



Entrevista al Dr. Alberto Albaladejo, Profesor titular de Ortodoncia de la Universidad de Salamanca y Presidente del IV Simposio Internacional de Ortodoncia

Por DT Spain



¿Cómo se presenta esta nueva edición del Simposio Internacional de Ortodoncia?

Viene con un incremento considerable de inscripciones. De las 780 del año pasado se pasa a las 1400 de esta edición convirtiéndose en el evento de Ortodoncia que más asistentes congregará en un mismo lugar y día en la historia de nuestro país. Llevamos todo un año trabajando con esmero y de manera personalizada cada uno de los detalles que harán de este evento un SIMPOSIO ÚNICO.

¿Qué novedades tienen respecto a anteriores ediciones?

Este año además de contar con los mejores ponentes nacionales se aumenta el número de conferenciantes internacionales trayendo a varias de las figuras más renombradas en el área de la Ortodoncia como son el Taiwanés Chris Chang, el Italiano Raffaele Spena, el canadiense Manuel Lagravere, el Brasileño Reginaldo Trevisi o el Portugués Armando Dias da Silva. También trae como novedad el lugar de celebración. Se pasa del Palacio de Congresos de Salamanca al cine más grande del mundo que se encuentra en Madrid. Como cada año además de contar con un inmejorable programa científico tenemos un elaborado e imaginativo programa social que aprovechando la nueva sede girará en torno al cine, creando una simbiosis entre la Ortodoncia y el séptimo arte. Todo ello atraerá a personas de diferentes países creando un evento que tendrá una asistencia y repercusión sin parangón.

¿A qué se debe el éxito del Simposio que en tan poco tiempo se ha convertido en referente internacional y en el evento de Ortodon-

cia con más capacidad de congregación en nuestro país?

Existía una necesidad de poder aprender de los mejores ponentes de nuestra área a precios asequibles. La buena formación junto a un elaborado programa social no debe valer tanto. Yo trabajo, superviso y mimo cada uno de los detalles de este Simposio durante todo el año, y lo hago uno tras otro con todo mi cariño e ilusión. Esto le confiere una personalidad especial que lo hace atractivo y cercano. Además, los ortodontistas querían ver y escuchar nuevas fórmulas. En la Ortodoncia, al igual que en cualquier campo de la vida, hay que dar pasos y andar hacia delante, porque no se quieren tener siempre los mismos estereotipos, y en este sentido el Simposio está abierto a cualquier tipo de mentalidad y vanguardia en la Ortodoncia, ya sea en el campo docente, clínico o investigador.

¿Qué expectativas tienen para esta nueva edición?

Esperamos que el impresionante aumento de número de asistentes así como de entidades colaboradoras que acudan puedan aprender y disfrutar de esta nueva manera de hacer congreso en la que se cuida minuciosamente el programa científico, pero al mismo tiempo intentamos que los inscritos aprovechen para empaparse de arte y diversión. Los Ortodontistas contamos con muy poco tiempo libre, y hay que aprovechar estos fines de semana de formación ortodóntica para poder empaparse también de ocio y cultura.

¿Podría hablarnos sobre el programa científico del simposio?

El Simposio trata cada año un único tema visto desde diferentes pers-

pectivas. En esta edición se hablará sobre el enmascaramiento dentoalveolar versus cirugía ortognática, es decir, se debatirá el tratamiento de las diferentes maloclusiones en el plano sagital, transversal y vertical realizados o bien con compensación dentoalveolar o bien llevados a cabo con cirugía. Para ello se contará tanto con Ortodontistas como con Cirujanos que irán desgranando las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas desde diferentes ópticas.

¿A qué se debe que el apartado dedicado a trabajos de investigación donde se otorgan diferentes premios haya tenido tan buena respuesta?

Cada año recibimos más trabajos de investigación procedentes de casi todas las Universidades de España. Yo creo que la gran acogida se debe a que los premios se otorgan anualmente de una manera transparente, objetiva y juzgadas por personas de reconocido prestigio investigador de nuestro país. Es importante que quién valore estos trabajos tenga un reconocido bagaje investigador vinculado a la Universidad con artí-

culos en reconocidas revistas con índice de impacto internacional y participación en proyectos de prestigio.

¿Cuentan con algún programa paralelo para higienistas y auxiliares?

Así es, un año más se ha programado un Curso para higienistas y auxiliares que cuenta con los mejores ponentes nacionales. La mayoría de ellos son prestigiosos profesores de nuestras Universidades o reconocidos ponentes. Sin duda este gremio se merece tener un protagonismo en nuestro Simposio ya que son una parte muy importante de nuestras clínicas y nuestra rutina laboral.

Este año organiza la ya tradicional cena de profesores de Ortodoncia que cumple su tercer año.

Efectivamente, ya vamos por la tercera edición y cada vez son más los profesores de Ortodoncia que aprovechan el Simposio para poder asistir a una cena que intenta crear lazos entre las diferentes Universidades para resaltar las sinergias que se pueden crear entre ellas. El año pasado fuimos más de 80 profesores y éste esperamos poder superar ese número.

¿Quisiera añadir algún otro comentario?

Sólo decir que cualquier persona que le interese o ame la Ortodoncia es bienvenido en este evento donde Ortodoncia, arte, cine y diversión se dan la mano para ofrecer un Simposio único. ¡Os espero en Madrid!



DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

Director Editorial
Francisco Soriano López
francisco@atlantiseditorial.com

Director Comercial
Jorge Luis Cacuango
jorge@atlantiseditorial.com

Director Científico
Dr. Juan José Soler Cocco
soleri.clinicavndelpilar@gmail.com

ISSN: 2586-3692
Depósito legal: M-59040-2007

Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

Editado por:
Atlantis Editorial Science & Technology SLL
C/ Alpujarras, 4 Local 1
28915 Leganés (Madrid)
Telf. (+34) 912 282 284
www.atlantiseditorial.com

DENTAL TRIBUNE
Spanish Edition

Edición que se distribuye a todos los odontólogos de España, latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en USA.

Dental Tribune Study Club

El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscribirse gratuitamente en www.dtsclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International

Licensing by Dental Tribune International
Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+44 161 223 1830

Clinical Editors Magda Wojtkiewicz
Nathalie Schüller
Yvonne Bachmann
Editor Monique Mehler
Editor & Social Media Manager

Managing Editor & Head of DTI Communication Services Marc Chalupsky
Copy Editors Sabrina Raaff

Publisher/President/CEO Ann-Katrin Paulick
Chief Financial Officer Torsten R. Oemus
Chief Technology Officer Dan Wunderlich
Business Development Serban Veres
Project Manager Online Claudia Salwiczek
Jr Project Man. Online Tom Carvalho
E-Learning Manager Hannes Kuschick
Education Director Lars Hoffmann
Tribune CME Christiane Ferret

Event Services/Project Manager Tribune CME & CROXTURE Sarah Schubert
Marketing Services Nadine Dehmelt
Sales Services Nicole Andrä
Team Assistant Event & Marketing Julia Maciejek
Accounting Services Anja Maywald

Karen Hamatschek
Manuela Hunger

Media Sales Managers
Antje Kahnt (International)
Barbora Solarova (Eastern Europe)
Hélène Carpentier (Western Europe)
Matthias Diessner (Key Accounts)
Melissa Brown (International)
Peter Witteczek (Asia Pacific)

Weridiana Mageswki (Latin America)
Executive Producer Gernot Meyer
Advertising Disposition Marius Mezger

Dental Tribune International GmbH

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 502 | Fax: +49 341 4 84 74 173

www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, NY, NY 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2018 Dental Tribune International.
All rights reserved.

