EPRC122

Epikut
REVISTA CIENTÍFICA

S.I.N.
Implant System

#Creating Smiles

Las sonrisas son la sublime expresión de alegría que compartimos con quienes amamos durante momentos únicos, pero también representan la gratitud, el respeto, y muchas veces, el resultado de un trabajo continuo.

En S.I.N. Implant System creemos que la sonrisa de cada uno de nuestros socios ayuda a generar aún más sonrisas únicas en nuestros clientes.

Nuestro propósito es construir un ciclo afectivo y virtuoso, en el que la sonrisa es nuestra expresión máxima y universal de alegría.

Por eso, en los próximos años, viviremos esta filosofía aún más intensamente:
S.I.N. Creando Sonrisas.

S. I. N.
Implant System

Vea nuestra película

Epikut

REVISTA CIENTÍFICA

AUTORES:

DR. FÁBIO JOSÉ BARBOSA BEZERRA

Especialista en Implantología INEPO - SP, Máster en Periodoncia UNIP - SP, Doctorando en Biotecnología IBB - UNESP Botucatu, Director del Departamento de Investigación y Desarrollo de Productos de S.I.N. Implant System. Autor de 5 libros, 18 capítulos de libros y más de 60 artículos publicados en revistas científicas. Realizó conferencias en 16 países.

DRA. BRUNA GHIRALDINI

Doctora en Implantología - Universidad Paulista, MBA en Gestión Empresarial - Fundación Getúlio Vargas. Máster en Periodoncia - Universidad Paulista. Especialista en Periodoncia - Universidad Paulista. Postgrado en Implantología - INEPO. Postgrado en estética - SOESP. Coordinadora del Departamento de Investigación y Desarrollo de Productos - SIN.

DR. ROBERTO SALES E PESSOA

Especialista en Periodoncia ABO/EAP - Uberlândia; Maestría en Rehabilitación Oral - FOUFU - Uberlândia; Doctorado en Periodoncia/Implantología - FOAr/UNESP - Araraquara; Post-Doctorado en Ingeniería Biomecánica - FEMEC/UFU - Uberlândia; Becario de Investigación - BMe - Sección Biomecánica - KULeuven - Bélgica; Prof. Periodoncia/Implantología - Centro Universitario Triângulo Mineiro - UNITRI - Uberlândia-MG.

RESUMEN

07 EDITORIAL

08 HISTORIA Y DESARROLLO

14 CASOS CLÍNICOS

16 Sustitución inmediata de un implante mal posicionado, por el Dr. Fausto Frizzera

21 Ausencia del incisivo central, por el Dr. Felipe Moura

24 Alveolo comprometido por la presencia de una raíz residual asociada a un defecto óseo, por el Dr. Fernando Hayashi e Dra. Bárbara Martins Yamamoto

27 Ausencia de dientes en la cresta cicatrizada, por el Dr. Raphael Cangussu

32 Implantes adyacentes en área estética, por el Dr. Sérgio Lago

35 Pérdida de dientes por traumatismo mecánico (accidente automovilístico), por el Dr. Sérgio Maia

38 Ausencia múltiple de dientes superiores y dientes remanentes frágiles o fracturados, por el Dr. Sérgio Maia

41 Ausencia total de dientes inferiores, por el Dr. Felipe Moura

46 Maxilla edéntula total, por el Dr. Felipe Borba

EDITORIAL

Es un gran placer presentar la línea de implantes Epikut y Epikut Plus, de S.I.N. Implant System, una de las mayores empresas del mundo en soluciones implantológicas.

Original, innovadora y con una fuerte base científica, esta nueva línea de productos ha sido concebida para elevar el estándar clínico de tratamientos desafiantes como la carga inmediata, la instalación de implantes en alvéolos post-exodoncia y hueso de baja densidad, especialmente en áreas estéticas, con una validación clínica y científica que sigue las mejores prácticas definidas por la literatura y los organismos reguladores competentes como ANVISA, CE y FDA.

Disponible en dos versiones de acoplamiento protésico, cono morse y hexágono externo, tiene la versatilidad clínica necesaria para el tratamiento de casos unitarios, parciales y totales, con alto rendimiento y facilidad de uso clínico, además de contar con un kit quirúrgico propio, compacto, innovador y sofisticadamente sencillo, tanto para cirugías convencionales como guiadas.

La línea Epikut aporta la seguridad de una superficie moderadamente rugosa generada por el doble ataque ácido térmico, exclusivo y patentado por S.I.N. Implant System, mientras que la línea Epikut Plus añade a esta superficie un nanorecubrimiento bioactivo homogéneo, de 20 nanómetros de espesor, que convierte a este implante en lo más avanzado en respuesta biológica, aceleración de la cicatrización y calidad de la osteointegración.

Extendemos nuestro más sincero agradecimiento a todas las instituciones educativas, investigadores, Embajadores de S.I.N. y profesionales de la salud que aceptaron el reto de crear un producto verdaderamente épico con distintivos clínicos y científicos sin precedentes.

Esperamos que este nuevo producto sea de su agrado y que podamos seguir juntos, contribuyendo con la calidad de vida de las personas que tratamos en los más de 25 países en los que estamos presentes.

Saludos cordiales.

Prof. Dr. Fábio Bezerra
Director Global del Departamento de Investigación y Desarrollo S.I.N. Implant System.

S. I. N.
Implant System

HISTORIAL Y DESARROLLO

El Departamento de Investigación y Desarrollo de S.I.N. Implant System sigue los más rigurosos criterios científicos y clínicos recomendados por las principales agencias reguladoras mundiales como ANVISA, FDA y CE para el desarrollo de nuevos productos que puedan beneficiar a los profesionales de la odontología y a sus pacientes con seguridad, eficacia, previsibilidad y alto rendimiento.

