesis que confeccionará el laboratorio (figura 12).

Tras dos días de la cirugía acude la paciente para la colocación de la nueva prótesis provisional. Como se puede apreciar en la figura 13, la evolución y el aspecto postoperatorio intra-oral y extra-oral han sido muy favorables.

Inicialmente comprobaremos que la prótesis no presenta cantilevers excesivos y que su cara tisular no contiene oquedades o espacios antihigiénicos "en silla de montar" (figura 14).



12a  
12b  
12c  
*La escayola del modelo, en la cresta gingival, se aplan suavemente mediante un bisturí de escayola para obtener una prótesis de resina con la cara tisular lisa y homogénea*



# 14



13 Situación intraoral de la paciente tras dos días de la cirugía



14a



14b

La prótesis provisional de carga inmediata no debe presentar cantilevers excesivos ni cara tisular en "silla de montar"

A continuación se procede a retirar los pilares de cicatrización y a atornillar la prótesis. Este procedimiento resultará más sencillo al utilizar los implantes PRAMA, que presentan su amplia porción transgingival poco sumergida en la encía, facilitando de este modo las maniobras clínicas. Terminaremos el procedimiento comprobando, mediante una ortopantomografía, la existencia de un adecuado ajuste pasivo de la prótesis sobre los implantes, así como una correcta oclusión y estética (figuras 15).



15a



15b

15a 15b Prótesis de carga inmediata colocada tras dos días de la cirugía



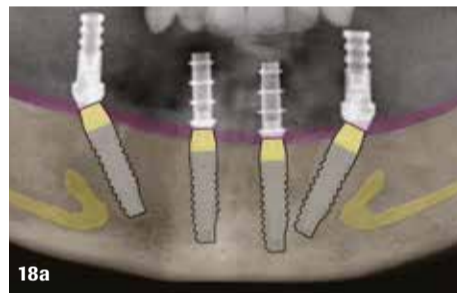
16

16 Ortopantomografía para la comprobación del ajuste pasivo de la prótesis atornillada. Se aprecia la emergencia y tipo de pilares de titanio incluidos en la prótesis

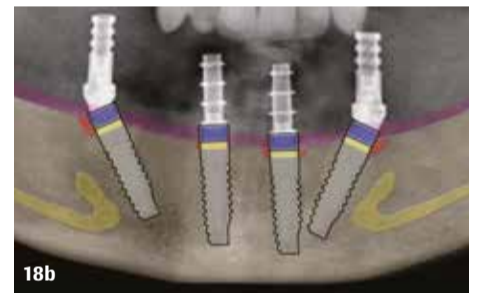


17

17 La retracción gingival fisiológica observada no será ningún problema utilizando implantes PRAMA, ya que con la prótesis definitiva, nos podremos adaptar con terminación tipo BOPT sobre la porción hiperbólica expuesta de la cabeza del implante



18a



18b

18a 18b En el implante PRAMA (imagen superior), el gap implante-pilar queda supraóseo. En el implante de cuello pulido estándar (imagen inferior), el gap queda intraóseo provocando la pérdida de hueso crestal en forma de crátering, más acusado en los implantes angulados

Transcurridas 2 semanas retiramos las suturas y protocolizamos una pauta de revisiones mensuales (figura 17) hasta transcurridos 5-6 meses en cuyo momento iniciaremos la confección de la prótesis definitiva. En todo este periodo no es necesario desatornillar la prótesis provisional.

## Discusión y conclusiones

Hemos visto de forma detallada como la técnica All-on-4® de rehabilitación implantológica mediante prótesis atornillada de carga inmediata, constituye sin duda un método fiable y asequible para lograr los objetivos de inmediatez, simplicidad, seguridad, economía y comodidad en prótesis fija implantosoportada.

Pero además, hemos podido comprobar cómo el hecho de utilizar implantes PRAMA en este tipo de tratamiento parece añadir una serie de ventajas adicionales al mismo, derivadas de la morfología que el propio implante presenta en su amplia porción transgingival maquinada y que a continuación detallamos: con el implante PRAMA se elimina la necesidad (existente en el resto de los implantes) de efectuar un avellanado agresivo, de la cresta ósea del implante angulado, para poder sumergir en el hueso su tabla oclusal por distal de modo que no queden espiras mesiales expuestas. Al evitar esta necesidad se conserva hueso y, sobre todo, se previene la aparición de los defectos óseos tipo "crátering" derivados de la ubicación del gap de unión implante-transepitelial a nivel infra-óseo (figura 18); no existe necesidad de utilizar pilar intermedio transmucoso en los dos implantes rectos mesiales, sobre los cuales atornillamos directamente el pilar provisional de titanio. De este modo el trabajo clínico intraoral resulta más cómodo y disminuimos el número de tornillos y aditamentos utilizados. Además, el diseño del pilar provisional de titanio elegido con emergencia anatómica (ref. A-MPSA-330) facilita la adaptación suave e higiénica de la resina de la prótesis en su cara tisular próxima al implante (figuras 14 y 15); la exposición frecuente del cuello pulido del implante, debido a la retracción gingival fisiológica existente durante el proceso de remodelación tisular postoperatoria, no será un problema para la prótesis definitiva, ya que la parte coronal cónica del PRAMA no presenta ningún hombro o chamfer limitante y podremos ajustar libremente la terminación de la prótesis con técnica B.O.P.T. sobre cualquier nivel de su porción hiperbólica coronal (figura 17).

Así pues, según lo visto y descrito hasta el momento, el implante PRAMA parece aportar una serie de interesantes ventajas al ser aplicado en la técnica de All-on-4®, no obstante, también es necesario recordar que la evolución de los casos y de los estudios a medio y largo plazo serán los que realmente determinen la confirmación o no de estas afirmaciones.





