PUBLICACION OFICIAL DE fola

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition

PUBLICADO EN MIAMI www.dental-tribune.com No. 4, 2011, VOL. 8

AVANCES

Tomógrafos como el iCat hacen evolucionar la profesión

Página 14

NUEVAS TECNOLOGIAS

Ventajas de las nanopartículas en técnicas indirectas

Página 24

ESTETICA

Soluciones con resina compuesta para restaurar dientes anteriores

Página 22

ENDODONCIA

Nuevas formas de acceso anterior que preservan la dentina

Página 17

IMPLANTES

«Más que una marca elijo un sistema»

Página 12

ESPECTACULAR CONGRESO DE ICOI/ACO EN BOGOTA *— Importantes figuras de la implantología internacional como Michael Pikos, Scott Ganz, Michael Pelleg, Sergio Cacciacane, Mario Rodrigo Tizcareño o Pablo Galindo dictaron cursos magistrales en uno de los eventos más importantes en la historia de la especialidad en Colombia. Información en páginas 2, 3 y 4.*

Incisiones, uso de biomateriales y prótesis inmediatas en una sola sesión

Soluciones estéticas en el sector anterior

La sustitución de dientes en el sector anterior siempre es un reto en cuanto al resultado final del caso. En un tratamiento de este tipo disponemos de un amplio abanico de posibilidades prostodóncicas, prótesis fija convencional, prótesis adhesiva, prótesis parcial removible y una corona unitaria implanto-soportada. Numerosos estudios en la última década avalan el éxito a largo plazo del tratamiento con implantes[1-3] motivo por el cual, hoy en día, la restauración con una corona unitaria implanto-soportada es el tratamiento de primera elección[4].

El óptimo resultado estético de este tipo de tratamiento no sólo depende de factores protésicos y técnicos, sino también de consideraciones quirúrgicas y biológicas: localización submucosa del hombro del implante, adecuada colocación tridimensional del implante, adecuado manejo de los tejidos blandos en la cirugía, mantenimiento a largo plazo de los tejidos blandos periimplantarios, y simetría de la corona implanto-soportada con el diente adyacente, entre otros[4].

Sin embargo, en ciertas ocasiones la presencia de defectos en los tejidos duros y blandos ocasionados por pérdidas traumáticas de los dientes complican de forma importante el éxito del caso[5].

En estos casos desfavorables es imprescindible utilizar las técnicas de que disponemos actualmente . Su correcta utilización hará que nos acerquemos a unos resultados finales de una calidad muy aceptable y que además sean estables al paso del tiempo. Esto implicará que el proceso atrófico en el que se hallaban los tejidos quede interrumpido tras la intervención quirúrgica, con la colocación de los injertos y la aplicación de fuerzas intraóseas desde el primer momento, una vez conseguida la máxima estabilidad primaria del implante. Dichas fuerzas, siempre que sean controladas mediante una correcta oclusión, serán un aliado más para una correcta osteogénesis de la zona.

La utilización de prótesis inmediatas en estos tratamientos del sector anterior es imprescindible para la manipulación de los tejidos blandos desde la fase inicial de la inserción del implante y esta actuación nos ahorrará mucho tiempo en conseguir un ajuste íntimo y estético en el margen de la restauración[6-11].

A continuación procedemos a presentar los pasos quirúrgicos y prostodóncicos que seguimos en la mayoría de los casos clínicos, utilizando un mayor o menor número de técnicas según la complejidad de la atrofia preexistente.

→DT página 6

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

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Directora de Marketing y Ventas
Jan Agostaro
j.agostaro@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición bimensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Hispanic and Latin America Edition es la publicación oficial de la **Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA)**. Además, estamos asociados con las siguientes instituciones: **AMIC Dental** (México), **Expodent/CACID** (Argentina), **CODI** (Guatemala), **Greater New York Dental Meeting** (Nueva York), **Hispanic Dental Association** (EEUU), **Federación Dental Internacional** (FDI), **Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá (FOCAP)** y **Salón Dental de Chile**.

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. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Editors: Claudia Salwiczek
Yvonne Bachmann
Copy Editors: Sabrina Raaff
Hans Motschmann
President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek
Matthias Diessner
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
Internet: www.dental-tribune.com
E-mail: info@dental-tribune.com

Oficinas Regionales

ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199

THE AMERICAS
Dental Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 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.
©2010 Dental Tribune International.
All rights reserved.