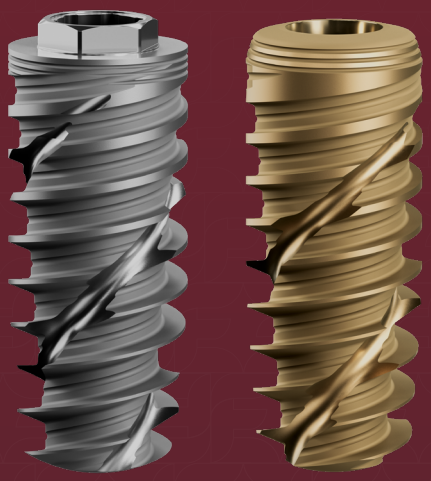
Todo el proceso de concepción, desarrollo, validación y aprobación reglamentaria precede al lanzamiento comercial de sus productos, siguiendo una jerarquía científica dicotómica, es decir, los procesos de desarrollo solo avanzan si obtienen excelentes niveles de resultados científicos definidos por estrictos criterios de literatura científica, estandarización normativa (ISO) y Buenas Prácticas de Fabricación (BPF). Para ello, todos los procesos se inician con estudios in vitro, como ensayos biomecánicos como el Análisis de Elementos Finitos (AEF) o los ensayos de Fatiga Acelerada, además de análisis moleculares y celulares, como el de Transducción de Señales, que son ensayos predictivos que evitan o minimizan el uso de animales en las primeras fases de desarrollo. Para algunos productos, los estudios con animales son exigidos por las agencias reguladoras y, cuando necesario, las pruebas con animales se realizan de acuerdo con las normas del CONCEA (Consejo Nacional de Experimentación Animal) y de la DBCA (Directriz Brasileña para el Cuidado y Uso de Animales con Fines Científicos y Didácticos).

Una vez que estas etapas se han completado, se inician los estudios clínicos controlados y regulados por las agencias reguladoras en Brasil y en el extranjero, además de requerir la aprobación previa de los Comités de Ética de la Investigación (CEP) registrados en la Plataforma Brasil.

Siguiendo esta jerarquía de desarrollo, generamos conocimiento científico, ajustamos la usabilidad de los productos y aseguramos su eficacia clínica en los estándares internacionales, buscando siempre la excelencia y una sólida base científica en estudios prospectivos longitudinales randomizados y con un grupo de control o revisiones sistemáticas consistentes.

De esta manera, se creó la más reciente línea de implantes de S.I.N. Implant System: Epikut y Epikut Plus (superficie de HAnano), lo más avanzado en implantes de alta estabilidad primaria, indicados principalmente para situaciones clínicas desafiantes como la carga inmediata, el alvéolo post-exodoncia y el hueso de baja densidad.

Con un diseño exclusivo, dos plataformas protésicas (Cono Morse y Hexágono Externo) y dos opciones de superficie (Doble Ataque Ácido (DAA) o HAnano) este implante se convierte en sinónimo de versatilidad clínica y excelentes resultados.



EL IMPACTO DE LAS SUPERFICIES BIOACTIVAS EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE OSTEOINTEGRACIÓN: UN ESTUDIO COMPARATIVO IN VITRO QUE EVALÚA SUPERFICIES HIDROFÍLICAS HANANO® Y SLACTIVE®.

BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL

Rodrigo A. da Silva[1,2,3], Geórgia da Silva Feltran[1], Marcel Rodrigues Ferreira[1], Patrícia Fretes Wood[1], Fabio Bezerra[1] and Willian F. Zambuzzi

[1] Lab. of Bioassays and Cellular Dynamics, Department of Chemical and Biological Sciences, Institute of Biosciences, UNESP-São Paulo State University, 18618-970, Botucatu, São Paulo, Brazil

[2] School of Dentistry, University of Taubaté, 12020-340, Taubaté, São Paulo, Brazil

[3] Program in Environmental and Experimental Pathology, Paulista University, São Paulo, 04026-002 São Paulo, Brazil.

Hay un esfuerzo creciente por desarrollar superficies activas innovadoras para acelerar la osteointegración, como el recubrimiento de hidroxiapatita cristalina nanoscópica (HAnano®). Para comprender mejor el comportamiento biológico de los osteoblastos cultivados sobre la superficie HAnano®, el conjunto de datos se comparó con la SLActive®, una superficie de titanio tratada con chorros de arena. Metodológicamente, se cultivaron osteoblastos en ambas superficies por hasta 72 horas para permitir la evaluación de la adhesión celular, la viabilidad y el conjunto de genes que codifican proteínas relacionadas con la adhesión, la proliferación y la diferenciación. Nuestros datos muestran que el HAnano® presenta un sustrato interesante para soportar la adhesión celular con células de morfología típicamente extendida, mientras que las células adheridas a SLActive® presentan una morfología fusiforme. Nuestros datos indican que el mecanismo de adhesión celular se acompañó de la expresión ascendente de la integrina B1, Fak y Src, favoreciendo el ensamblaje de plataformas de adhesión focal y el acoplamiento de la progresión del ciclo celular (upmodulation de los genes Cdk2, Cdk4 y Cdk6) en respuesta al HAnano®. Además, ambas superficies bioactivas promovieron la estimulación de la diferenciación de los osteoblastos, a través de la activación de los genes Runx2, Osterix y Alp. Aunque ambas superficies promovieron la expresión de los genes Rankl, la expresión del gen Opg fue más alta en la SLActive®, y esta diferencia se reflejó en la relación Rankl/Opg. Finalmente, el gen Caspasel fue significativamente modulado hacia arriba en respuesta al HAnano®, sugiriendo una implicación del complejo inflammasome. En conjunto, este estudio proporciona pruebas suficientes para confirmar que la superficie recubierta de nanohidroxiapatita proporciona el microambiente necesario para impulsar el rendimiento de los osteoblastos en los implantes dentales y se prevé que estas fases de osteogénesis se produzcan durante las primeras etapas de la osteointegración. ■

ARTÍCULO COMPLETO

CASOS DE FALLA Y ÉXITO EN LAS CORONAS ANTERIORES HECHAS CON SISTEMAS DE IMPLANTES ESTRECHOS

BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL

Edmara T.P. Bergamo[1], Everardo N.S. de Araújo-Júnior[1], Adolfo C.O. Lopes[1], Paulo G. Coelho[2], Abbas Zahoui[1], Ernesto B. Benalcázar Jalkh[1], Estevam A. Bonfante[1]

[1] Department of Prosthodontics and Periodontology, Bauru School of Dentistry - University of Sao Paulo, Bauru 17012-980, Brazil.

[2] Department of Biomaterials and Biomimetics New York University College of Dentistry, Department of Biomedical Engineering New York University Tandon School of Engineering Brooklyn, Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery New York University Grossman School of Medicine, New York City 10010, NY, USA.