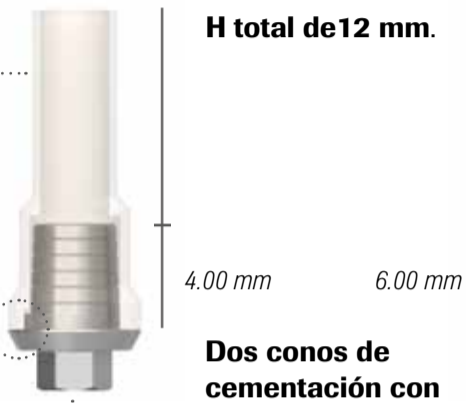
# Cánulas calcinables para T-Connect: wax up simple y seguro

Si antes el wax-up para el escaneado se efectuaba sobre pilares totalmente calcinables, ahora es posible tener una guía precisa respecto a los volúmenes mínimos impuestos por parte de las T-Connect, utilizables para las sistemáticas **Premium, Kohno, Shelta, CSR-DAT, Outlink<sup>2</sup> y Syra.**

Garantizan la **mayor pasividad posible** del las componentes protésicas respecto a los implantes

**Alojamiento del índice de reposicionamiento** del cuerpo de la T-Connect

Aprovechan de las tolerancias micrométricas de la T-Connect para una **conexión prótesis-implante muy precisa**



H total de 12 mm.

4.00 mm 6.00 mm

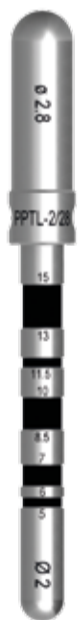
**Dos conos de cementación con medidas distintas:** uno de 4.00 mm y otro de 6.00 mm

Totalmente calcinables, por eso pueden ser **utilizadas para fusiones que cementar en las T-Connect**

Disponibles en la **versión reposicionable** (rehabilitaciones unitarias) y también en la **versión rotante** (rehabilitaciones múltiples)

# Postes de paralelismo con marcas de profundidad

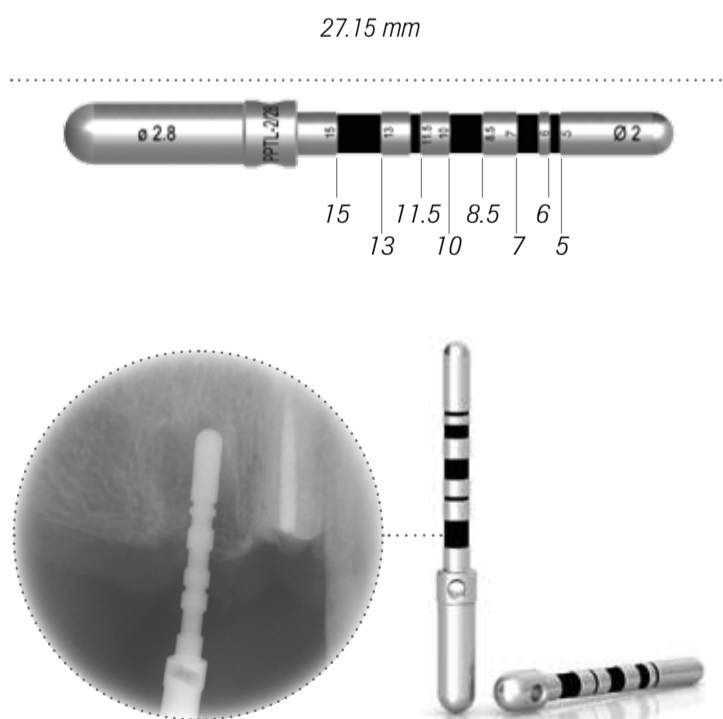
Los dos nuevos postes, dotados con marcas que permiten una precisión y un control mayor en la primera fase de cirugía, presentan un lado con  $\varnothing$  2.00 mm para ser utilizados después del pasaje de la fresa piloto, y un lado con  $\varnothing$  2.80 mm, para comprobar la preparación con la fresa intermedia. Además tienen un práctico agujero que permite insertar un hilo de seguridad anticaída.



Poste de paralelismo versión "large"



Poste de paralelismo versión "small"



Radiografía por cortesía del dr. M. Csonka, Catania

Están disponibles en dos longitudes: la versión "large" de 27.15 mm y la versión "small" de 20.55 mm, que presenta el lado con  $\varnothing$  2.80 mm notablemente acortado para garantizar una mejor condición de trabajo en los pacientes con reducida apertura oral, o bien en sectores distales.

Las marcas están grabadas con el láser en el lado con  $\varnothing$  2.00 mm, para que sean visibles durante la fase de la cirugía, tienen también diámetro reducido para visibilidad en las radiografías intra-operatorias. Resultan un válido medio de control de la entera fase preparatoria durante su ejecución.

Novedades del mercado

15

## Nueva prótesis XA para implantes Shelta

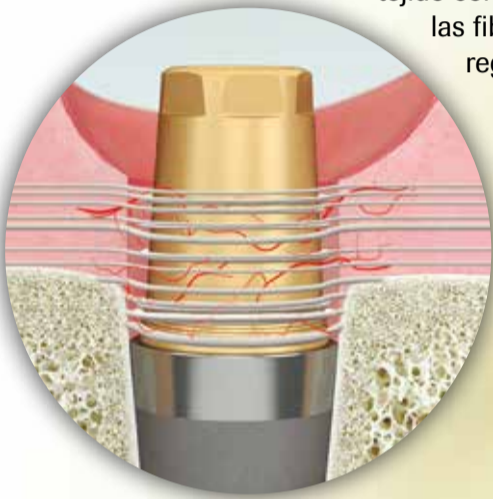
Desarrollada junto a los doctores **Xavier Vela** y **Xavier Rodríguez** del centro **BORG** (Barcelona Osseointegration Research Group), la nueva línea protésica XA nace del importante concepto biológico que relaciona unos **tejidos blandos saludables** con un **tejido duro estable** a lo largo del tiempo.