Lo mejor de la implantología en el congreso de ICOI-ACO en Colombia

Un gran desfile de estrellas

Por Javier Martínez de Pisón

Bogotá, Colombia

Un gran elenco de la implantología internacional se reunió en esta capital del 2 al 4 de junio como parte del XI Seminario Internacional de la Academia Colombiana de Oseointegración (ACO) y el II Congreso Latinoamericano ICOI. El resultado fue un evento de un nivel pocas veces visto en América Latina.

Titulado "Presente y futuro de la odontología", el congreso ofreció tres días de conferencias de eminencias como **Michael Pikos** (USA), **Scott Ganz** (USA), **Michael Pelleg** (USA), **Sergio Cacciacane** (Argentina-España), **Mario Rodríguez Tizcareño** (México) o **Pablo Galindo** (USA-España), **Ottón Fernández** (Costa Rica), **Christian Makary** (Líbano), **Ahmed Osman** (Egipto) o **Gilberto Sanmartino** (Italia), en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada de esta capital.

La plana mayor del International Congress of Implantologists (ICOI) de EE UU estuvo presente, desde su presidente Kenneth Judy a su director Scott Ganz, al igual que el artífice del congreso y representante para Latinoamérica, Alvaro Ordóñez, reconocido especialista colombiano que ejerce en Miami y el Pikos Institute.

El Dr. Scott Ganz y la mesa directiva de ICOI/ACO

El presidente de ACO, Dr. Ernesto Trujillo.

El Dr. Michael Pikos durante su conferencia.

Los doctores Rafael Paz de odontologos.com.co y Sergio Cacciacane.

Una creciente red de formación

La directora de MIS Implants en Colombia, Claudia Esparza, manifestó durante el congreso ICOI-ACO que su empresa ha forjado una importante alianza con la Academia Colombia de Oseointegración.

La compañía, como "Speaker Diamante", colaboró auspiciando a cuatro dictantes en el evento: Avi Schetritt (Israel-USA), Michael Pelleg (USA), Rafael Santrich (Colombia-USA) y Carlos Vélez García (Colombia), además de Aldo Vicari (Venezuela) que dio clases sobre temas de laboratorio.

Vélez García de hecho dio una interesante conferencia sobre cirugía piezoeléctrica, utilizando productos Mectron, compañía subsidiaria de MIS Implants. Además de Mectron, la empresa de Esparza distribuye ahora también en Colombia los productos alemanes VOCO.

La Dra. Claudia Esparza en el stand de MIS.)

Esparza Enclosed

Claudia Esparza dirige también el centro de formación sobre implantes Esparza Enclosed. En el congreso dieron clases de rehabilitación con nuevos sistemas como el Locator o el Multiunit y un día después se discutieron las propiedades e indicaciones de los nuevos biomateriales de oseointegración de MIS, BondBone y 4Bone.

"La combinación de estos materiales es un gran relleno para cualquier regeneración ósea", dijo y agregó que han tenido muy buena acogida en Colombia y Latinoamérica y que tienen "un 70% del mercado de biomateriales en Colombia".

Esparza Enclosed ofrece una amplia variedad de cursos educativos. "Contamos con fellowships, avalados por universidades internacionales, que duran siete meses y el participante se gradúa con un fellowship de la Universidad de Miami", explica. "Y cursos de tres o cuatro meses, donde los asistentes se reciben con un diplomado de la Universidad Javeriana o la Nacional".

Preguntada sobre la razón de su éxito, Claudia Esparza afirma que "más que hacer mercadeo de una marca o producto, lo que queremos es que la gente ejerza con ética, que sepa qué es lo que está haciendo y cómo mejorar cada día su práctica privada. Por eso las universidades nos colaboran, ya que somos un brazo de educación continúa que a ellas también les interesa que se propague en la odontología".

Además, explica que tienen unos 12 o 13 grupos internacionales que vienen a tomar cursos, ya que Esparza los ofrece en México, Venezuela, Colombia y Ecuador y que para comienzos de 2012 esperan tener Esparza en Argentina. "La intención es expandirnos a toda Latinoamérica para ayudar al gremio odontológico", concluye Claudia Esparza.

Recursos

- **MIS Colombia:** www.miscol.com
- **Esparza Enclosed:** www.esparzaenclosed.com

Un laboratorio innovador

Una de las empresas presentes en la exposición comercial del congreso ICOI/ACO, Laboratorios Farpag, ha cumplido 20 años de historia en Colombia. Hernán Prieto, presidente de esta empresa familiar con experiencia previa en la gerencia de ventas de Bayer, narra cómo empezó.