La utilización de sistemas de diámetro estrecho (3,0≤Ø>3,75 mm) puede favorecer un óptimo posicionamiento tridimensional del implante, el cual está directamente relacionado con el éxito funcional, biológico y estético de la rehabilitación. Los implantes estrechos han demostrado tasas de supervivencia similares a las de los implantes de diámetro regular, de aproximadamente 95% tras 4 años de seguimiento clínico. A pesar de las elevadas tasas de supervivencia, se recomienda tener precaución al utilizar sistemas de implantes estrechos, ya que tanto el implante como los componentes protésicos pueden ser susceptibles a la fatiga y, en consecuencia, a la fractura.

El estudio en cuestión evaluó el rendimiento biomecánico de sistemas de implantes desarrollados recientemente, cuya macrogeometría se compone de un cuerpo cónico y un diámetro de cuello reducidos, así como de roscas más profundas y pasos de rosca más amplios, a través de una prueba de fatiga de laboratorio que ha demostrado ser eficaz para reproducir fallos clínicos, denominada prueba de fatiga acelerada progresiva (SSALT). Para ello, se evaluaron 3 sistemas de implantes con conexión cónica interna de diámetro reducido (Ø=3,5 mm x 10 mm) (n=18/sistema): (i) Active (Nobel Biocare), (ii) Epikut (S.I.N. Implant System) y (iii) BLX (Straumann).

Se atornillaron los respectivos pilares a los implantes y las coronas de los incisivos centrales estandarizadas se cementaron sobre ellos. Este conjunto fue sometido a una prueba de fatiga acelerada progresiva mediante la aplicación de una carga sobre el borde incisal en la dirección palatinovestibular en un ángulo de 30 grados, utilizando una fresa plana de carburo de tungsteno hasta llegar a la fractura o a la suspensión de la prueba (carga máxima de 500 N).

Los datos de falla fueron analizados por el modelo de daño acumulativo utilizando la distribución de Weibull y la relación vida-estrés por la ley de potencia inversa. Se calculó y representó gráficamente la probabilidad de supervivencia de los sistemas de implantes de completar una misión de 100.000 ciclos a 80 N y 120 N, tensión compatible con la carga masticatoria de la región anterior. El módulo de Weibull, un parámetro que evalúa la variación de la resistencia en función a la presencia de defectos, y la resistencia característica, una carga en la que el 63,2% de las muestras fallarían, también se calcularon y representaron gráficamente. Las muestras fracturadas se analizaron en el estereomicroscopio para hacer la comparación del modo de fallo de los tres sistemas.

Según el análisis de los datos de fallo, todos los sistemas de implantes estrechos mostraron una alta probabilidad de supervivencia (≥95%, intervalo de confianza-IC: 85-100%) luego de completar su misión de 100.000 ciclos a 80 y 120 N, sin diferencia estadística entre ellos. La resistencia característica del sistema Active fue de 271 N (IC: 260-282 N), la del Epikut fue de 216 N (205-228 N) y la del BLX fue de 275 N (264-285 N).

Si consideramos la fuerza masticatoria máxima reportada para la región anterior, 200 N, los datos presentados sugieren una alta fiabilidad para la geometría propuesta, ya que la fuerza característica de todos los sistemas fue superior al valor de referencia. El módulo de Weibull osciló entre 6 y 14 para los implantes de plataforma reducida sometidos a prueba, lo cual es compatible con los resultados obtenidos anteriormente para varios sistemas de implantes sometidos a fatiga, e indica una distribución de fallos homogénea y, en consecuencia, una fiabilidad estructural (distribución de defectos) satisfactoria en todos los implantes sometidos a prueba.

El modo de fallo involucró predominantemente la fractura del pilar y/o del tornillo del pilar, sin embargo, ningún implante estrecho se fracturó. El alto nivel de tensión para la fractura y el fallo predominante del componente protésico pueden estar asociados al comportamiento biomecánico favorable de las conexiones cónicas internas, incluso en sistemas de plataforma reducida, donde la mayor área de contacto implante-pilar reduce el micromovimiento en la interfaz y favorece la distribución de la tensión en el largo eje del implante, protegiendo la rehabilitación de la sobrecarga mecánica. Se puede concluir que los sistemas de implantes estrechos mostraron una alta fiabilidad para las fuerzas fisiológicas de masticación en la región anterior y las fallas se limitaron a la fractura del pilar y del tornillo del pilar. Se deben realizar estudios clínicos prospectivos para evaluar el desempeño biomecánico a largo plazo de estos nuevos sistemas. ■

ARTÍCULO COMPLETO

LA INFLUENCIA DE LA SUPERFICIE DE HIDROXIAPATITA NANOESTRUCTURADA EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA OSTEOINTEGRACIÓN: UN ESTUDIO MULTIPARAMÉTRICO EN HUESOS ANIMALES DE BAJA DENSIDAD ÓSEA.

INTERNATIONAL JOURNAL OF NANOMEDICINE

Suelen Cristina Sartoretto[1,2] ,Jose de Albuquerque Calasans-Maia[3], Rodrigo Figueiredo de Brito Resende[4], Eduardo Câmara[2], Bruna Ghiraldini[5], Fabio José Barbosa Bezerra[6], Jose Mauro Granjeiro[7,8], Monica Diuana Calasans-Maia[4].

[1]Oral Surgery Department, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, RJ, Brazil; Oral Surgery Department, Universidade Iguaçu, Nova Iguaçu, RJ, Brazil

[2]Post-Graduation Program in Dentistry, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, RJ, Brazil;

[3]Orthodontics Department, Dentistry School, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, Brazil;

[4]Oral Surgery Department, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, RJ, Brazil;

[5]Dental research Division, Dentistry School, Universidade Paulista, São Paulo, SP, Brazil;

[6]Laboratory of Bioassays and Cell Dynamics, IBB-UNESP, Botucatu, Brazil.

La implantación dental en pacientes parcial o totalmente edéntulos es un tratamiento previsible con altas tasas de éxito a largo plazo; sin embargo, la osteointegración precoz todavía se considera un reto en zonas con huesos trabeculados (huesos de tipo IV) o con huesos corticales más finos y de menor densidad, que generalmente se consideran menos adecuados para soportar a los implantes dentales.