Los pilares realizados a partir de este concepto presentan **micro-surcos en la base que potencian la velocidad de crecimiento de los fibroblastos y la producción de fibras de colágeno consiguiendo una mejor preservación ósea y promoviendo la regeneración ósea gracias a la conicidad del pilar.**



### Platform Switching

Posibilidad de realizar este protocolo protésico junto a los implantes Shelta, quedándose el hueso aún más lejos de la plataforma de conexión, que, ocupada por el tejido conectivo, estabiliza las fibras y optimiza la regeneración ósea.

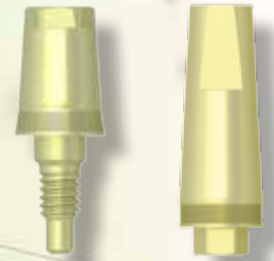


### Micro-surcos

Presentes en la base del pilar, guían las fibras y estimulan la producción de colágeno. La conicidad de este trazo promueve la migración de los tejidos.

### Dos versiones...

Los pilares están disponibles en dos versiones, que permiten realizar prótesis atornilladas (pilar con atornillado directo) y con técnica cementada (pilar con tornillo de fijación), incluso con protocolo One-Abutment-One-Time.



### ... para muchas soluciones

Las dos versiones no presentan línea de terminación, según los principios de la técnica B.O.P.T.



### Prótesis atornillada

Este pilar no presenta línea de terminación, su único diámetro está disponible en distintas alturas, y actúa un Platform Switching protésico con el implante Shelta. Con este pilar es posible utilizar las cofias Conoweld para la realización de una prótesis conométrica.

### Prótesis cementada

Los pilares para prótesis cementada están disponibles en tres distintos diámetros, además cada uno tiene su análogo y transfer para la fase de toma de impresión.

**“Tú tienes el poder de guiar los tejidos”**

Dr. Xavier Vela Nebot, Dr. Xavier Rodríguez Ciurana  
Centro BORG (Barcelona Osteointegration Research Group)



Consulte la bibliografía sobre el principio XA





# La evolución clínica y científica que ha guiado el proyecto XA

Dr. Xavier Vela Nebot, dr. Xavier Rodríguez Ciurana

## Apreciados doctores Vela y Rodríguez ¿podrían explicarnos la evolución clínica y científica que les ha llevado hasta este punto?

La principal preocupación del clínico consiste en minimizar la inexorable reabsorción ósea y migración apical de los tejidos blandos que comporta múltiples problemas no tan solo estéticos sino incluso de supervivencia de la rehabilitación a medio y largo plazo debido a la perimplantitis. Hablamos de un cambio de paradigma por que mediante el uso de los pilares XA y un adecuado protocolo de rehabilitación se consigue no solo evitar la migración apical sino incluso promover la migración coronal de hueso y tejidos blandos a lo largo del tiempo. Esto supone no sólo mejoras estéticas sino también protección frente a la perimplantitis.

Creemos que la mejor manera de mostrar la evolución del concepto es a través de un esquema de las distintas fases de nuestro trabajo durante los últimos años. La forma y el protocolo de la rehabilitación han sido los aspectos analizados para conseguir el objetivo final de estabilización de los tejidos.

1. Implante sin Platform Switching (PS), perfil anatómico (divergente) imitando la forma del diente y protocolo múltiples desconexiones. En esta situación los tejidos presentaban una tendencia a la migración apical. Las inevitables recesiones gingivales generaban un riesgo no solo estético sino también de perimplantitis.
2. Implante con PS, perfil anatómico (divergente) y múltiples desconexiones. La introducción del concepto de PS nos permitió reducir la reabsorción ósea perimplantaria mejorando la estabilidad de los tejidos. Este concepto nos permitió conocer la relación entre la forma de los pilares y la estabilización de los tejidos mediante las fibras circulares del tejido conectivo.
3. Implante con PS, perfil recto y múltiples desconexiones. El uso de pilares rectos nos permitió aumentar el grosor de los tejidos y mejorar los resultados de manera predecible.
4. Implante con PS, perfil cónico (convergente) Pilar XA y cero desconexiones. La introducción de los pilares XA para prótesis roscada y cementada nos permitió finalmente no sólo estabilizar los tejidos sino también promover su migración coronal con el tiempo.

La conicidad de estos pilares consigue promover la migración coronal de los tejidos a corto y largo plazo.

La ausencia de margen (marginless) permite evitar las dis-reconexiones de los pilares asociadas al protocolo clásico de rehabilitación y desencadenante de la desestabilización tisular.

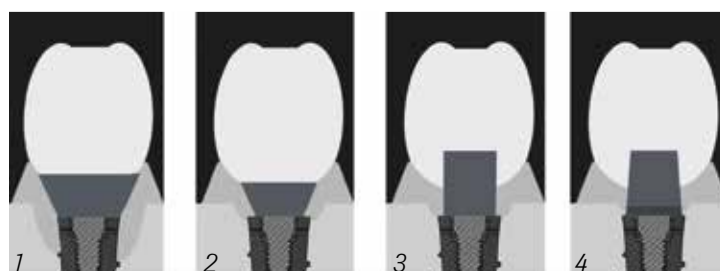
La presencia de micro-espigas en la base promueve la alineación del fibroblasto acelerando y aumentando la producción de colágeno (Contact Guidance) factor crucial en el sellado biológico.