Manejo de secuelas del tratamiento quirúrgico de la periimplantitis mediante prótesis B.O.P.T.

Por Dr. Guillermo Cabanes Gumbau y Dr. Ignazio Loi

RESUMEN

En este artículo se describe, de forma detallada, un protocolo completo para el tratamiento integral, quirúrgico y prostodóncico, de la periimplantitis. Consiste en una fase quirúrgica inicial donde se realiza la cirugía periimplantaria, mediante acceso con colgajo de espesor total, ostectomía, implantoplastia y descontaminación del área implantaria afectada con gel de peróxido de hidrógeno al 6%.

Esta terapia quirúrgica inicial se complementa con la posterior fase prostodóncica, tras la curación y maduración de los tejidos duros y blandos, mediante la confección de una corona cementada con diseño B.O.P.T., la cual cubre el pilar y también la porción coronal del implante que ha quedado expuesta debido a la retracción post-quirúrgica de los tejidos.

De este modo, con este tipo de prótesis se logra, de una forma relativamente simple y predecible, la recuperación de la estética del área intervenida, con un adecuado comportamiento biológico y biomecánico de la restauración.

INTRODUCCION

Después de medio siglo del nacimiento de la terapéutica implantológica en Odontología de la mano de Branemark y Albrektsson de una forma reglada y predecible, son numerosos los tratamientos realizados mediante esta disciplina los que confirman esta opción terapéutica como esencial en la rehabilitación oral.

No obstante, también es cierto que como consecuencia de esta gran cantidad de tratamientos implantológicos realizados a lo largo de muchos años, los odontólogos nos encontramos ya obligatoriamente inmersos en el estudio y análisis de los problemas y/o complicaciones que

esta terapéutica, como cualquier otra, genera a medio y largo plazo.

Se ha podido comprobar a lo largo de todo este tiempo, cómo la osteointegración puede ser, en ocasiones, progresivamente “degradada” como consecuencia de una afectación inflamatoria inicial de los tejidos blandos, en forma de mucositis periimplantaria, que puede cronificarse y progresar, con mayor frecuencia de la deseada, en dirección apical, afectando al hueso de soporte y transformándose en la llamada periimplantitis, la cual se encuentra presente en las complicaciones implantológicas con una prevalencia entre el 7% y el 12% según estudios (1,2).

La etiología multifactorial relacionada con la periimplantitis y con sus factores de riesgo (bacterias periodontopatógenas, factores biomecánicos, prostodóncicos, tabaco, oclusión, higiene oral...) condiciona el hecho de la complejidad en su tratamiento y de la falta de protocolos terapéuticos consensuados y altamente eficaces (3).

No obstante, sí que podemos afirmar que existe unanimidad respecto al objetivo principal de la terapia, consistente en detener la progresión de la pérdida ósea periimplantaria mediante la eliminación de los tejidos afectados y también de los depósitos bacterianos de la superficie del implante, lo que en la mayoría de casos deberá efectuarse mediante acceso quirúrgico directo para poder realizar una limpieza mecánica exhaustiva, seguida de una detoxificación de la superficie de titanio afectada, pudiendo o no tratar posteriormente de regenerar el área ósea destruida.

Adicionalmente, es importante recordar que, como consecuencia del procedimiento quirúrgico realizado, una vez tratada con éxito la periimplantitis, en la mayor parte de los casos aparecerá una inevitable retracción de los tejidos periimplantarios, con la consiguiente exposición



Dr. Guillermo Cabanes Gumbau

Doctor en Odontología. Universitat de València.

Especialista Universitario en Implantología Oral. U.I.B.

Profesor colaborador del Master de Cirugía Oral e Implantología. Universitat de València.

Practica privada en Vila-real (Castellón).



Dr. Ignazio Loi

Licenciado en Medicina y Cirugía y especializado en Odontostomatología y Prótesis Dental en la Universidad de Cagliari.

Socio de la «Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica».

Práctica privada en Cagliari.

de la porción coronal del cuerpo del implante, de forma que la prótesis pre-existente no será reutilizable o quedará altamente comprometida a nivel estético.

EL MUNDO EN SUS MANOS

Las noticias más relevantes de España y del mundo.
Reciba Dental Tribune Spain en su consultorio sólo por el coste de su envío por correo.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper - Spain and Latin American Editions

¡SUSCRÍBASE YA! VISITE WWW.DENTAL-TRIBUNE.COM

dti

Además, es evidente que en estos casos, el simple hecho de sustituir la antigua prótesis por una nueva prótesis implantosoportada de modo convencional, no solucionará el problema estético y funcional derivado de la citada recesión de tejidos y exposición del implante al medio oral.

Así pues, para tratar de solucionar estas frecuentes secuelas derivadas del tratamiento quirúrgico de la periimplantitis, sin necesidad de complicar ni de encarecer el tratamiento con nuevas terapias quirúrgicas mucogingivales, tendremos, en la mayor parte de los casos, la opción de adaptar la filosofía de la prótesis B.O.P.T. a estos implantes tratados, pudiendo obtener de este modo una solución, estética y funcional, más simplificada y probablemente más reproducible, predecible y duradera en comparación con otras alternativas terapéuticas.

El concepto B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique) desarrollado por el Dr. Ignacio Loi a lo largo de su dilatada experiencia clínica y publicado en el año 2008 constituye, ya sin duda, una probada realidad en el modelado y conservación de los tejidos blandos peridentarios (4-6).

Más recientemente se ha empezado a trasladar esta filosofía al mundo implantológico, mediante la confección de pilares implantoprotéticos sin línea de terminación.

Los dos principios esenciales de la técnica B.O.P.T. se basan, de modo muy resumido, en la ausencia de línea de terminación en el pilar y en el hecho demostrado de que la encía tiene la capacidad de posicionarse y adaptarse sobre las formas protésicas, tanto en prótesis sobre dientes como sobre implantes.

El hecho de trabajar con pilares troncocónicos sin hombro, ayuda a conseguir un ajuste más sencillo y controlado entre la prótesis y el implante. Esta característica, unida a la confección de la morfología emergente de la corona con un "sobrecortado y festoneado gingival fisiológico", favorecerá que las fibras colágenas del ancho biológico periimplantario se mantengan estables y gruesas, incrementando la magnitud de la barrera gingival de sellado periimplantario responsable de mantener en el tiempo la protección de los tejidos óseos de soporte (7,8).

OBJETIVOS

En este artículo se pretende mostrar un procedimiento para el tratamiento integral, quirúrgico y prostodóncico de la periimplantitis, de un modo relativamente simple y predecible, mediante la aplicación inicial de un procedimiento quirúrgico de limpieza e implantoplastia y haciendo hincapié en el procedimiento prostodóncico, realizado posteriormen-

te, mediante la confección de una corona B.O.P.T. cementada que, de forma sencilla, mejorará la situación estética (cobertura de la recesión), biológica (respuesta de tejidos mucosos) y biomecánica (ferulización pilar-implante) del implante tratado.

MATERIAL Y METODO

A continuación vamos a ilustrar detalladamente este procedimiento quirúrgico-prostodóncico para el tratamiento integral de la periimplantitis mediante la presentación de dos casos clínicos.