"Vi que había espacio en el mercado y uní con un químico farmacéutico que era gerente de planta de Bayer y empezamos a fabricar productos", cuenta Prieto, un hombre de carácter afable que ha montado una de las más eficientes redes de visitadores de Colombia.

El director de Farpag , Hernán Prieto y sus ayudantes.

Una gran línea

El primer producto de Farpag fue el enjuague bucal de cloroxidina **Clorhexol,** que sigue siendo uno de los más populares, tras lo cual lanzaron la crema antiséptica **Dentalgel,** la solución de triclosán con pantenol **Odontrix** o el desensibilizante a base de nitrato de potasio **Dolnik,** entre muchos otros.

"Somos la empresa líder del mercado", afirma Prieto. "Tenemos una gran plantilla de recursos humanos: 24 visitadores en el país, cuatro coordinadores, tres directores científicos y contamos con la asesoría del vicepresidente de la Sociedad de Periodoncia, Felipe Viera y del docente Rodrigo Bello".

"Actualmente visitamos a 12,000 odontólogos por temporada y acabo de hacer una alianza con Merk Sharp and Dhome para distribuir el analgésico Arcoxia", agrega.

El empresario comenta que tienen planta de fabricación propia, siguen buenas prácticas de manufactura y que él personalmente asiste a todos los grandes congresos, incluyendo IDS en Colonia (Alemania). El directivo afirma que la clave de su éxito es la constancia ante el odontólogo, a quien por supuesto hay que ofrecerle productos de calidad.

Prieto afirma que distribuye también sus productos a través de todas las farmacias del país. Los depósitos dentales son otro de sus canales, mediante los que distribuye el desinfectante y esterilizante para instrumental a base de glutaraldehido **Garhox** o el detergente enzimático **Garhox Enzimático,** y va a lanzar próximamente un desinfectante de superficies.

Un producto para evitar la fluorosis es un dentrífico anticaries sin flúor a base de extractos de caléndula, salvia y cardamomo llamado **FitoKids.** Además, ha establecido una alianza para distribuir la línea de productos de higiene dental Waterpik. "Pero creo que mi mayor logro es el recurso humano que he conseguido, que es lo que me ha permitido cumplir mis metas", concluye Prieto.

Recursos

• www.farpag.com

El investigador Pablo Galindo, quien recientemente publicó un caso clínico en JADA.

El Dr. Enrique Jadad obtuvo el primer premio de carteles.

El Dr. Larry Grillo de Miami.

Congreso Mundial en Colombia

El congreso, uno de los eventos más importantes en la historia de la especialidad en Colombia, atrajo a más de 1,000 odontólogos generalistas y especialistas del país y el extranjero, llenando a capacidad el centro de convenciones. Es muy probable que como resultado del éxito del congreso, Colombia obtenga la sede para el próximo Congreso Internacional de ICOI 2014.

El Dr. Ernesto Trujillo, presidente de ACO y clave en la organización del evento, manifestó su satisfacción por haber presentando a la comunidad latinoamericana "los conceptos científicos y técnicas más relevantes basados en la evidencia en el campo de la implantolo-

gía, y específicamente en el proceso de oseointegración". Agregó que además esto se hizo "con los más selectos líderes de opinión a nivel mundial".
ICOI, fundada en 1972, es la mayor organización internacional de la implantología, reconocida por sus esfuerzos educativos y congresos internacionales, al igual que por su revista *Implant Dentistry*. Por su parte ACO agremia a los implantólogos colombianos.