La extrema simplicidad aparente responde a múltiples criterios biológicos buscando la mejor respuesta posible de los tejidos. Su uso es simple y facilita la labor del clínico y del técnico de laboratorio. Un aspecto que nos ha preocupado es conseguir unos pilares compatibles con diferentes protocolos de trabajo (prótesis atornillada o prótesis cementada); aplicable en todas las situaciones clínicas (sector anterior, sector posterior, carga inmediata o diferida).

Por primera vez los pilares suponen una guía para el tejido conectivo y periostio que a su vez promueve el crecimiento óseo. Por todo ello creemos que estamos ante un cambio de paradigma.

¿Locura?

*Locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener diferentes resultados.* A. Einstein



# 18

## Rehabilitación estética con pilar XA

**Dr. Xavier Vela Nebot, dr. Xavier Rodríguez Ciurana, Sr. Javier Pérez López**



*Dr. Xavier Vela Nebot*

*Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1989 Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona en 1992 Práctica privada en Barcelona con dedicación exclusiva a implantología y prótesis desde 1992 en Clínica Vela.*

*Como co-fundador y miembro del BORG desde 2005 ha participado en numerosos artículos y ponencias de ámbito internacional sobre estética y rehabilitaciones orales multidisciplinares, así como también en estudios colaborando con universidades de Barcelona, Madrid, Kyoto, Turín, New York y Murcia.*



*Dr. Xavier Rodríguez Ciurana*

*Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 1992. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial unidad docente de Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 2000.*

*Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) en 2005 Práctica privada en CambraClínic & Associats, Barcelona- Madrid, desde 2007. Profesor Asociado de la Universidad Europea de Madrid (UEM) desde 2010. Departamento de Investigación en la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) desde 2011. Secretario de la Sociedad Catalano- Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial (SCBCOM) desde 2010. Como co-fundador y miembro del BORG desde 2005 ha participado en numerosos artículos y ponencias de ámbito internacional sobre estética y rehabilitaciones orales multidisciplinares, así como también en estudios colaborando con universidades de Barcelona, Madrid, Kyoto, Turín, New York y Murcia.*



*Sr. Javier Pérez López*

*Título de Técnico Especialista en Prótesis Dental. Escuela Santa Apolonia. Santiago de Compostela Director del Laboratorio Técnica Dental Studio VP SL. Especializado en prótesis sobre implantes y estética. Colegiado 219 del Colegio Profesional de Protésicos de Galicia.*

*Colaborador del Master de Periodoncia e implantes Facultad de Odontología, Universidad de Santiago de Compostela. Internacional ORAL DESIGN CENTER Galicia.*

*Miembro de DENTAL EXCELLENCE LABORATORY GROUP.*

*FELLOW ITI. Internacional Team for Implantology.*

*Participante en varios proyectos de investigación relacionados con la implantología y cerámica.*

*Autor de artículos en el campo de la implantología y la estética.*

Sustitución de incisivo 1.1 con un implante Shelta y pilar XA para prótesis atornillada y rehabilitación del incisivo 2.1 con prótesis sobre diente natural según técnica B.O.P.T.



*Vista frontal: cabe destacar la recesión gingival de ambos incisivos*



*Caso inicial: vista radiográfica y clínica oclusal. El incisivo 1.1 presentaba un fallo de la reendodoncia que desaconsejaba nuevos tratamientos. El incisivo 2.1 presentaba caries interproximales*



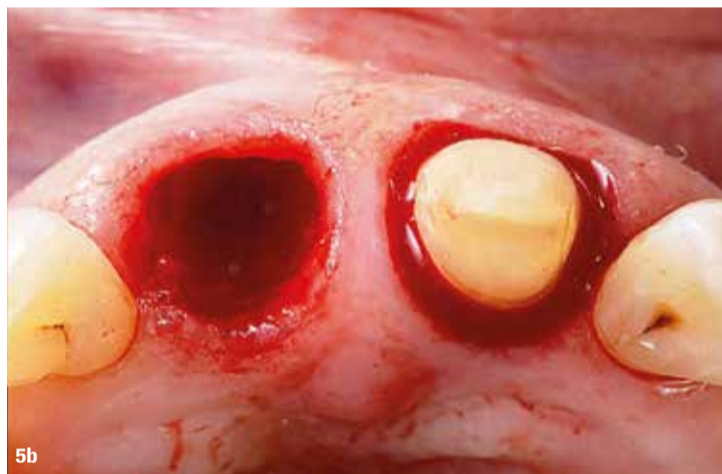




Preparación del pilar sobre diente natural 2.1



Eliminación del margen del pilar natural, con tallado cónico hasta nivel óseo crestal, según la técnica B.O.P.T.



Extracción del incisivo 1.1



Colocación de un implante Shelta de diámetro 4.25 mm en posición subcrestal y aprovechando de la pared palatal del alveolo para conseguir una emergencia favorable para realizar la prótesis roscada



Colocación del pilar XA para prótesis atornillada: la porción caracterizada por microsurcos se queda a nivel subcrestal



# 20



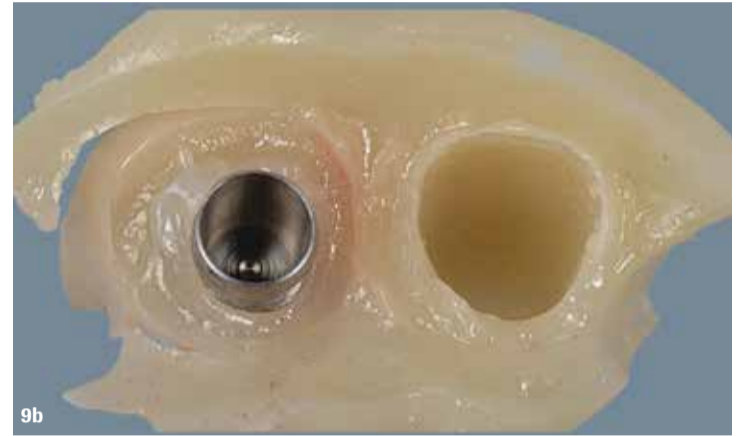
8a  
*Posicionamiento de la cofia Conoweld para prótesis conométrica*