CASO 1: TRATAMIENTO DE PERIIMPLANTITIS EN PRIMER PREMOLAR SUPERIOR IZQUIERDO

Paciente varón, de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta periimplantitis en el implante 2.4 (portador de corona cementada), con escasa sintomatología clínica, pérdida ósea horizontal radiográfica de aproximadamente el 50% de la longitud total del implante y bolsas periimplantarias de 7-8 mm con secreción sero-purulenta (Figura 1).

Las fases de la terapia quirúrgico – prostodóncica son las siguientes de forma esquemática:

1. Medicación: Amoxicilina - Clavulánico 875/125mg (cada 8 horas durante 7 días), empezando 1 día antes de la cirugía. Colutorio de Clorhexidina 0,12% (3 veces al día durante 4 semanas).
2. Descementado de la corona y cirugía de acceso con elevación de colgajo a espesor total y desbridamiento mecánico del tejido de granulación periimplantario mediante instrumental quirúrgico y rotatorio (Figuras 1-2).
3. Osteotomía de regularización del hueso periimplantario para conformar una arquitectura adecuada y homogénea en los tejidos duros sobre los que se adaptará la mucosa sin creación de nuevas bolsas periimplantarias. Con pieza de mano y fresa de bola de tungsteno con irrigación fisiológica estéril (Figura 3 izda.).
4. Implantoplastia con turbina y fresas de diamante de grano grueso (aro verde) y fino (aro rojo), seguida de limpieza rotatoria de las espiras residuales de la superficie del implante, y de los restos de tejido de granulación de difícil acceso, con cepillo giratorio de púas de titanio montado en contraángulo con irrigación estéril (freseros PERI-SET y BOPT DRILLS de Sweden-Martina®) (Figuras 3-4).
5. Descontaminación de la superficie de titanio mediante apli-

cación de gel de peróxido de hidrógeno al 6% (gel de uso en blanqueamiento dental) sobre la superficie del implante (Figura 5 izda.). La aplicación mediante jeringa con punta de plástico fina, unido a su alta viscosidad, facilitan enormemente la ubicación localizada del producto. Mantenemos el gel durante 1,5-2 minutos y a continuación irrigamos profusamen-

te con suero fisiológico estéril para eliminar el peróxido en su totalidad. (9)

6. Cobertura de la superficie implantaria tratada con una membrana de A-PRF (Fibrina Rica en Plaquetas y Leucocitos) para tratar de mejorar y estimular la curación y regeneración del área tratada quirúrgicamente (Figura 5 dcha.). (10-12)



Figura 1. CASO 1. Periimplantitis en 2.4. Objetivable por pérdida ósea radiográfica y bolsa periimplantaria de 8 mm.



Figura 2. Tras descementar la corona y levantar un colgajo a espesor total, se aprecia el defecto óseo periimplantario ocupado por tejido de granulación abundante.

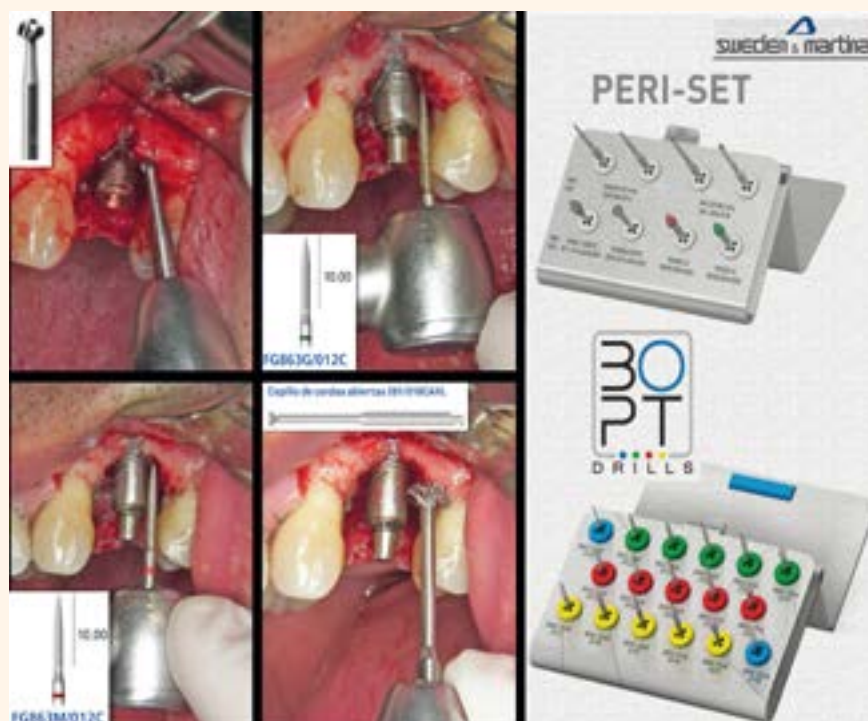


Figura 3. Secuencia de fresas (Sweden-Martina®) utilizadas para la osteotomía, desbridamiento e implantoplastia (freseros PERI-SET y BOPT diseñados por los Dres. Corrente, Abundo y Loi respectivamente).

Figura 4. La fresa de cepillo con púas de titanio es útil para la limpieza de la superficie del implante y también para la remoción del tejido de granulación en zonas de difícil acceso para el instrumental manual. A pesar de que se utiliza con irrigación, tras su uso es recomendable volver a lavar profusamente la zona para eliminar todos los residuos que se han desprendido del titanio así como posibles filamentos metálicos liberados de la punta del cepillo rotatorio.

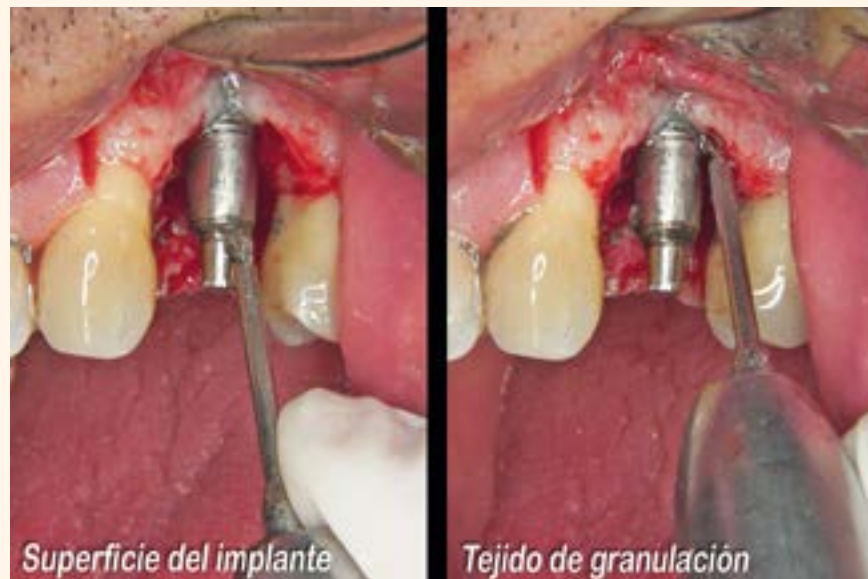


Figura 5. Tras la limpieza mecánica, se realiza la descontaminación de la zona intervenida con gel de peróxido de hidrógeno al 6% durante 1,5-2 minutos. Una vez eliminado el gel de peróxido mediante irrigación abundante con suero fisiológico estéril, se recubre el área tratada con una membrana de A-PRF antes de suturar.