Habla Kenneth Judy

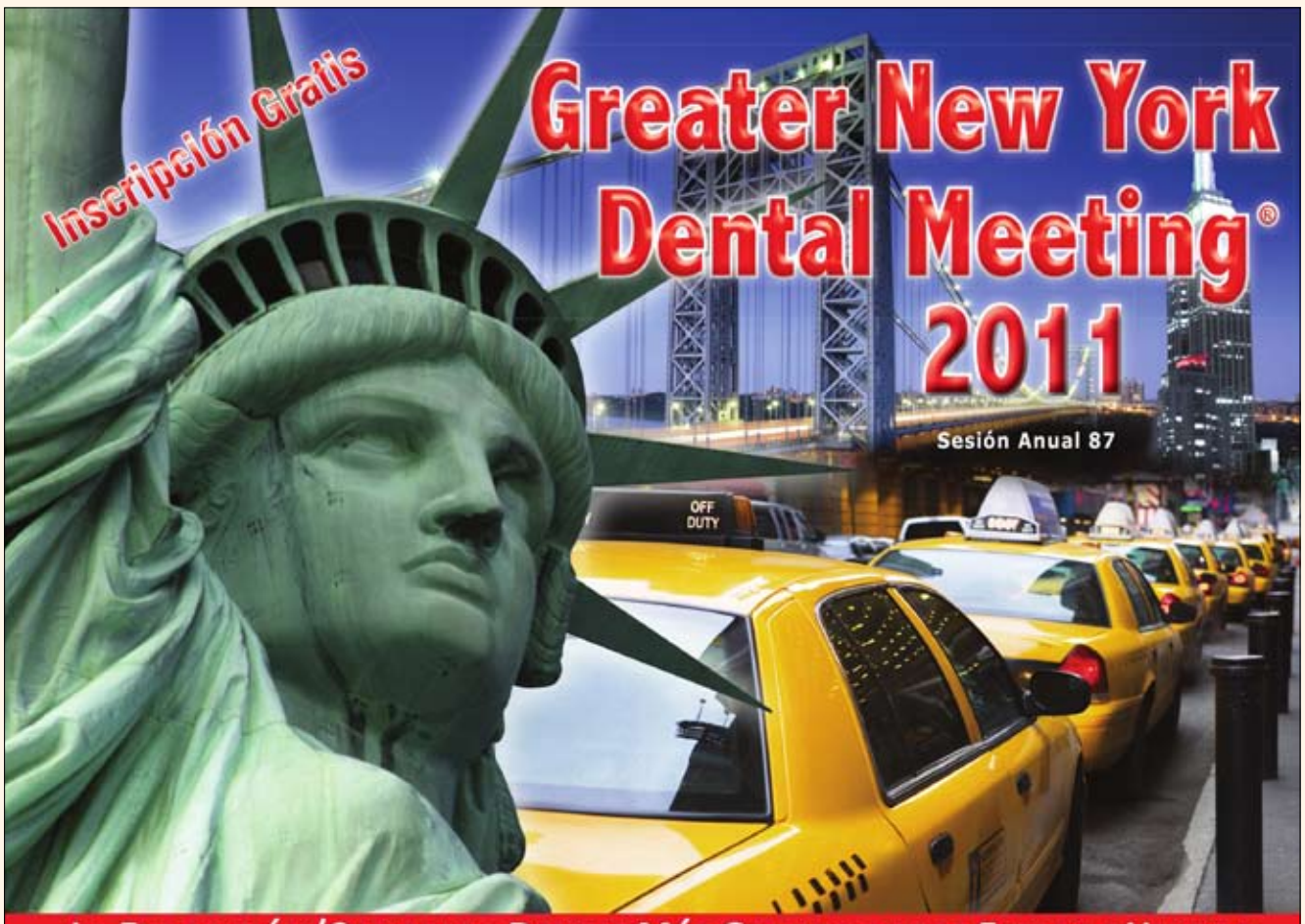
El presidente de ICOI declaró que este II Congreso Latinoamericano pretende acercar y compartir conocimientos entre los implantólogos de la región debido a que la profesión ha evolucionado sobremanera.
Judy explicó que la organización es inclusiva, hasta el punto de que acepta no sólo diversas organizaciones de implantes de un país dado, sino también a todo el equipo de implantes, desde odontólogos a higienistas. "El propósito de ICOI es educar, educar y educar", declaró.
Agregó que ICOI otorga fondos para la investigación y reconoce con sus programas de fellowship, diplomado y maestría los logros de sus miembros, quienes reciben seis ejemplares anuales de *Implant Dentistry* y cuatro newsletters para mantenerse actualizados.
El directivo enfatizó que su organización se centra en la implantología basada en la evidencia científica. "Esa es la meta hacia la que se dirige la odontología, y tenemos que sumarnos a ella si no queremos perder el tren", manifestó.
Explicó que el concepto de oseointegración no se basa en un sistema de implantes, sino en una forma de pensar sobre los implantes: "Consiste en usar una sustancia biológicamente compatible e introducirla en el cuerpo para que devuelva una función al paciente".