8b



9a  
*Realización de un puente en resina que engloba la cofia Conoweld y lee el perfil de los surcos y margen gingival*



9b



10a  
*Finalización de los perfiles del puente provisional (vista vestibular y palatal)*



10b

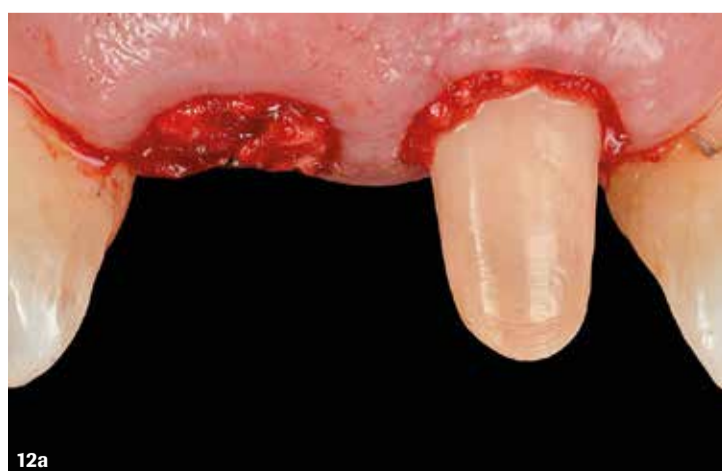


11a  
*Finalización de los perfiles vestibular y palatal del puente provisional (vista mesial y distal)*



11b

Caso clínico realizado con implante SHELTA y pilar XA



12a  
*Posicionamiento de material de injerto en los tejidos blandos y de una esponja de colágeno para preservar la dimensión horizontal*



12b





Doble fijación del puente provisional con gel de clorhexidina sobre el pilar natural y con la cofia CONOWELD sobre el pilar XA



Follow up a los 4 meses: el proceso de estabilización gingival está favorecido por los perfiles cónicos de ambas rehabilitaciones. La formación de la papila ya ha empezado, ocupando progresivamente el espacio entre las dos coronas



Detalle de la cicatrización de los tejidos donde se puede apreciar que favorece un flujo de recambio celular unidireccional hacia coronal. Este fenómeno es el resultado de cambiar la forma de la rehabilitación y expulsará el exceso de partículas del material de injerto fuera de los tejidos blandos gradualmente



Toma de impresión sobre el pilar XA con su propio transfer que evita la desconexión del pilar y favorece la estabilización de los tejidos duros y blandos



Reproducción de la situación clínica en el modelo de escayola con encía removible

# 22



18a



18b



18c



18d

Rehabilitación definitiva en metal-cerámica para atornillar sobre el pilar XA



19a



19b

Comparación entre la cofia sobre diente natural y la rehabilitación atornillada sobre el pilar XA



20a



20b



20c



20d

Follow up a los 6 meses: los tejidos blandos, de aspecto saludable, continúan su crecimiento en dirección coronal y ocupan progresivamente el espacio interproximal destinado a la papila. Los márgenes gingivales presentan la misma tendencia a estabilizarse coronalmente evitando la temida recesión gingival



# Elevación del seno maxilar y el uso de Outlink<sup>2</sup>, KeraOs y Bone two (parte I)

**Dr. Jorge Ripollés de Ramón, Sr. Víctor Serrano Sánchez**



*Dr. Jorge Ripollés de Ramón  
Licenciado en Odontología UCM-USC 2001.  
Máster y especialista universitario en Cirugía bucal Periodoncia e Implantes.  
Doctor en Odontología UCM "cum laude".  
Publicaciones en revistas nacionales e internacionales dos de ellas premiadas.  
Más de 100 conferencias impartidas.  
Profesor colaborador del Postgrado de Cirugía bucal e Implantes de UC.  
Colaborador I+D de empresas del sector dental.  
Titular por oposición del SNS.*

*Sr. Víctor Serrano Sánchez  
Estudiante de Odontología 5º curso UCM.  
Colaborador del departamento de Medicina de la facultad de  
Medicina UCM.  
Publicaciones en revistas nacionales  
Premio a la mejor comunicación científica XI Jornadas  
Complutenses, X congreso nacional de investigación para  
alumnos pre graduados en CC. de la salud y XV congreso de  
ciencias veterinarias y biomédicas.*



La rehabilitación del sector posterior maxilar con implantes osteointegrados, en ocasiones, presenta dificultades debido a una disponibilidad ósea vertical insuficiente. La disponibilidad ósea en este área se ve disminuida por múltiples causas, tales como la pérdida prematura de los dientes, enfermedad periodontal, reabsorción ósea iatrogénica, patología tumoral y todo ello asociado a ser la zona con mayor prevalencia de hueso tipo IV según la clasificación de Leckholm y Zarb, dificultando la rehabilitación implanto protésica.

La elevación del suelo del seno maxilar es un procedimiento quirúrgico predecible, cuyo objetivo principal es aumentar la disponibilidad ósea vertical de esta región a fin de poder realizar una rehabilitación protésica implantosoportada.

El propósito de este caso es describir la secuencia clínica de un caso con atrofia maxilar posterior, donde se realizó la elevación del seno maxilar con técnica abierta usando como material de relleno el plasma rico en factores de crecimiento asociado a  $\beta$ -fosfato tricálcico KeraOs de partícula 0.25-1 mm y la colocación de una membrana de pericardio equino.