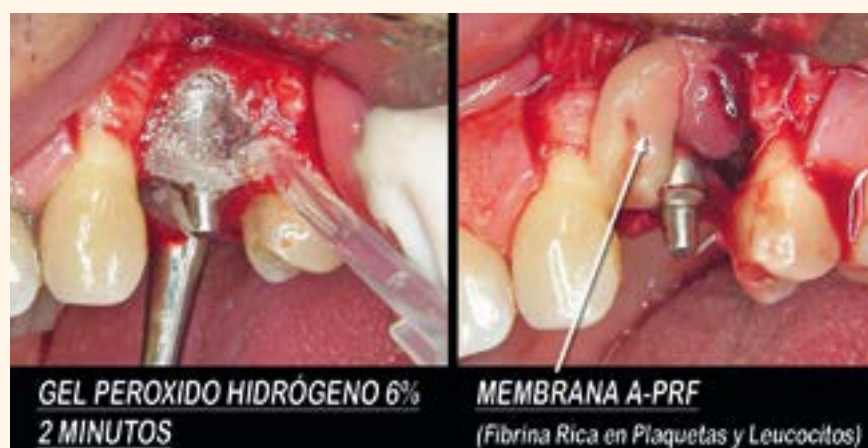


Figura 6. La sutura cruzada sobre el implante estabiliza los tejidos adecuadamente a su alrededor. Mediante la implantoplastia limpiamos la porción de implante contaminado y también le conferimos una morfología convergente hacia coronal para poder adaptar sobre él una corona tipo B.O.P.T. tras la curación.



Figura 7. Tras 2 meses tomamos la impresión mediante hilo de retracción y silicona. Sobre el modelo de escayola se conforma la emergencia adecuada para la corona B.O.P.T. que vamos a confeccionar.

7. Sutura del colgajo con reposición ligeramente apical del tejido. La sutura cruzada alrededor del cuerpo del implante estabilizará el colgajo adecuadamente. Dejamos expuesto el pilar y la porción coronal del implante, que ha sido tallada mediante implantoplastia generando una emergencia convergente, troncocónica y sin línea de terminación, de forma que nos permitirá confeccionar una corona tipo B.O.P.T. tras la curación y maduración de los tejidos periimplantarios (Figura 6).
8. Retirada de suturas tras 2 semanas, seguida de controles clínico-radiográficos periódicos.
9. Transcurridos 2 meses, con los tejidos blandos ya recuperados y bien adaptados al implante procedemos a la toma de impresiones mediante silicona e hilo de retracción de forma similar a la técnica empleada en una prótesis dentosoportada convencional (Figura 7).
10. Sobre el modelo de escayola conformamos (mediante desgaste manual de la misma) una morfología de emergencia coronaria adecuada y confeccionamos directamente una corona ceramometálica definitiva (sin necesidad de utilizar corona provisional) bien adaptada a esa emergencia tipo BOPT creada sobre el modelo y que presentará un sobrecontorneado fisiológico, sin línea de terminación y con una compresión gingival adecuada para favorecer un correcto sellado mucoso pericoronario (Figuras 7-8). (13-14)

Mediante las características anteriormente descritas, la corona tipo B.O.P.T. cementada nos permitirá obtener, de forma sencilla una cobertura estética de la porción expuesta del implante y un aumento del espacio biológico horizontal con la consiguiente mejora progresiva en la calidad y espesor de los tejidos mucosos de sellado periimplantario (Figura 9).

CASO 2: TRATAMIENTO DE PERIIMPLANTITIS EN PRIMER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO

Paciente varón, de 40 años, sin antecedentes médicos de interés, que presenta periimplantitis en el implante 3.6 (portador de corona cementada), con escasa sintomatología clínica, pérdida ósea horizontal radiográfica “en cazoleta” de aproximadamente el 40% de la longitud total del implante y bolsas periimplantarias de 7-8 mm con secreción sero-purulenta (Figura 10).

La secuencia del tratamiento quirúrgico – prostodóncico es similar al caso anteriormente descrito.



Figura 8. Se cementa la corona B.O.P.T. que recubre la porción de pilar+implante expuesto tras la cirugía. Se puede colocar hilo de retracción para prevenir la posible entrada de cemento en el surco periimplantario que podría ser difícil de eliminar.



Figura 9. Mediante este protocolo de tratamiento quirúrgico – protodóncico se logra un adecuado resultado estético, funcional y de salud gingival periimplantaria.

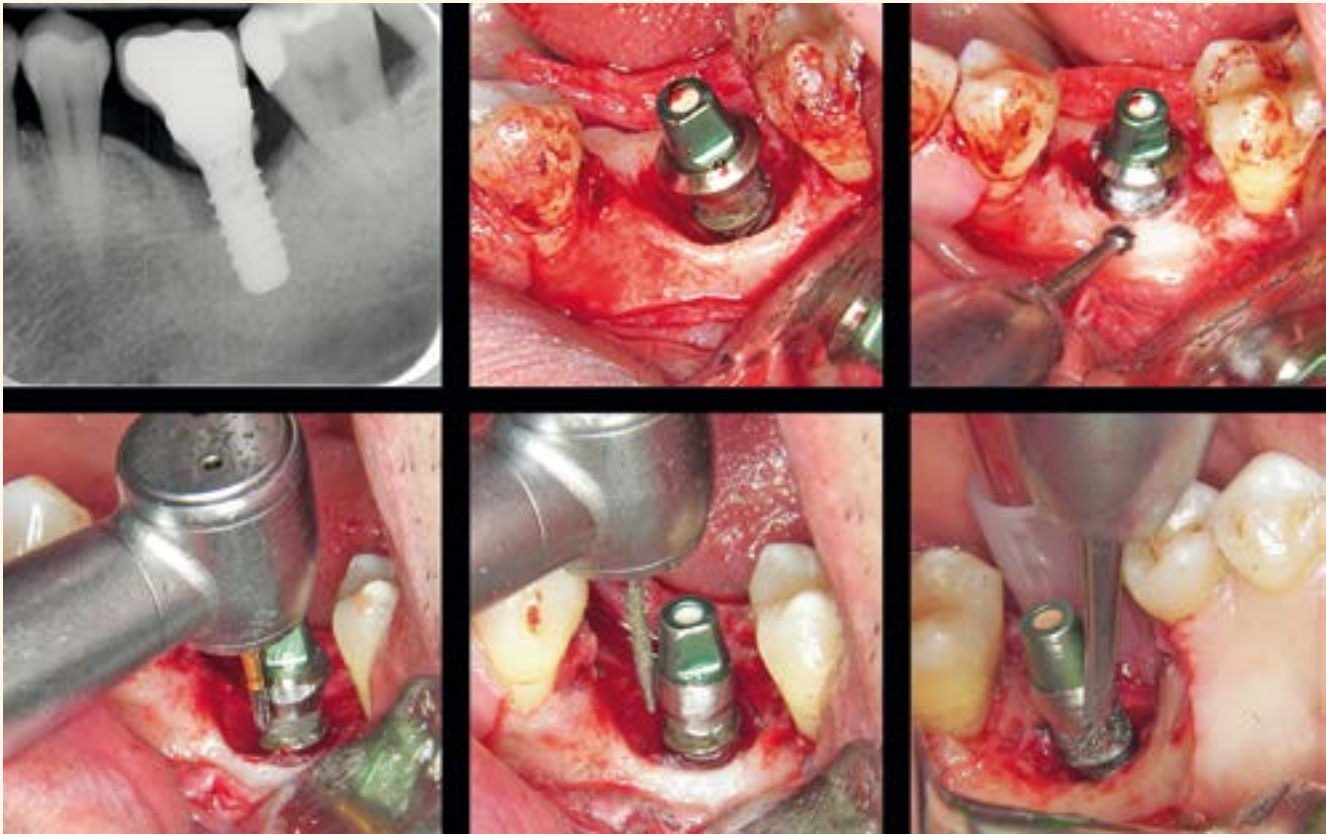


Figura 10. CASO 2. Periimplantitis en 3.6. Tras levantar el colgajo se aprecia un defecto óseo circunferencial que se tratará con cirugía resectiva, utilizando la secuencia de fresas expuesta anteriormente.