Premio de carteles

Una de las actividades del Congreso consistió en un concurso de carteles de investigación, cuyo premio era un "fellowship" en ICOI. Conferencistas como los doctores Ganz, Cacciacane, Fernández y Ordóñez juzgaron las presentaciones científicas, que culminaron con el primer premio para Enrique Jadad por una investigación titulada "Conservar o Extraer".
El Dr. Jadad manifestó que se trata de una advertencia contra "la odontología facilista, que es sacar dientes porque es más fácil colocar un implante que preservarlo en el alveolo. Primero viene la ética y después la parte económica". Agregó sentirse "muy emocionado y orgulloso porque el trabajo serio de nuestra clínica se vea reflejado en este galardón". DT

Recursos

- **ACO:** www.academiacolombianaoseointegracion.com.co
- **ICOI:** www.icoi.org
- **Pikos Institute:** www.pikosinstitute.com



El Dr. Kenneth Judy, presidente de ICOI.

El Dr. Sergio Cacciacane durante su conferencia.

Iván Padilla, distribuidor de implantes Leone.

El investigador costarricense Ottón Fernández.

La entrega de premios al término del congreso.

Reproducción autorizada por el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura, 2010.

FDI Annual World Dental Congress

NEW HORIZONS IN ORAL HEALTH CARE

14 - 17 Sept. 2011

fdi

Mexico City 2011

www.fdiworldental.org
congress@fdiworldental.org

www.fdi2011.org
info@fdi2011.org

Incisiones, uso de biomateriales y prótesis inmediatas, todo en una sola sesión

Soluciones estéticas en casos desfavorables por defectos óseos en el sector anterior

*Por Norberto Manzanares**

←DT página 1

Caso clínico en un central superior con atrofia severa tisular

Paciente que a los 17 años presentó un traumatismo directo en la premaxila que provocó la avulsión del central 11, con daños importantes en los tejidos óseos y gingivales. Debido a su edad y a los defectos presentes en aquel momento, decidieron colocar una prótesis removible unitaria y esperar a la correcta cicatrización de los defectos durante un año.

Sin embargo, dicha paciente permaneció con su provisional durante cinco años, lo cual provocó que los fenómenos de reabsorción osteoclástica por desuso aumentaran el defecto a nivel vestibular y crestal[12,] siendo así como llegó a nuestra clínica (Figura 1).

Tras realizar las exploraciones pertinentes, intrabucal, oclusal, radiológica, etc. planteamos a la paciente sustituir la prótesis parcial removible que había llevado hasta entonces por una prótesis fija implantosoportada. Además, se le informó también de la presencia de una lesión antigua radiculo-pulpar del 21 que ha permanecido asintomática hasta el día de hoy, 11 años después. Igualmente se le hizo saber que debido al defecto existente por la atrofia de la cresta vestibular (Figura 2) sería necesario efectuar un relleno con un biomaterial de la cara vestibular y crestal ósea para devolver la conformación que ésta tenía antes de la lesión y a la vez conseguir un hueso de mayor grosor que protegiera al implante de la exposición de sus espiras al someterlo a carga.

Técnica quirúrgica

Una de las variaciones que establecimos hace ocho años en el protocolo estético de los implantes del sector anterior consistió en realizar un pequeño cambio en la incisión y despegamiento de la zona papilar baja. Además combinamos con la colocación de forma imperativa de una prótesis inmediata siempre que consigamos una correcta estabilidad primaria del implante[6,17,] como concluyen Tim de Rouck y cols. en su estudio[15], donde afirman que la colocación de una corona provisional inmediata, si la estabilidad primaria lo permite, es fundamental para optimizar los resultados estéticos en el sector anterior.

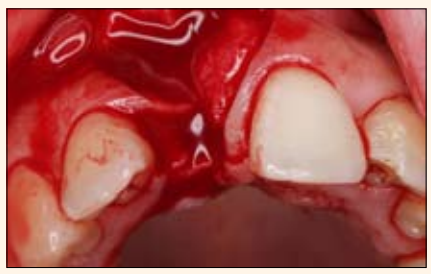
Esta corona provisional realizada en acrílico no significa únicamente que el paciente sea portador de un diente atornillado, sino que ese diente debe ser confeccionado con la misma forma, volumen, margen mucoso, etc., como si se tratara del diente definitivo.

*Profesor de Postgrado de Clínica en Implantología y Prótesis Oral en la Universidad de Barcelona (España). Contáctelo en: 19860nmm@comb.cat. El Dr. Manzanares será uno de los conferencistas en el Congreso de la Academia Americana de Implantología (AAID) que se celebrará en octubre en Las Vegas (EE UU) con cursos y conferencias en español. Inscríbase en www.sociedadsei.com/lasvegas.