El KeraOs ha demostrado ser un material muy eficaz como material de regeneración tisular en base a sus características de estructura, porosidad y granulometría de partícula que le confieren un buen soporte osteoconductor y osteoinductor de las células osteogénicas a fin de favorecer la neoformación ósea. Asimismo este biomaterial permite disminuir la morbilidad al paciente de forma significativa.

Paciente de 65 años que acude a la consulta con una ausencia dental en posición 16 con el propósito de reponérsela mediante un implante dental. Podemos observar en las imágenes radiológicas (Ortopantomografía y TAC) la reabsorción ósea existente, así como delimitar las estructuras anatómicas sinusales residuales.

Tras valorar la situación clínica del paciente, la relación intermaxilar con montaje de modelos en articulador y encerado diagnóstico, decidimos realizar al paciente una técnica de elevación del seno maxilar mediante un abordaje lateral (acceso tipo Caldwell-Luc). En este caso se decidió la colocación inmediata del implante Outlink<sup>2</sup> de Sweden & Martina debido a la estabilidad primaria obtenida con la inserción del implante (30 Nm), aún con una altura de hueso residual de 3-4 mm. Toda la técnica fue realizada con anestesia locoregional y cobertura profiláctica de amoxicilina ácido clavulánico 875/125 mg.



# 24

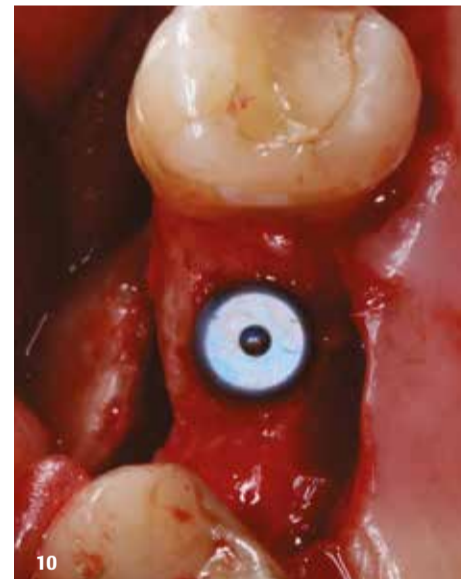


Se realiza un colgajo a espesor total mediante una incisión crestal levemente palatinizada que permita delimitar correctamente la pared lateral del seno maxilar. Realizamos una única descarga a nivel distal alejada 1cm de la osteotomía y evitamos cualquier tipo de descarga mesial realizando en este caso una incisión intrasulcular a la altura de las piezas 14-15.

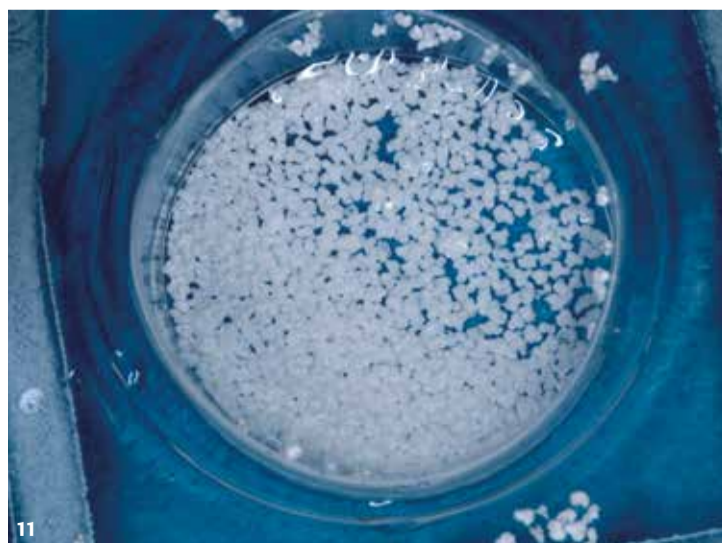
Realizamos una ventana quirúrgica. Una vez delimitada la estructura en muchas ocasiones se insinúa la membrana sinusal, realizamos entonces una osteoplastia con diseño curvo que se adapta al contorno del seno y además protege más a la membrana evitando aristas.



Despegamos de la membrana sinusal mediante despegadores romos y cortos inicialmente con distintas angulaciones y acabamos con otros más largos y rectos a fin de disecar la membrana de la pared posterior. Una vez liberada la membrana de todas sus paredes (pues las paredes óseas son las vías más importantes de aporte de sangre y células osteogénicas) conseguiremos la dimensión vertical necesaria para los implantes que vamos a colocar. En este caso un implante Outlink<sup>2</sup> de Sweden & Martina de 4,1 x 10 mm. En este caso no nos encontramos con tabiques / septos óseos intrasinales ni arterias intraóseas.



Tratamos de colocar el implante dental en esta misma fase, existiendo un hueso residual límite de 3-4 mm del altura, sólo en el caso de conseguir una estabilidad primaria adecuada superior a 25 Nm. En este caso conseguimos 30 Nm y decidimos dejar insertado el implante injertando correctamente el área.



La inserción del KeraOs se realizó hidratándolo con suero a fin de facilitar su manejo; rellenamos los compartimentos anterior y posterior inicialmente hasta completar el relleno sin compactación excesiva a fin de dejar espacios para el coágulo sanguíneo.





Una vez colocado el KeraOs y el implante Outlink<sup>2</sup> utilizamos una membrana barrera para proteger el acceso al seno a nivel de la antrostomía realizada. En este caso utilizamos una membrana reabsorbible de pericardio equino (BoneTwo) con el objetivo de evitar la infiltración de células de tejido conectivo no osteogénicas en la zona del injerto, favorecer la estabilización del injerto y la protección del tejido mucoperióstico.