En la Figura 10, tras levantar el colgajo muco-periosteico, se aprecia el defecto óseo periimplantario con abundante contaminación en el tercio medio y coronal de la fijación.

En este caso, a pesar de tratarse de un defecto óseo circunferencial periimplantario, capaz de contener un biomaterial, optamos por tratarlo únicamente mediante terapia resectiva, para poder comprobar el potencial reparador que nos proporciona la opción terapéutica que aquí presentamos.

Después de realizar la ostectomía inicial con fresa de bola para regularizar la cresta ósea, se aprecia en la imagen cómo al tratarse de un implante con amplia plataforma divergente, en este caso, iniciaremos la implantoplastia con una fresa de



Figura 11. Implantoplastia, descontaminación del implante con gel de peróxido de hidrógeno al 6% y sutura.

tungsteno para corte de metal con el objetivo de eliminar toda la plataforma oclusal ensanchada del implante.

A continuación utilizaremos alternadamente fresas de diamante y cepillos de púas de titanio, seguidos de descontaminación de la superficie mediante gel de peróxido de hidrógeno al 6%, de forma similar al procedimiento descrito en el caso anterior (Figuras 10-11).

Transcurridos 4 meses desde esta primera fase quirúrgica, que recordamos ha sido exclusivamente resectiva (sin biomaterial), podemos apreciar una excelente evolución y estabilización tanto del hueso periimplantario como de los tejidos blandos de sellado mucoso (Figura 12), de modo que podemos ya proceder a la toma de impresión mediante hilo de retracción y silicona de for-

ma convencional como realizamos habitualmente en la prótesis dento-soportada.

A continuación preparamos, en el modelo de escayola, una emergencia coronaria adecuada para la confección de una corona tipo B.O.P.T. sin línea de terminación, con sobrecontorneado fisiológico y compresión ligera de la mucosa periimplantaria, para lograr un correcto sellado mecánico en los tejidos blandos que rodean el cuello del implante (Figura 13).

Finalmente, en la mitad superior de la Figura 14 podemos apreciar la situación inicial, radiográfica y clínica, con la corona recién cementada en el 4º mes post-cirugía.

Transcurridos 9 meses post-cirugía (5 meses tras el cementado de la corona), comprobamos, en las imáge-

nes de la parte inferior, el adecuado mantenimiento del hueso periimplantario y el aspecto saludable de la encía, con incremento del espesor mucoso de sellado pericoronario alrededor del implante tratado con esta metodología.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como idea esencial en este artículo, podemos destacar el hecho de que cuando aplicamos la filosofía B.O.P.T. a la confección de la prótesis, en los casos tratados de periimplantitis con esta metodología, utilizamos la implantoplastia (además de para limpiar el implante) para crear una porción troncocónica protésica que incluya el pilar y también la porción coronal del implante, generando un único muñón protésico largo (pilar + porción de implante) que servirá como retención

para la corona cementada y en cuyo interior quedarán incluidas la porción expuesta del implante y también el gap de unión pilar-implante (Figura 7, 8). La implantoplastia es un tratamiento que implica posibles riesgos y debe considerarse dependiente de la experiencia del clínico.

Por otro lado, según el concepto B.O.P.T., al realizar el tallado de la porción coronal del implante sin necesidad de crear ningún tipo de línea de terminación o chanfer, facilitamos el ajuste protésico, adelgazamos menos las paredes del implante y permitimos adaptar la nueva corona al nivel gingival obtenido tras la curación y maduración de tejidos.

Además de solucionar de forma sencilla el problema estético postquirúrgico del titanio expuesto, eliminamos la problemática del microajuste en el gap pilar-implante que quedará oculto y "protegido" en el interior de la corona cementada. Consecuentemente se minimiza la problemática de la retención bacteriana en el citado gap y adicionalmente disminuye drásticamente el trabajo de fatiga cíclica del tornillo de retención y por tanto la problemática derivada de su posible aflojamiento (15-21).

Todo ello podemos conseguirlo aplicando una sistemática relativamente simple y que incluso nos permite re-utilizar, prácticamente siempre, el propio pilar protésico y tornillo del implante tratado (convenientemente descontaminados), sin necesidad de localizar y comprar nuevos aditamentos para la resolución del caso, que en determinadas ocasiones puede ser complicado debido a la gran multitud de marcas de implantes existentes en la actualidad.

Respecto a la descontaminación de la superficie del implante con gel de peróxido de hidrógeno al 6%, hasta el momento no se ha podido todavía demostrar cuál puede ser la sustancia química ideal para este lograr este objetivo (22-24).

Se pretende utilizar compuestos que sean capaces de descontaminar con rapidez, especificidad y comodidad de aplicación. Por tanto, una sustancia química ideal para esta aplicación deberá ser bactericida para bacterias gram negativas anaerobias (flora patógena predominante en la periimplantitis) (1), poder aplicarse de forma sencilla y en concentración suficiente para efectuar su acción de forma rápida (uno o dos minutos) y actuar de forma localizada sin afectar a los tejidos vivos que rodean el implante.

Una de las sustancias tradicionalmente utilizadas para esta tarea es el peróxido de hidrógeno al 3-5%, aplicado en forma de líquido, localmente, mediante una torunda o gasa estéril y cuyo mecanismo de