En los últimos años, se han introducido nuevas tecnologías de superficie de implantes con micro o nanotopografía, nuevas composiciones químicas, nuevos protocolos de carga y nuevas técnicas quirúrgicas para mejorar la osteointegración y reducir el tiempo de tratamiento, permitiendo una carga funcional inmediata o precoz en pacientes con densidad ósea reducida.

Se han estudiado diversos planteamientos para mejorar las superficies de los implantes dentales, incluyendo técnicas mecánicas, químicas y físicas. El fosfato de calcio se ha utilizado ampliamente como sustituto óseo, revestimiento de implantes dentales y portador de proteínas, factores de crecimiento y antimicrobianos debido a su similitud con la fracción mineral del tejido óseo y a su adecuada capacidad de adhesión celular. Entre los fosfatos de calcio, la hidroxiapatita en particular se ha visto favorecida debido a su biocompatibilidad, seguridad, previsibilidad, disponibilidad ilimitada, menor morbilidad para el paciente y costo-beneficio, que ofrecen ventajas significativas y la convierten en una excelente opción para los revestimientos de las superficies de los implantes dentales.

El uso de la hidroxiapatita nanoestructurada para recubrir las superficies de los implantes de titanio, aumenta la resistencia de la unión entre el titanio y el hueso, incrementa la tasa de osteointegración y reduce la duración del periodo de tratamiento, especialmente en pacientes cuya calidad ósea es pobre.

La investigación para el desarrollo de nuevas superficies bioactivas que reduzcan el periodo de osteointegración en huesos de baja densidad está en constante crecimiento. Este estudio tuvo como objetivo comparar la respuesta ósea del HAnano® (S.I.N. Implant System, São Paulo, Brasil) con renombradas superficies hidrofílicas como la SLActive® (Straumann, Basilea, Suiza) y la TiUnite® (Nobel Biocare, Gotemburgo, Suecia) mediante el análisis histomorfométrico del contacto hueso-implante (BIC) y la ocupación de fracción de área ósea (BAFO) en un modelo de cresta ilíaca ovina de baja densidad ósea. ■

ARTÍCULO COMPLETO

IMPLANTACIÓN INMEDIATA POST-EXODONCIA EN LA REGIÓN MOLAR UTILIZANDO UN NUEVO IMPLANTE CON LA TÉCNICA DE PREPARACIÓN INTRARRADICULAR Y PRESERVACIÓN ALVEOLAR.

JOURNAL OF MULTIDISCIPLINARY DENTISTRY

Sérgio Henrique Lago Martins[1], Gustavo Henrique Apolinário VIEIRA[1], Fabio Jose Barbosa Bezerra, Bruna Ghiraldini, Sérgio Luís Scombatti de Souza

[1]Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Periodontia. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Fabio Jose Barbosa BEZERRA https://orcid.org/0000-0003-0330-2701

Bruna GHIRALDINI https://orcid.org/0000-0002-3693-3035

Sérgio Luís Scombatti de SOUZA https://orcid.org/0000-0002-6199-7348

Las exodoncias en dientes posteriores tienden a descuidarse porque no están en una zona estética, lo que provoca una mayor pérdida de tejido tras la extracción. Al utilizar los abordajes inmediatos se produce una importante reducción de la reabsorción de los tejidos remanentes, promoviendo una mayor estabilidad en las rehabilitaciones soportadas por implantes respecto a la altura del margen gingival, evitando las coronas protésicas con sobrecontorno. El implante inmediato combinado con el injerto óseo puede ser una opción viable en el mantenimiento de la arquitectura ósea. Por lo tanto, el objetivo de este informe es presentar las ventajas de utilizar un nuevo implante con macro y nanoestructura favorable para la colocación inmediata en un caso clínico en la región posterior de la mandíbula. La paciente, de 42 años, sin problemas sistémicos, acudió a la clínica dental para la rehabilitación con implantes dentales de la región del diente 46 debido a una destrucción coronaria.

Se optó por colocar un implante de alta estabilidad primaria (Epikut Plus®, S.I.N. Implant System, São Paulo, Brasil) combinado con un relleno de huecos con injerto óseo xenógeno y un sellado de alvéolos con un cicatrizador de polímero orgánico termoplástico personalizable. En el postoperatorio de 30 días se observó una buena cicatrización de los tejidos y una ganancia de tejido queratinizado. Un control postoperatorio de 2 meses demostró que había un perfecto mantenimiento de los tejidos, lo que permitió un tejido gingival de buena calidad para el acondicionamiento de la mucosa periimplantaria durante el periodo de provisionalización. Tras 3 meses de tratamiento se solicitó una radiografía periapical y se realizó una prótesis atornillada sobre el implante. El implante con sus características adecuadas permitió la utilización de la técnica inmediata luego de la exodoncia, con una excelente estabilidad primaria proporcionada por su macrogeometría, y una formación ósea precoz debido a la superficie nanoestructurada. Este conjunto de factores permitió que la rehabilitación oral tuviera éxito en un corto período de tiempo. ■

ARTÍCULO COMPLETO

NUEVO CONCEPTO DE IMPLANTES PARA UNA ALTA ESTABILIDAD PRIMARIA EN HUESOS DE BAJA DENSIDAD Y ALVÉOLOS POST-EXODONCIA.

IMPLANTNEWS - REHABILITACIÓN ORAL DE A A Z

Nelson R. F. A. Silva[1], Felipe Moura Araújo[2], Roberto Sales e Pessoa[3], Mônica Diuana Calasans-Maia[4], Bruna Ghiraldini[5], Fábio J. B. Bezerra[6].

[1]Máster y Doctorado en Prótesis - FOB-USP; Post-Doctorado en Biomateriales - NYU; Profesor Asociado del Dpto. de Odontología Restauradora - Facultad de Odontología, UFMG. Orcid: 0000-0002-9876-6017.

[2]Doctorando en Implantología - Universidad de Guarulhos; Coordinador del curso de especialización en Implantología - ABO/SP y ETEC/MG. Orcid: 0000-0001-6160-9512.

[3]Doctor en Periodoncia e Implantología -FOAr/Unesp; Profesor del Departamento de Periodoncia e Implantología -Universidade do Triângulo Mineiro. Orcid:0000-0003-1763-3691.