Caso clínico realizado con KeraOS e implante OUTLINK<sup>2</sup>

Evaluada la no tensión del cierre del colgajo por primera intención, procedemos a suturar con mono-filamento no reabsorbible (Polimid) incorporando los puntos de sutura a nivel palatino salvo los distales a fin de evitar problemas mucogingivales en la zona vestibular.

En la imagen radiológica (ortopantomografía) 15 días posterior a la intervención se observa un incremento significativo (radiopacidad) del suelo del seno maxilar con la colocación del implante Outlink<sup>2</sup>.



Imágenes clínicas de la situación del paciente postoperatoria 15 días después de la intervención





Clinical Implant  
Dentistry  
and Related Research



Lea el  
abstract  
original

## Immediate implant placement in sockets with asymptomatic apical periodontitis

**Crespi R., Capparè P., Crespi G., Lo Giudice G., Gastaldi G., Gherlone E.**

*Clinical Implant Dentistry and Related Research; April 2016 [Epub Ahead of print]*

El objetivo del estudio era descubrir si la presencia de tejido de granulación en un alvéolo afectado por periodontitis apical asintomática, pudiera comprometer el posicionamiento de un implante inmediato. El protocolo tradicional prevé que antes del implante, se proceda con la eliminación de la parte inflamatoria. La investigación ha sido desarrollada sobre 60 pacientes, divididos en dos grupos. A los pacientes del primer grupo ha sido eliminado el tejido de granulación antes de la inserción del implante. Al segundo grupo no se ha operado ningún procedimiento, dejando los tejidos inflamados en el alvéolo. En ambos grupos los implantes (Outlink<sup>2</sup>, Sweden & Martina) han sido introducidos inmediatamente tras la extracción del diente y cargados después de 3 meses. Al seguimiento del primer año se ha constatado una buena osteointegración, ausencia de radio transparencia alrededor del implante, ninguna supuración de la mucosa y ningún dolor por parte de los pacientes, tanto donde el granuloma había sido eliminado, como donde se había dejado que el tejido de granulación siguiera con el proceso de curación espontánea. La conclusión de los autores es que los tejidos reactivos quedados en los alvéolos pueden favorecer la proliferación fibrovascular, de fibroblastos y células estaminales útiles, normalmente implicados en el proceso de reparación y por eso a soporte también del reajuste que normalmente se desarrolla después de la inserción de los implantes. Por consiguiente el posicionamiento de un implante inmediato en un alvéolo con periodontitis apical asintomática no parece complicar la correcta integración de los tejidos, garantizando una buena estabilidad primaria, análogamente al caso en que el alvéolo sea curado preventivamente. Sin embargo se tienen que aclarar y profundizar las informaciones y las implicaciones histológicas para entender el proceso biológico.

## Immediate loading of bimaxillary total fixed prostheses supported by 5 flapless-placed implants with machined surfaces: a 6-month follow-up prospective single cohort study

**Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Collivazione D., Esposito M.**

*Eur J Oral Implantol 2016; 9(1):67-74*

El doctor Gioacchino Cannizzaro (Pavia) ha guiado un interesante estudio clínico prospectivo de corte con seguimiento a los 6 meses sobre 25 pacientes edéntulos. A estos pacientes se han insertados 5 implantes para rehabilitar al mismo tiempo maxila y mandíbula, con protocolo sin colgajo y torque de inserción mínimo de 80 Ncm. Los pacientes elegidos han sido divididos en grupos por la clase esquelética a la que pertenecían y por el nivel de tabaquismo. Todos los pacientes han sido preparados para la intervención con profilaxis antibiótica. Han sido utilizados implantes en titanio con morfología cónica y conexión con hexágono externo (Syra, Sweden & Martina) y prótesis con estructura soldada y atornillada directamente a los implantes. La investigación ha demostrado que 5 implantes (2 en mandíbula y 3 en maxila) pueden soportar dos rehabilitaciones protésicas de la arcada completa. Por lo general el número mínimo de implantes a soporte estable de una prótesis total era de 4 en mandíbula y de 4 a 6 en maxila. Los resultados de esta investigación han sido muy satisfactorios, en línea con las investigaciones pasadas que han demostrado que utilizar un número inferior de implantes es suficiente para alcanzar el resultado deseado. Los autores reconocen que el límite del estudio es el seguimiento breve (de sólo unos 6 meses) y que siendo prospectivo y no un ensayo clínico controlado randomizado, no es posible comparar sus resultados a otros de trabajos distintos o con distintos procedimientos.



Lea el  
abstract  
original



Lea el  
abstract  
original

## Immediate loading of two (fixed-on-2) versus three (fixed-on-3) implants placed flapless supporting cross-arch fixed prostheses: one-year results from a randomized controlled trial

**Cannizzaro G., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M.,**

*Eur J Oral Implantol 2016; 9(2):143-153*

Este interesante estudio tuvo como objetivo el análisis comparado de rehabilitaciones atornilladas con carga inmediata sobre dos implantes (Fixed-on-2) o tres (Fixed-on-3), mediante ensayo clínico aleatorizado controlado (RCT) con seguimiento a un año. La muestra final estaba compuesta por 40 pacientes con edentulismo total, que habían ocurrido a la clínica durante 5 meses (octubre 2014 – febrero 2015). Las rehabilitaciones se efectuaron utilizando implantes Prama RF con técnica flapless y, según la colocación casual del paciente en los dos grupos, los clínicos insertaron 3 implantes (grupo FO3) o 2 implantes (grupo FO2). Los dos grupos siguieron las mismas fases para la rehabilitación. A 1 año de la carga de la prótesis, se evaluaron la estabilidad de los implantes, las complicaciones y la reabsorción ósea. Los resultados no mostraron significativas diferencias entre los dos grupos (FO2 vs FO3), así que se podría concluir que la rehabilitación con carga inmediata puede ser soportada con éxito por dos o tres implantes. A pesar de esto, los autores reconocen que el seguimiento de sólo 1 año y el contenido número de pacientes sean límites al estudio y que sólo con los sucesivos controles se tendrán más informaciones (sobre la comparación de los dos protocolos y sus resultados a largo plazo).