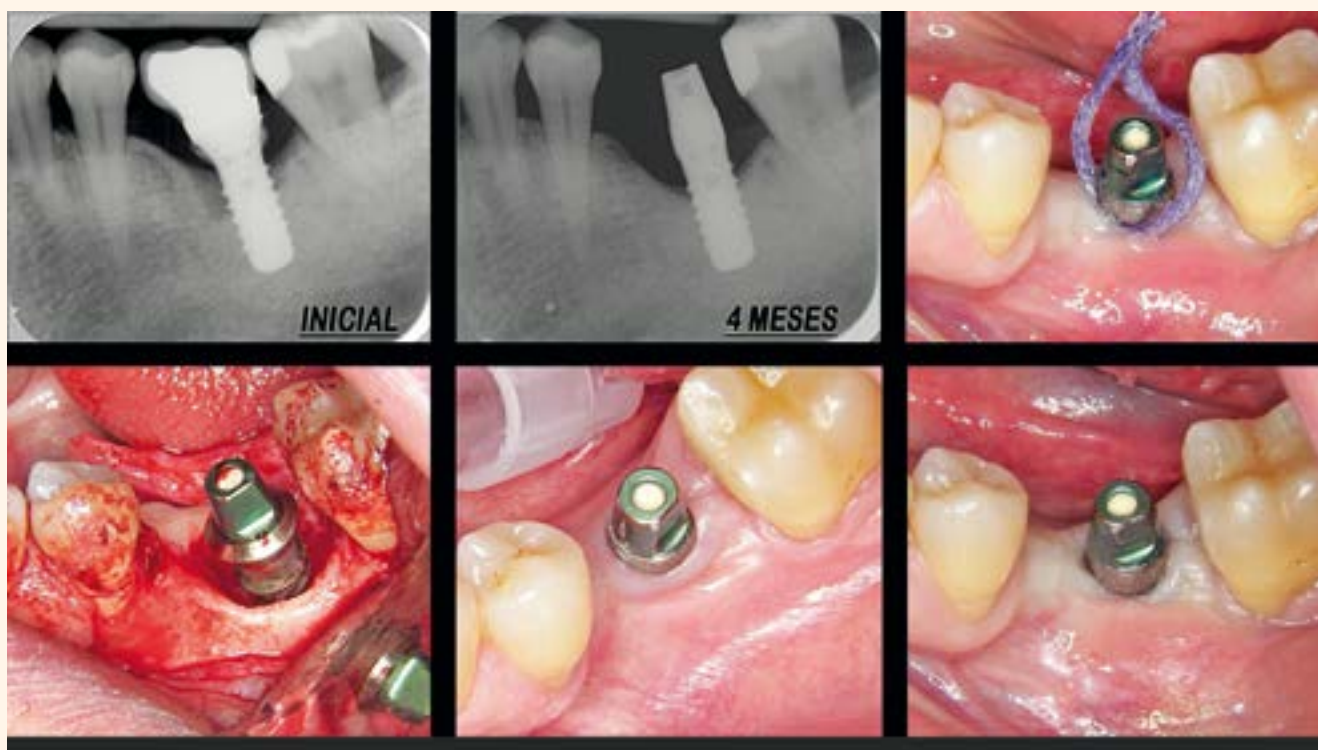


Figura 12. Transcurridos 4 meses desde el tratamiento quirúrgico, el hueso y los tejidos blandos periimplantarios han evolucionado de forma completamente satisfactoria. Se procede a la toma de impresión con hilo de retracción y silicona.



Figura 13. Sobre el modelo se conforma, mediante desgaste de la escayola, una emergencia gingival adecuada para confeccionar la corona B.O.P.T. bien ajustada a la citada emergencia.



Figura 14. Con la corona B.O.P.T. cementada sobre el pilar y la porción coronal del implante, el hueso periimplantario permanece estable y los tejidos blandos mejoran progresivamente.

acción consiste en liberar iones de oxígeno que son bactericidas para la flora periimplantopatógena sin alterar las propiedades metalúrgicas del titanio (26-26). No obstante, el principal inconveniente de este producto es su posología, al tratarse de un producto líquido difícil de aplicar y de contener en el área de acción deseada.

Así pues, en este artículo se presenta una alternativa novedosa y práctica para la utilización del peróxido de hidrógeno en cirugía periimplantaria, que permite una aplicación cómoda y localizada, utilizando además una formulación accesible y familiar para los odontólogos como es el peróxido de hidrógeno al 6% EN FORMA DE GEL, utilizado en los tratamientos de blanqueamiento dental.

El gel de peróxido de hidrógeno al 6% puede cubrir adecuadamente las características deseadas para los productos químicos desinfectantes de la superficie del implante, en cuanto a especificidad con la flora bacteriana, facilidad de aplicación de forma precisa y ausencia de efectos nocivos sobre el titanio y sobre los tejidos vivos periimplantarios, al ser utilizado durante un tiempo breve (1,5-2 minutos), muy bien localizado gracias a su consistencia de gel espeso y eliminado por completo mediante lavado profuso con suero fisiológico estéril (9).

Como última consideración, puede resultar interesante aclarar que, cuando en la metodología de este artículo, se propone preparar la emergencia coronaria en el modelo, mediante desgaste selectivo de la escayola, y la confección directa de la corona BOPT ceramometáli-

ca o cerámica DEFINITIVA, no se busca eliminar sistemáticamente la utilización de coronas provisionales para conformación de tejidos por el mero hecho de «escatimar» pasos en el protocolo clínico. Más bien, los autores consideran que, aunque siempre se pueden utilizar coronas provisionales si se considera oportuno, en el caso concreto de prótesis B.O.P.T. sobre implantes tratados, con frecuencia, el odontólogo experimentado podrá ya predecir inicialmente la emergencia coronaria adecuada sobre el primer modelo de trabajo de laboratorio, conformando mediante desgaste manual selectivo, la morfología de la escayola que rodea al análogo para simular la emergencia final deseada y que el protésico deberá transferir a la corona, confeccionándola de forma ajustada sobre ese lecho de emergencia pre-diseñado por el odontólogo (13-14).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lindhe J, Meyle J. Periimplant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2008; 35 (Suppl. 8) 282-5.
- 2.- Zitzmann NU, Berglundh T. Definition and prevalence of periimplant diseases. *J Clin Periodontol.* 2008 Sep; 35 (8 Suppl): 286-91.
- 3.- Segura G, Gil R, Vicente F, Ferrero A, Faus J, Agustín R. Periimplantitis y mucositis periimplantaria. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. *Avances en Periodoncia. Volumen 27-Nº 1- Abril 2015:* 2536.
- 1.- Loi I, Scutellà F, Galli F. Técnica di preparazione orientata biologicamente (BOPT). *Un nuovo approc-*

cio nella preparazione protesica in odontostomatologia, Quintessenza Internazionale 2008; 5: 69-75.

4.- Loi I. Protesi su denti naturali nei settori di rilevanza estetica con tecnica BOPT: Case series report. *Dental Cadmos* 2008; 76: 51-59.

5.- Loi I, Galli F, Scutellà F, Felice A. Il contorno coronale protesico con tecnica di preparazione BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique): considerazioni tecniche. *Quintessenza Internazionale* 2009; 25: 4-19

6.- Loi I, Felice A. Biologically oriented preparation technique (BOPT): a new approach for prosthetic restoration of periodontically healthy teeth. *The European Journal of Esthetic Dentistry* 2013; 8-1: 10-23

7.- Canullo L, Tallarico M, Pradies G, Marinotti F, Loi I, Cocchetto R. Soft and hard tissue response to an implant with a convergent collar in the esthetic area: preliminary report at 18 months. *Int J Esthet Dent.* 2017;12(3):306-323.

8.- Rodríguez X1, Vela X2, Segalà M3. Cutting-Edge Implant Rehabilitation Design and Management: A Tapered Abutment Approach. *Compend Contin Educ Dent.* 2017 Jul;38(7):482-491.

9.- Cabanes G, Amengual J, Padulles E, Gil Mur J. Descontaminación química en periimplantitis mediante gel de peróxido de hidrógeno. *Gaceta Dental - Especial Implantes.* 282/Julio 2016: 180-192

10.- Joseph Choukroun, Antoine Diss, Alain Simonpieri, Marie-Odile Girard, Christian Schoeffler, Steve L. Dohand, Anthony J.J. Dohane, Jaafar Mouhyi, David M. Dohan, Platelet-rich fibrin (PRF): A second-generation platelet concentrate. Part IV: Clinical effects on tissue healing, *Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 101, Issue 3, Pages e56-e60 (March 2006).*

11.- Choukroun's platelet-rich fibrin (PRF) stimulates in vitro proliferation and differentiation of human oral bone mesenchymal stem cell in a dose-dependent way. *Dohan Ehrenfest DM, Doglioli P, de Peppo GM, Del Corso M, Charrier JB. Arch Oral Biol.* 2010 Mar

12.- Three-dimensional architecture and cell composition of a Choukroun's platelet-rich fibrin clot and membrane. *Dohan Ehrenfest DM, Del Corso M, Diss A, Mouhyi J, Charrier JB. J Periodontol.* 2010 Apr

13.- Cabanes G. Experiencia en clínica de la técnica BOPT sobre implantes: preparación vertical de pilares y conformación de la emergencia coronaria. En: Agustín R, Chust C. *Protocolo clínico-protésico de la técnica BOPT. Ediciones Especializadas Europeas.* 2016; 205-13.