[4]Especialista y Máster en CTBMF - UFRJ; Doctora en Patología y profesora titular del Departamento de Cirugía Oral Menor - Universidad Federal Fluminense. Orcid: 0000-0001-5759-7926.

[5]Doctora en Implantología - Unip; Coordinadora del Departamento de Investigación y Desarrollo - S.I.N. Implant System. Orcid: 0000-0002-3693-3035.

[6]Doctor en Biotecnología - Instituto de Biociencias/Unesp; Director del Departamento de Investigación y Desarrollo - S.I.N. Implant System. Orcid: 0000-0003-0330-2701.

Objetivo: Este artículo presenta una nueva propuesta de implantes con características específicas para su utilización en situaciones clínicas desafiantes.

Material y métodos: todos los implantes fueron colocados por profesionales con experiencia previa de al menos diez años y siguiendo las recomendaciones del fabricante. Para la recolección de datos se utilizó un formulario que contenía el género y la edad de los pacientes, el tipo de implante colocado, el tipo de alvéolo (fresco o cicatrizado) y la utilización o no de injerto óseo simultáneo, las complicaciones trans o postoperatorias, las alteraciones clínicas o radiográficas y la obtención de la osteointegración. Se fotografiaron y presentaron dos casos representativos.

Resultados: En total se colocaron 161 implantes (109 CM, 52 HE; diámetros: 3,5 mm - 4,5 mm, longitudes: 10-13 mm) en 91 pacientes (68% hombres, 32% mujeres, edad media de 50 años), con un 65% de los implantes en alvéolos postexodoncia y un 53% asociados a injertos intraalveolares. El valor medio del par de inserción fue de 45 N.cm, lo que permite una carga inmediata cuando está clínicamente indicado. La tasa de supervivencia general fue del 99,37%.

Conclusión: dentro de las limitaciones de este estudio, los casos presentados sugieren la eficacia de la utilización de esta nueva propuesta de implantes para casos de baja densidad ósea o cuando la carga inmediata está recomendada. ■

CASOS CLÍNICOS

SUSTITUCIÓN INMEDIATA DE IMPLANTE MAL POSICIONADO

POR EL DR. FAUSTO FRIZZERA

Especialización, Máster y Post Doctorado en Periodoncia por la FOAr-Unesp; Doctorado en Implantología por la FOAr-Unesp; Profesor titular de Periodoncia e Implantología en la FAESA; Autor del libro "Estética Integrada en Periodoncia e Implantodoncia".

INTRODUCCIÓN DEL CASO

El posicionamiento del implante es esencial para el éxito a largo plazo. Los errores en el posicionamiento de los implantes pueden provocar alteraciones estéticas o funcionales en el tejido óseo y mucoso, así como también puede traer dificultades en la rehabilitación e higiene.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

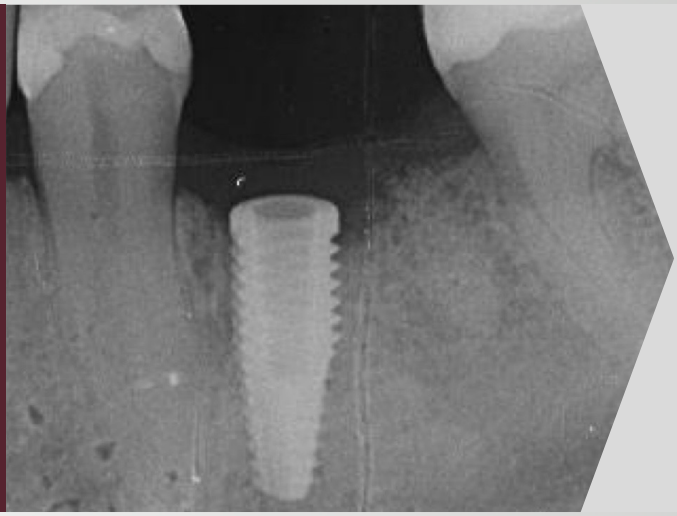
El implante previamente colocado en la región del 36 estaba sumergido. En la radiografía se detectó una alteración de la posición y una pérdida ósea periimplantaria. Se realizó un colgajo total y se confirmó la malposición del implante debido a la presencia de supuración. El implante se retiró con la ayuda de una llave de trinquete con torque manual inverso. Se preparó un nuevo lecho quirúrgico con fresas cortantes y se realizó la colocación inmediata de un implante de 4,5x10 mm (Epikut) con un torque de fijación de 50 N.cm. El déficit óseo existente se rellenó con biomaterial, con un cicatrizador instalado, y se suturó el colgajo con hilo de nylon 5-0.

Procedimiento de restauración realizado por la Dra. Bianca Vimercati.

FICHA DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, 61 años.
Motivo de la consulta: ausencia dental en la región del 36, el implante se había colocado en el mismo momento de la exodoncia.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: extracción de un implante mal posicionado y colocación inmediata de un nuevo implante con reconstrucción ósea.

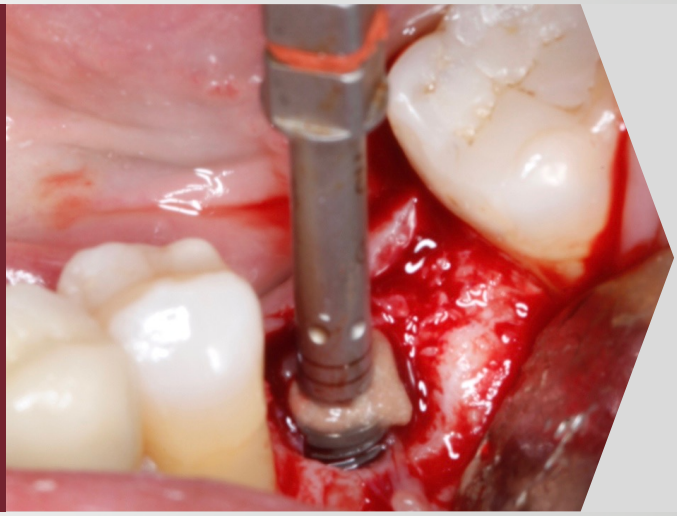
ANTES



1

En la radiografía se detectó una alteración del posicionamiento (mesiodistal y cervicoapical) y una pérdida ósea periimplantaria.