1. Situación inicial con avulsión traumática del 11 cinco años antes.

2. Podemos observar el defecto vestibular en encía libre y adherida.

3. Incisión mucoperióstica conservando las papilas en la parte vestibular.



4. Incisión y despegamiento crestal y vestibular bajo.

5. Visualización directa del defecto óseo e inserción de un mensurador.

6. Inserción de la última fresa refrigerada anterior al implante.

7. Corticotomía crestal con descargas vestibulares para expansión de crestas mediante uso de expansores.

8. Iniciador de rosca que reproduce las espiras del implante en el interior del alveolo quirúrgico.

9. Roscado del implante donde se observa la exposición de espiras.

10. Colocación de la primera capa de hueso porcino en defecto óseo vestibular.

11. Conseguimos alcanzar el volumen de injerto deseado.

12. Extracción de sangre en casos en que necesitamos mejor hidratación del injerto con aporte de elementos celulares sanguíneos.

La emergencia que establecemos desde el gap de conexión hasta el margen gingival iguala los volúmenes vestibulares de los dientes cercanos y lo más importante es la estabilidad de la mayoría de los tratamientos (94%) al paso de los años.

De esta forma cuando retiramos a los 2 meses la corona, el margen gingival y las papilas se hallan, no con una cicatrización definitiva pero sí con un contorno preformado de características prácticamente idénticas a las del diente contiguo. En los pocos casos en los que no hemos realizado este protocolo, nos ha obligado a utilizar diferentes provisionales durante meses para conseguir un resultado aceptable, pero lejos de la eficacia, simplicidad y estética de la técnica que describimos a continuación.

Técnica de incisión crestal-vestibular "baja"

Inicialmente realizamos una incisión crestal desde la zona mesial del 12 hasta la mesial del 21, con descargas vestibulares divergentes que nos permitan tener un buen abordaje para la inserción del implante y sobre todo para la colocación del material de relleno vestibular tanto en la zona baja como alta (Figura 3).

En cuanto al tema de las papilas y la inclusión o no de ellas en la incisión, en la bibliografía universal está totalmente aceptado que siempre es mejor para su conservación dejarlas con su periostio adaptado al hueso, es decir, no incluirlas en la incisión ni en el despegamiento[14]. Sin embargo, no estamos totalmente de acuerdo con esto cuando se trata de papilas que no cumplen con los requisitos de estética para ese paciente o por presentar recesiones antiguas en cuyo caso, además de la incisión y despegamiento crestal, también realizamos un despegamiento de la zona papilar vestibular "baja" (Figura 4). Esta incisión nos va a facilitar muchísimo junto con la prótesis inmediata, que atornillaremos si es posible el mismo día de la intervención o en las 24 horas siguientes, la conformación de unas papilas de mayor longitud y volumen por el soporte de la propia restauración dental y por el establecimiento de una nueva distancia desde la cresta ósea hasta el punto de contacto entre la restauración y el diente natural.

Hemos observado que en pérdidas de dientes unitarios, al paso de los años, presentan una casi correcta altura vestibular de la papila (en pacientes sanos con ausencia de enfermedad periodontal) pero experimentan una atrofia vestibular por pérdida de volumen, de igual forma como acontece en la atrofia ósea interna.

Sabemos que el espacio biológico gingival tras la exodoncia de un diente permanece estable entre 2 y 2.5 mm. con sondaje hasta la cresta ósea. Si en estos pacientes no realizamos la incisión antes mencionada esa encía adherida y queratinizada será incapaz de alcanzar una altura de papila vestibular de unos 6-6,5 mm[26-27] que sabemos es posible obtener entre un diente natural y un implante y que tan importante es para el resultado final. También es importante

insistir en que esta forma de incisión de nada serviría si no va acompañada de la colocación de una prótesis inmediata que nos sirve de soporte y da volumen a los tejidos, evitando el grave problema de la aparición de troneras entre los dientes que tanto comprometen la estética.

Una vez expuesto el hueso comprobamos el defecto óseo que ya habíamos diagnosticado en las exploraciones iniciales, observando la invaginación del mismo sobre todo a medida que nos acercamos al reborde crestal.

Pasamos nuestra primera fresa lanceolada con refrigeración interna y externa a 1000 r.p.m. realizando el inicio de nuestro alveolo quirúrgico sede de nuestro futuro implante. A continuación y antes de seguir con el resto de instrumentación insertamos un mensurador para comprobar que la dirección vestíbulo-palatina y mesio-distal son correctas (Figura 5).