14.- Cabanes G. Perfil de emergencia y sellado mucoso en coronas BOPT sobre implantes PRAMA. *Labor Dental Clínica, Vol. 17, Nº 3, 7-9/2016;* 104-116.

15.- Binon P, Sutter F, Beaty K, Brunsky J, Gulbransen H, Weiner R. The role of screws in implant systems. *Int Jnl Oral Maxillofac implants.* 1994; 9: supl. 48-63

16.- Binon PP. Evaluation of machining accuracy and consistency of selected implants, standard abutments, and laboratory analogs. *Int J Prosthodont.* 1995 Mar-Apr;8(2):162-78.

17.- Binon PP. The effect of implant/abutment hexagonal misfit on screw joint stability. *Int J Prosthodont.* 1996b; 9: 149-60.

18.- Jemt T, Book K. Prosthesis misfit and marginal bone loss in edentulous implant patients. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1996; 11(5): 620-5.

19.- Isa ZM, Hobkirk JA. The effects of superstructures fit and loading on individual implant units: Part I. The effects of tightening the gold screws and placement of a superstructure with varying degrees of fit. *Eur J Prosthodont Restor Dent.* 1995;3(6): 247-53.

20.- Jemt T, Rubenstein JE, Carlsson L, Lang BR. Measuring fit at the implant prosthodontic interface. *J Prosthet Dent.* 1996; 75(3): 314-25.

21.- Kan JYK, Rungcharassaeng K, Bohsali K, Goodacre CJ, Lang BRI. Clinical methods for evaluating implant frameworks fit. *J Prosthet Dent.* 1999; 81(1): 7-13.

22.- Dennison DK, Huerzeler MB, Quinones C, Caffesse RG. Contaminated implant surfaces: an in vitro comparison of implant surface coating and treatment modalities for decontamination. *J Periodontol.* 1994; 65 (10): 942-8.

23.- Zablotzky NH, Diedrich DL, Meffert RM, Wittrig E. The ability of various chemotherapeutic agents to detoxify the endotoxin infected HA-coated implant surface. *Int J Oral Implant.* 1991; 8: 45-51.

24.- Padulles E. Patología Periimplantaria. Infección Periimplantaria. Etiología, Diagnóstico, Tratamiento Ed. Quintessence.

25.- Gosau M, Hahnel S, Schwarz F, Gerlach T, Reichert TE, Bürgers R. Effect of six different peri-implantitis disinfection methods on in vivo human oral biofilm. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2010 Jul-Aug; 25 (4): 831-3.

26.- Ungvári K, Pelsöczy IK, Kormos B, Oszkó A, Rakonczay Z, Kemény L, Radnai M, Nagy K, Fazekas A, Turzó K. Effects on titanium implant surfaces of chemical agents used for the treatment of peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2010 Jun; 37 (6): 563-73.

EuroPerio9: número récord de comunicaciones enviadas

Se han contabilizado un total de 1.746 abstracts, un 10% más que en la edición anterior. EuroPerio es la cita congresual más importante a nivel mundial en el ámbito de la Periodoncia y la Terapia de Implantes. Se espera una importante participación de expertos españoles. Abierta la inscripción para prensa.

Por DT Spain

Una vez finalizado el plazo para el envío de comunicaciones al próximo congreso EuroPerio, la Federación Europea de Periodoncia (EFP) ha comunicado que se han superado todas las expectativas, contabilizándose un número récord de abstracts recibidos: en total, han sido 1.746. El pasado 5 de diciembre se cerró el plazo de envío de comunicaciones;

en ese momento, el comité organizador de EuroPerio9 había recibido un número récord de presentaciones, para la cita científica que tendrá lugar en Amsterdam del 20 al 23 de junio de 2018.

Finalmente, un total de 1.746 resúmenes se someterán a la consideración del comité evaluador, una cifra que supera los 1.614 abstracts recibidos

para EuroPerio8, celebrado en Londres en junio de 2015. Esto supone un incremento aproximado del 10%.

Los resúmenes de los dos tipos de presentación (investigación e informe clínico) han llegado de 87 países, lo que indica la importancia global del congreso trienal de la EFP.

El comité organizador EuroPerio9 pasa ahora a considerar las propuestas para evaluar su mérito científico y clínico, y decidir cuáles seleccionar para su presentación oral y cuáles para la presentación en pósters. El comité ya ha asignado mucho más espacio en el programa para estas presentaciones que en ediciones anteriores. Como ha reconocido el Dr. Søren Jepsen, EuroPerio9 scientific chair, “en la actualidad contamos con muchos abstracts enviados para ser presentados en la reunión. Esto es

algo que aprendimos de Europerio8, donde había muchos más de los previstos, siendo difícil dar cabida a todos ellos. Por lo tanto, esta vez estamos programando el doble de sesiones para dar cabida a este tipo de presentaciones, ya sea como comunicaciones orales o pósters”.

SOBRE EUROPERIO Y LA EFP

EuroPerio es el encuentro científico más importante del mundo dedicado a la Periodoncia. La más reciente de estas reuniones trienales, EuroPerio8, tuvo lugar en Londres en junio de 2015 y reunió a casi 10.000 personas. En la próxima edición se contará con las presentaciones de más de 120 expertos mundiales discutiendo, entre otros temas, sobre la carga global de la periodontitis, la actividad física y la periodontitis, el papel de la nutrición y las consecuencias de la obesidad en la salud de las encías, el impacto de los trastornos del sueño en la salud periodontal, el papel del microbioma intestinal en la enfermedad de las encías o los vínculos entre las enfermedades periodontales y la diabetes o las enfermedades cardiovasculares.

Se espera que la presencia española sea numerosa en este evento, sólo por detrás de Alemania y los Países Bajos. Para este encuentro, según indica la embajadora de Europerio9 en España, la Dra. Elena Figuero, “se pretende alcanzar la cifra de 399 españoles entre un total de 6.831 inscritos”. En los últimos años, la participación española ha tenido una evolución al alza: EuroPerio6 (Estocolmo 2009), con 329 españoles; EuroPerio7 (Viena, 2012), con una presencia de 379 profesionales; y EuroPerio8 (Londres, 2015), con 380. La Federación Europea de Periodoncia (EFP) es una organización que integra 30 sociedades científicas nacionales dedicadas a promover la investigación, la educación y el conocimiento de la ciencia y la práctica periodontal. Representa a más de 14.000 periodoncistas y profesionales de la salud gingival de Europa, el norte de África y Oriente Medio.

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN PARA PRENSA

De la misma forma, la EFP informa que ya se ha abierto el plazo de registro de prensa. EuroPerio9 da la bienvenida a los periodistas interesados en informar sobre cuestiones relacionadas con la Periodoncia y la Implantología. Los representantes de los medios deben cumplir la política de medios de EuroPerio9, que se aplica a todos los eventos de EFP. El registro de prensa en EuroPerio9 es gratuito para los representantes de los medios. Los periodistas que deseen asistir deben presentar una tarjeta de prensa válida y firmar un formulario. Se recomienda encarecidamente el registro online antes del congreso para evitar retrasos en el acceso a las conferencias de prensa y al área de prensa.