DURANTE



2

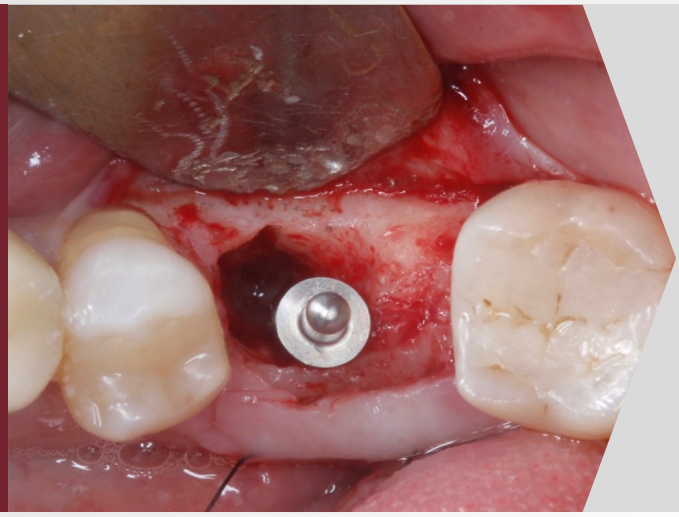
Se realizó un colgajo total y se confirmó la malposición del implante debido a la presencia de supuración.

DURANTE

3

El implante estaba osteointegrado y se extrajo con una llave de trinquete con torque manual inverso. Se preparó un nuevo lecho quirúrgico con fresas cortantes.

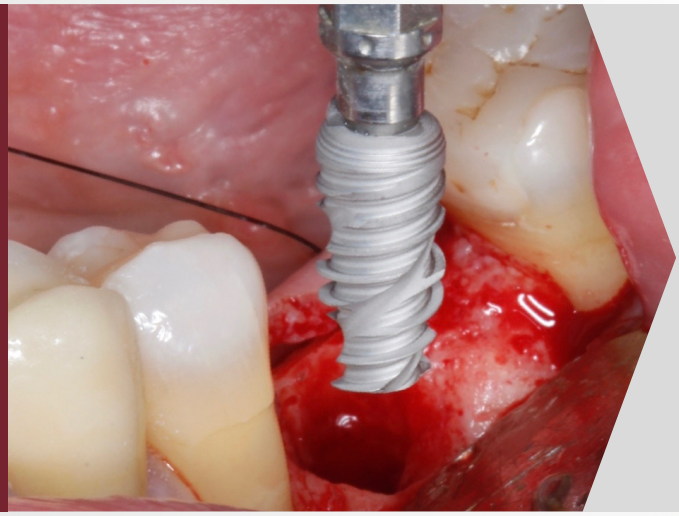
DURANTE



4

Evaluación del posicionamiento tras realizar perforaciones con pines de paralelismo.

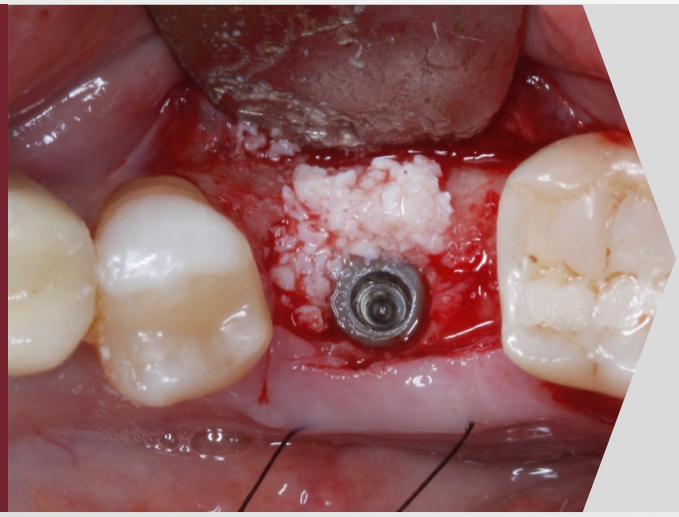
DURANTE



5

Se realizó la colocación inmediata de un implante Epikut de 4,5x10 mm con una fijación de 50N.cm.

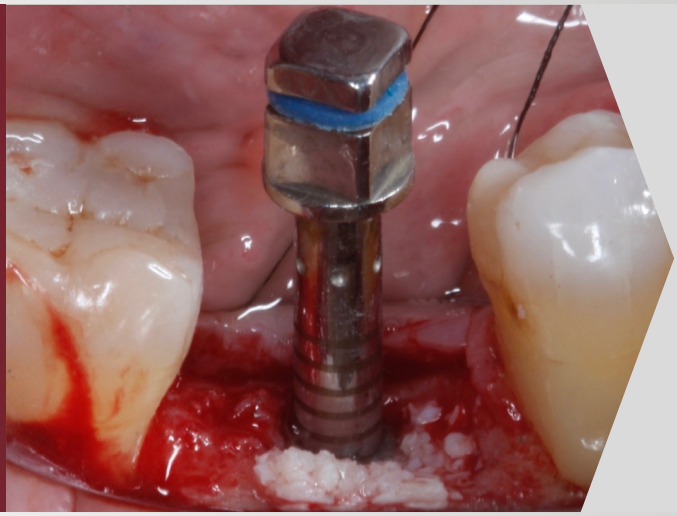
DURANTE



6

Aspecto tras la colocación del implante y la regeneración ósea.

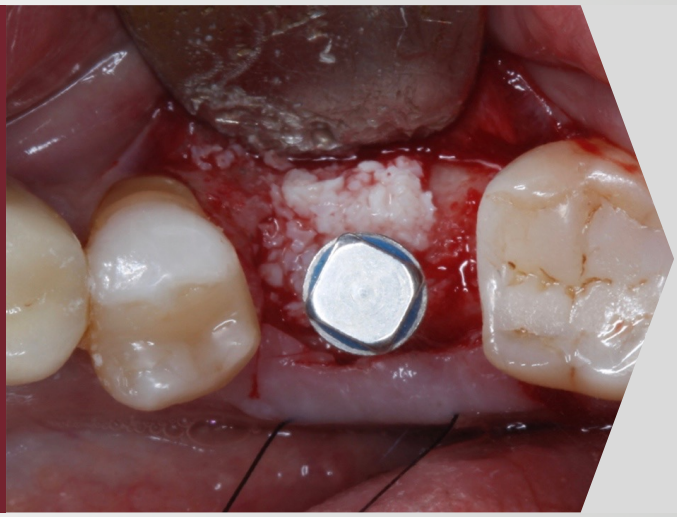
DURANTE



7

Llave de trinquete en posición para demostrar el posicionamiento mesiodistal y cervicoapical.