Una vez comprobado mediante radiovisiografía que todo es correcto proseguimos con el resto de fresas de la caja quirúrgica hasta acercarnos al tamaño de la fijación que vamos a colocar (Figura 6).

Unos de los elementos quirúrgicos imprescindibles, en especial cuando realizamos tratamientos sobre crestas estrechas, es la combinación de expansores de cresta con iniciadores de rosca. Este último solo en su fase inicial. Cuando la corticotomía crestal es la técnica de elección[15-16] el uso del expansor es exclusivo (Figura 7). Sin embargo, cuando no llega a ser necesaria la corticotomía vamos pasando expansores gradualmente mayores que consiguen una compresión trabecular pero sin pérdida de dichas trabéculas por corte. Finalmente, el roscado de unas pocas espiras del iniciador de rosca (Figura 8) nos va a facilitar la inserción fácil de este implante Klockner SK2 que dispone de una espira amplia que le confiere muy buena estabilidad primaria para la posterior carga Inmediata del mismo.

Durante la inserción de la fijación de titanio y como ya habíamos previsto se expusieron las espiras iniciales (Figura 9) pero la estabilidad primaria del implante era más que correcta al ser este de 14mm. y el hueso de tipo II.

Se procedió al relleno del mismo con hueso porcino, mediante "estratificación por capas" (Figura 10). Una vez se consigue la rápida estabilización del injerto se inicia un ligero endurecimiento del mismo que permite la colocación de la siguiente capa de hueso hasta alcanzar el volumen necesario para corregir el defecto existente (Figura 11). Todo ello de nada serviría si no dedicáramos una especial atención a la obtención de un sangrado óseo del hueso del paciente e incluso por extracción de sangre intraoperatoria para mezclarla con el injerto de superficie (Figura 12).

Una vez la consistencia del biomaterial es correcta y antes de cerrar el colgajo, realizaremos el atornillado directo del transfer, el cual nos permitirá posteriormente realizar la toma de impresiones para confeccionar la prótesis provisional en el laboratorio (Figura 13).

En este tipo de biomaterial y debido a la consistencia antes mencionada, normalmente no es necesario el uso de membranas ya que la reposición del colgajo sobre éste no induce prácticamente deformación alguna que provoque una pérdida o cambio de posición en el volumen injertado. Seguidamente procedemos a la sutura, dedicando especial interés a conseguir

13 Atornillado directo del transfer sobre el implante para la posterior toma de impresiones.

14. Inicio de la sutura del colgajo con exposición del transfer a traves del mismo.

un perfecto cierre primario de la herida, tanto en la zona crestal como en las descargas vestibulares, asegurando de esta manera la inmovilización del biomaterial introducido y su ajuste sobre el periostio (Figura 14).

Una vez hemos realizado la toma de impresiones sustituimos el transfer por un pilar de cicatrización cuya única finalidad es evitar un cierre de la herida sobre el implante durante las horas que transcurran hasta la entrega del provisional.

En la exploración mediante radiovisiografía podemos observar la correcta dirección en la creación del alveolo quirúrgico y la inserción del implante, obteniéndose una estabilidad primaria de 45 Ncm, que permitirá realizar la carga inmediata de dicho implante y del hueso circundante con garantía de éxito. También se observa la lesión radicular del 21 que ha permanecido asintomática, a pesar de la clara imagen en la RVG, durante los 5 años que la paciente fue portadora de su P.P.R. y los 6 años posteriores a la intervención y colocación del implante (Figura 15).

En el laboratorio procedemos al ajuste del calcinable sobre el hombro de la réplica

del implante, cargando la resina sobre éste y modelándolo hasta conseguir la altura, anchura y volumen exacto del diente simétrico al tratado. Una de las zonas más importante es el margen de la restauración y la emergencia que le daremos, ya que serán en parte el futuro soporte del margen gingival y de la papila. Hay que tener en cuenta que este paso es fundamental para trabajar los tejidos blandos desde el mismo momento de la intervención o en las primeras horas siguientes. Por lo tanto, no se trata de colocar "un diente" atornillado sobre el implante, sino el diente específico con las características idénticas como si se tratara del definitivo. De esta manera al retirar el calcinable, tendremos un margen y unas papilas que han dispuesto de un soporte interno durante el periodo de cicatrización.

Una vez se ha realizado el pulido definitivo del provisional, se cita al paciente en la clínica para la entrega del mismo. Otras veces permanecen en el consultorio durante la fabricación, especialmente en aquellos casos en los que el paciente acude con sus dientes naturales, se procede a la exodoncia de éstos e inmediatamente se colocan los implantes y se toman impresiones. De esta forma se controla el postoperatorio y la intimidad y comodidad del paciente.