## SEPA

Valencia, 12-14 de mayo 2016



## Curso de rehabilitación con implantes del sector anterior y posterior

Viladecans - Barcelona, febrero-abril 2016



## Expodental

Madrid, 10-12 de marzo 2016





# Uno de estos días utilizo el implante Prama

Dr. Costantino Vignato



Licenciado en 1990 en Medicina y Cirugía en la universidad de Padua, ha conseguido la especialización en odontología en Padua en 2001. Propietario del estudio dental Dentisti Vignato. Especialización en el sector de la prótesis, sigue con activo interés el mundo de la implantología. Ha asistido a diversos cursos anuales con tema la prótesis. Relator en numerosos congresos internacionales como especialista en las rehabilitaciones con pacientes edéntulos. Ha investigado sobre el uso del láser en odontología con el Prof. Levy en Laser Endotechnik, San Clemente, CA.

Cuántas veces me ha ocurrido decir o escuchar esta frase: “lo haré un día de estos” retrasando a quién sabe cuándo, la decisión de hacer realidad algo que queremos hacer.

El hombre, por su naturaleza, es perezoso. No me refiero a esos perezosos que están sentados todo el día en una silla esperando que ocurra algo, sino iperezoso mentalmente!

Muchas personas cada día repiten los mismos gestos y toman las decisiones cotidianas utilizando esquemas siempre iguales. Lo ha demostrado muy bien el premio Nobel de economía Daniel Kahneman<sup>1</sup> describiendo el funcionamiento del cerebro según las modalidades rápida o lenta.

El **cerebro rápido** es, en ciertos aspectos, superficial: interviene al realizar la elección de manera instintiva decidiendo, por ejemplo, qué comer, a quién saludar o por qué carretera ir a un determinado sitio. Este sistema, aparentemente práctico e inocuo, en realidad condiciona, sin saberlo nosotros, valoraciones y decisiones mucho más importantes, como la de juzgar un trabajo, la simpatía de una persona o el valor de un producto. Se basa substancialmente en lo que definimos como “prejuicios” o sea, una serie de juicios que formamos ‘a priori’ en base a nuestros recuerdos, emociones, experiencias o al entorno cultural que frecuentamos: un hombre con el cabello largo será seguro algún rufián, o un implante de cabeza cónica seguro que será difícil de utilizar.

El **cerebro lento** es, por así decirlo, más profundo: realiza innumerables cálculos antes de tomar una decisión. Es un sistema que interviene siempre que debemos reunir muchos datos (como un cálculo aritmético), extraer conclusiones (como

este artículo) o elaborar una estrategia. ¡Esta modalidad de pensamiento es fundamental! Pero también es muy costosa, porque implica un mayor consumo de energía, de tiempo y, sobre todo, de concentración.

Dado que ahorrar energía forma parte del funcionamiento normal del ser humano, está demostrado que gran parte de las decisiones se basan en los ‘atajos’ del **cerebro rápido**, el cual, por término medio, nos garantiza siempre el mismo resultado.

Desafortunadamente debo subrayar que sí eso quiere decir siempre el mismo resultado pero también los mismos errores, porque como hemos visto, el sistema rápido funciona utilizando un conjunto de pre-juicios que no siempre son correctos, sino fruto quizá de aproximaciones y valoraciones superficiales. Por lo tanto en este sentido, el hombre se puede definir mentalmente como perezoso y por esta razón, con demasiada frecuencia se repite a sí mismo: la haré uno de estos días posponiendo a algún momento impreciso del futuro, el esfuerzo de cambiar de opinión sobre un producto, una persona o un proceso de producción.

Tomar nuevas decisiones saliendo de la rutina de cada día es arduo, lo definiría como un gesto de superhéroe.

Convertirse en superhéroe no es fácil, pero quien lo consigue adquiere superpoderes que lo colocan un paso por delante del mundo que le rodea.

Utilizar el implante PRAMA es esto, a fin de cuentas: tomar una decisión distinta de la rutina habitual y convertirse en un superhéroe, dando un salto cultural y tecnológico que deja atrás el prejuicio de que los implantes para funcionar deban tener siempre las mismas formas o conexiones.

Con el implante PRAMA comienza un nuevo proceso de innovación y de creatividad en odontología.

Obviamente, sólo si queremos ser superhéroes.

En nuestro caso, el mío y el de mi hermano Giuseppe, la entrada en el mercado del implante PRAMA ha sido como una bocanada de oxígeno, que ha puesto en marcha posibilidades quirúrgicas, protésicas y sociales que esperábamos desde hace tiempo.

Así pues muchas gracias a Sweden & Martina!

1. *Pensamientos rápidos y pensamientos lentos*, 2012

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 08  
junio / octubre 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  
Valentina Fantin  
vfantin@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



Han colaborado en este número:

Lorraine Bettin  
Silvia Bozza  
Guillermo Cabanes Gumbau  
Susana Costa  
Silvia Cuccarolo  
Valentina Fantin  
Enrico F. Gherlone  
Antonio Ligabue  
Marina Mirandola Minuzzi  
Gianfranco Parente  
Javier Pérez López  
Jorge Ripollés de Ramón  
Xavier Rodríguez Ciurana  
Víctor Serrano Sánchez  
Xavier Vela Nebot  
Costantino Vignato  
Raffaele Vinci  
Glorianna Zangiacomì  
Eleonora Zuppa

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**