La Oficina de Prensa EuroPerio9 estará encantada de ayudar a organizar entrevistas, así como acceder a resúmenes y diapositivas. Para obtener más información, escriba a press@efp.org; http://www.efp.org/europerio9/press_and_media.html

Organizado por: MÁSTER DE ORTODONCIA INTERDISCIPLINAR Y ORTOPEDIA | UdL | FINE ARTS ORTODONCIA
Director: Dr. Ariel NAVARRO

Curso de Ortodoncia:
**Éxito y Estabilidad a largo plazo.
¿Es posible? ¿Cómo lograrlo?**

Dr. Gonzalo GUTIÉRREZ
Ortodoncista Santiago de Chile.
Dictante del **Centro Roth-Williams** para
Latinoamérica.

FECHA: 13 y 14 | ABRIL · 2018
LUGAR: Hotel Claridge | MADRID | ESPAÑA
HORARIO: 10:00 - 14:30 | 16:00 - 19:30.

PROGRAMA

Factores que influyen en la recidiva dentaria y/o esquelética:

- Problemas asociados al crecimiento craneofacial | Asimetría facial de Williams: ¡cuidado con el aspecto transversal!
- Finalización oclusal inadecuada.
- Problemas asociados a la forma y tamaño del arco: ¿Es posible formar hueso post expansión de los arcos?
- Alteraciones en las ATMs: cómo un problema en la estructura o en la posición del complejo cóndilo-discal puede alterar los resultados ortodóncicos.
- Importancia del cierre labial y de la respiración nasal en la estabilidad a largo plazo.
- ¿Influencia de los terceros molares en la recidiva?
- Mordida cubierta: consideraciones asociadas con la recidiva
- Diastemas anteriores y posteriores: por qué en ocasiones hay recidiva.
- Otras consideraciones asociadas con la recidiva: raíces cortas, giroversiones, bruxismo, acciones odontológicas post ortodoncia, neumatización del seno maxilar, interposición lingual y otras.
- Protocolo para el diseño y uso de los retenedores.
- Casos clínicos.

Colabora:
Atlantis editorial
Science & Technology S.L.L.

Inscripción por correo o e-mail: FINE ARTS ORTODONCIA, SLP, Príncipe de Vergara, 260, 1ª F – 28016 Madrid
Correo electrónico: curso.fineartsortodoncia@yahoo.es. Contacto Tno.: 655 313 882.



El Consejo General de Dentistas entrega sus premios anuales en la Gala de la Odontología y Estomatología Española

El Dr. Esteban Brau recibió el premio Santa Apolonia, la máxima distinción que otorga la Organización Colegial de Dentistas, y que reconoce su trayectoria profesional. El Dr. Nacho Rodríguez Ruiz recogió el galardón al Dentista del Año; el Dr. Bartolomé Beltrán fue galardonado con el premio de Fomento de la Salud Oral y, Alipio Gutiérrez, con el premio “José Navarro Cáceres” de Información Sanitaria Odonto-Estomatológica. Fueron condecorados como Miembros de Honor José Javier Castrodeza Sanz, secretario general de Sanidad y Consumo, y Teresa Angulo Romero, portavoz de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Grupo Popular en el Congreso.

Por DT Spain

Un año más, el Consejo General de Dentistas ha celebrado la Gala de la Odontología y Estomatología Española, en la que se hizo entrega de los premios anuales a las personalidades, organismos e instituciones que han mostrado su compromiso con la salud oral en nuestro país.

El premio Santa Apolonia, el máximo galardón que otorga la Organización Colegial a título individual, ha sido este año para el Dr. Esteban Brau Aguadé. Dicha distinción reconoce a los dentistas que más han destacado en su trayectoria profesional, tanto por sus trabajos como por su dedicación, al prestigio y desarrollo de la Odontología.

Brau Aguadé es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, Médico Estomatólogo por la Universidad Complutense de Madrid y Catedrático en la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Fue presidente de la Comisión del Consejo General de Dentistas para la “Determinación de competencias del Odontólogo”, vocal del Comité Ejecutivo de la Organización Colegial y presidente de la Comisión de Especialidades Odontológicas del Consejo General de Dentistas.

El Dr. Nacho Rodríguez Ruiz, presidente de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SEPES), ha sido galardonado como “Dentista del Año” 2016. Este premio reconoce los méritos conseguidos durante el último año en materia de salud bucodental, incluyendo los estudios y trabajos de investigación realizados, el posible carácter altruista de su actividad profesional, el reconocimiento nacional e internacional que haya podido obtener, así como sus valores humanos y ética profesional.

El doctor Bartolomé Beltrán Pons, ha recibido el Premio “Juan José Suárez Gimeno”, de Fomento de la Salud Oral 2016. Este reconocimiento está dirigido a personas, instituciones o empresas que hayan destacado por su labor de mecenazgo o divulgación en cualquiera de los ámbitos de la salud oral. Bartolomé Beltrán ha contribuido, desde los numerosos espacios mediáticos que dirige o en los que participa, a transmitir la necesidad de contar

con una Odontología ética y de calidad al servicio de todos los ciudadanos.

El periodista Alipio Gutiérrez, director de Onda Madrid, ha recibido el Premio “José Navarro Cáceres”

de Información Sanitaria Odonto-Estomatológica. Este reconocimiento distingue a aquellos medios de comunicación que contribuyen a difundir información objetiva y de interés general sobre temas sanitario odonto-estomatológicos, o que ayuden a promover el cuidado de la salud dental.

El premio de ayuda a las ONG's recayó este año en la Fundación Odontología Solidaria-Asociación Hanan por su proyecto “Cuida tus dientes”, dirigido a atender pacientes con necesidades especiales en la ciudad marroquí de Tetuán. Por otra parte, el premio al mejor artículo publicado en la revista RCOE fue para Francisco J. Cortés Martinicorena, autor de “El sistema PADI. Estudio de las

¿QUIERES AHORRARTE 100€ EN CADA CURSO DENTAL EXCELLENCE?



NOVEDAD SOCIO DENTAL EXCELLENCE

Ahórrate 100€ en CADA UNO de Nuestros 10 Cursos Presenciales de 2018 al Hacerte Socio DENTAL EXCELLENCE

y Conseguirás más de 1000€ de Ahorro en los 10 Cursos Presenciales y 250€ en el Congreso y en los 3 Nuevos Cursos Online

ALGUNOS DE NUESTROS PRÓXIMOS PONENTES EN LOS CURSOS DENTAL EXCELLENCE 2018








INFÓRMATE COMO HACERTE SOCIO en el email:
info@cursosdentalexcellence.com o en el Tfn: 91 746 42 93

Por tan solo 30€ mensuales, puedes inscribirte a los **10 Cursos Monográficos Presenciales de 2018** con un **Descuento de 100€ en cada uno de ellos** + un **Descuento de 100€ en el Congreso Internacional de Noviembre** + un **Descuento de 50€ en los 3 Cursos Online 2018** que lanzaremos en el mes de Marzo, **Ahorrándote hasta 1250€** así como el **acceso a otras 8 Ventajas Exclusivas para el Socio Dental Excellence.**