Normalmente en este proceso y siendo una pieza unitaria transcurren entre 4 y 12 horas entre la colocación de la fijación y la entrega (Figura 16). En prótesis más complejas puede ser necesario hasta 24 horas ya que lo realmente importante es confeccionarlas con toda garantía de ajuste y durabilidad, como mínimo los 2 meses que dejaremos como tiempo de cicatrización de los tejidos periimplantarios.

Cuando la carga inmediata se realiza con prótesis definitivas (prótesis fijas híbridas) el período de espera por los trabajos de laboratorio y clínica oscila entre 2 y 3 días, intentando no sobrepasar este período para no tener problemas con la acción osteoclástica de reabsorción de hueso necrótico, hecho que hace disminuir la estabilidad primaria de los implantes y podría poner en peligro su integración.

Cuando procedemos a fijar el provisional, en primer lugar administramos un anestésico tópico en spray en la zona de los puntos y mucosa periimplantaria. De esta forma retiramos el pilar cicatrización (Figura 17) y ya tenemos un acceso directo a la conexión, pudiendo ajustar el diente sobre él sin necesidad de usar un anestésico infiltrativo.

Previamente a dicho ajuste procedemos a *«retirar todos los puntos de sutura»*, técnica que realizamos desde hace ocho años y hemos descrito en varios artículos. Lo que pretendemos con ella es retirar todo tipo de «tensiones» sobre los márgenes de la herida, de manera que al encajar los márgenes de la restauración sobre el implante demos un soporte y un volumen estable a los tejidos blandos, y así reposicionarlos en su ubicación casi definitiva donde iniciarán su cicatrización (Figuras 18 y 19).

El único riesgo es la apertura de la herida por dehiscencia, pero aunque en un principio no parezca viable, las uniones de la herida mediante las mallas de fibrina son

FDI Worldental Daily

fdi Mexico City 2011

El periódico oficial del

Congreso Mundial de FDI

México, DF, 14 al 17 de septiembre de 2011

DTI publicará 4 números del Worldental Daily

- **Como en la feria IDS de Colonia, Dental Tribune International** publicará en México cada día el medio oficial del congreso de FDI, garantizándole visibilidad a sus marcas o productos
- **Llegue a más de 10,000 visitantes cada día** con nuestro amplio sistema de distribución en las entradas de la expo, sitios de inscripción y hoteles oficiales
- **El *World Dental Daily* le lleva CLIENTES DIRECTAMENTE a su stand:** anuncie sus marcas, promociones, cupones o rifas y obtenga resultados
- Avise a sus clientes anunciándose en el **número previo** al evento que se envía con dos semanas anticipación a todos los expositores, importadores, distribuidores y personas pre-inscritas.

¡Aproveche nuestros paquetes especiales!

¡Anúnciese Ya!

Contacte a ; janagostaro@dentaltribune.com

SU PERIODICO DIARIO EN EL CONGRESO

15. Imágenes de radiovisiografía durante la preparación ósea e inserción del implante.

16. Imagen del diente provisional confeccionado sobre un calcinable hexagonal antirotatorio.

17. Situación de la herida a las 12 horas con el pilar de cicatrización atornillado.

18. Procedemos a retirar la totalidad de los puntos antes de insertar el provisional.

19. Visión fontal de las incisiones y las uniones mediante fibrina.

20. Situación del diente y los tejidos en la primera semana de cicatrización.

Trabajar con el mejor aliado, ¡Es siempre un buen negocio!

Tal vez ya conozca a Proclinic:
una de las empresas líderes del sector odontológico, especializada desde hace 27 años en la venta por catálogo en Europa.

Contamos con uno de los mejores sistemas de logística y distribución del mercado, y ahora emprendemos una nueva etapa empresarial: la comercialización de nuestra marca **Proclinic** en el área latinoamericana, buscando depósitos dentales distribuidores en todos los países de la zona.

¿Quiere saber qué le ofrece Proclinic?

Si quiere descubrir cómo funciona nuestro almacén,
haga la siguiente búsqueda en un explorador de Internet o en YouTube: "proclinic almacén".

Si desea conocer nuestros productos, conéctese a:

http://latinoamerica.proclinic.es

Si desea más información,
escriba un email a:
latinoamerica@proclinic.es

¿Colaboramos?

proclinic
Lo mejor para su clínica