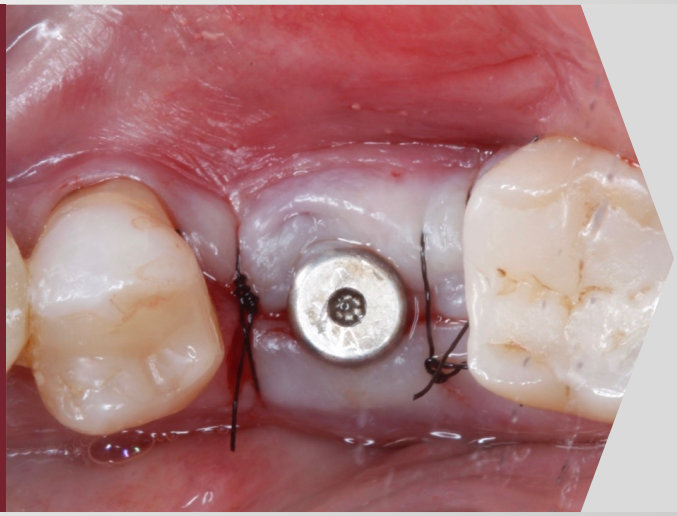
DURANTE



8

Llave de trinquete en posición para demostrar el posicionamiento mesiodistal y bucolingual.

DURANTE



9

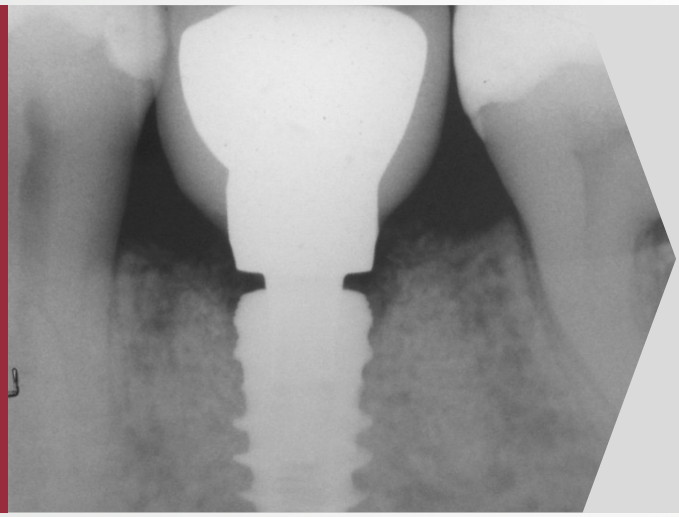
Aspecto final después de la colocación del cicatrizado y la sutura del colgajo, una etapa quirúrgica.

DURANTE

10

Confección y captura de provisionales, para el acondicionamiento gingival.

DESPUÉS



11

Radiografía con la corona definitiva en posición. Caso de rehabilitación completado.

DESPUÉS

12

Corona definitiva en posición. Caso de rehabilitación completado. Rehabilitación protésica dirigida por la Dra. Bianca Vimercati.

AUSENCIA DEL DIENTE INCISO CENTRAL

POR EL DR. FELIPE MOURA

Maestro, especialista en Implantología; Doctorando en Implantología; Coordinador del curso de especialización en implantología en Abo São Paulo; Coordinador del curso de especialización en implantología en la Facultad Arnaldo en Belo Horizonte.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

La ausencia de un diente anterior hace necesaria una cuidadosa planificación y gestión. Sabemos que la falta de preservación del hueso alveolar a lo largo del tiempo provoca una importante atresia ósea, y en los casos limítrofes es fundamental contar con la ayuda de recursos distales, como la tomografía computarizada y la cirugía guiada, para asegurar la correcta colocación tridimensional del implante.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Planificamos y realizamos una cirugía guiada en la región del 21 en un alveolo cicatrizado. Realizamos la incisión y el colgajo utilizando la técnica de ROG. Se posicionó la guía y se colocó el implante con 60N. cm. A continuación, finalizamos el proceso con la técnica ROG para minimizar el defecto estético, colocando una corona provisional con sutura reabsorbible.

FICHA DEL PACIENTE

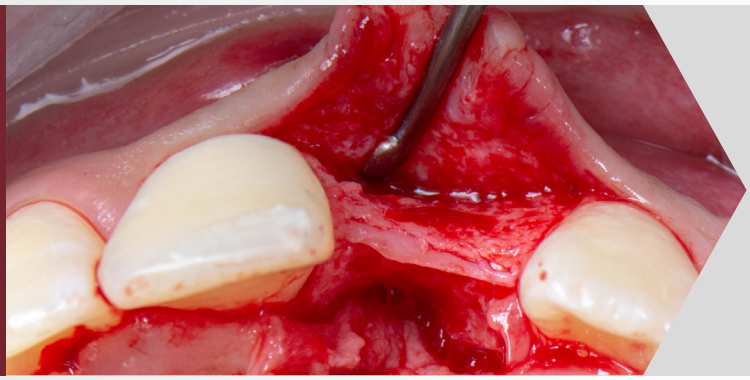
Paciente masculino, 21 años.
Motivo de la consulta: ausencia de dientes que afectan a la estética.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: cirugía guiada para colocar un implante a través de la técnica ROG y un provisional para una estética inmediata.

ANTES

1

Condición inicial: con ausencia del 21 y buen estado gingival.

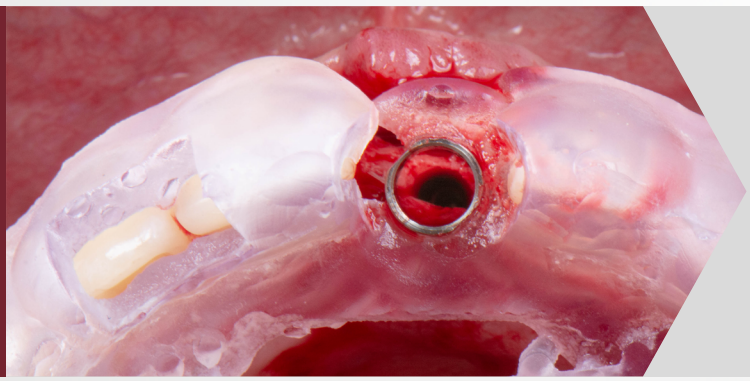
DURANTE



2

Colgajo total evidenciando el espesor óseo.

DURANTE



3

Alveolo quirúrgico realizado mediante cirugía guiada.

DURANTE

4

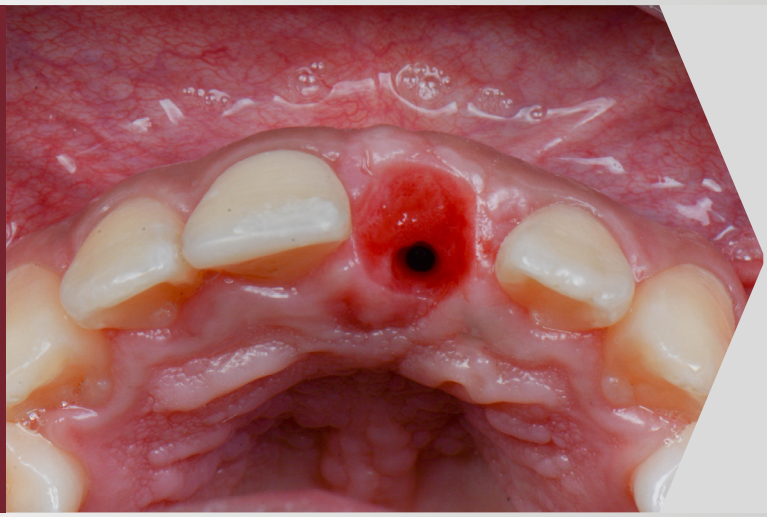
Injerto conjuntivo aplicado junto a la cirugía de corrección de pérdida de volumen.

DURANTE

5

Foto del postoperatorio inmediato, con el provisional y la sutura terminada.

DURANTE



6

Estabilidad tisular adquirida y perfil de emergencia.

DESPUÉS

7

Prótesis definitiva en posición, devolviendo satisfactoriamente la función masticatoria y la estética.

ALVÉOLO COMPROMETIDO POR LA PRESENCIA DE UNA RAÍZ RESIDUAL ASOCIADA A UN DEFECTO ÓSEO

POR EL DR. FERNANDO HAYASHI

Maestría y Doctorado en Periodoncia por la FOUSP; Profesor de los Cursos de Especialización e Inicialización en Implantología de la UNIP - SP y Autor del libro "Implantes en Áreas Estéticas (Ed. Napoleão, 2011).

POR DRA. BÁRBARA MARTINS YAMAMOTO

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial por la FOUNIP y especialista en Implantología.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

La colocación de implantes inmediatos en alvéolos comprometidos representa un reto común en la rutina diaria de la implantología. Se pueden utilizar varias alternativas para evitar la formación de un defecto óseo y estético alrededor del implante inmediato, y entre ellas se puede citar el relleno del defecto con substitutos óseos.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La raíz del diente 14 en el examen clínico presentaba una forma residual. La tomografía computarizada mostró una reabsorción y un defecto óseo. Se realizó un colgajo total que se extendía hasta la región del diente 16. Se extrajo la raíz de forma atraumática y se realizó un nuevo alveolo quirúrgico, colocando un implante de 4,5x10 mm (14) y otro de 4,5x11,5 mm (16), ambos Epikut Plus, con 45 N.cm de fijación. A continuación se rellenó el defecto óseo con biomaterial bovino, luego se suturó y, al cabo de 5 meses, se inició la rehabilitación protésica.

FICHA DEL PACIENTE

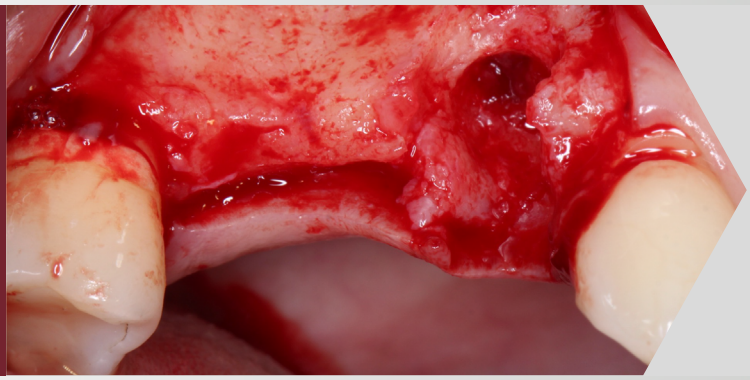
Paciente de sexo femenino, 46 años.
Motivo de la consulta: tratamiento tras fractura de la corona del diente 14 y ausencia de los dientes 15 y 16.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: colocación del implante en la región del diente 16 y extracción de la raíz del diente 14, seguida de la colocación inmediata del implante y del tratamiento de los defectos óseos para una futura rehabilitación implantosoportada.

ANTES

1

Aspecto inicial del reborde en el que se observa la presencia de la raíz residual del diente 14 y la ausencia de los dientes 15 y 16.

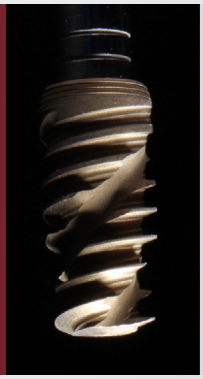
DURANTE

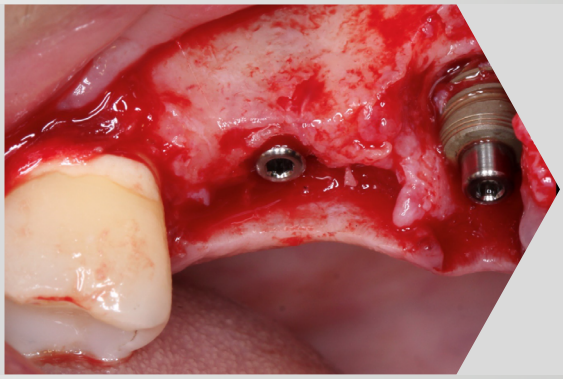


2

Se realizó un colgajo completo con una incisión relajante en la distal del diente 13. Se despegó el colgajo para acceder al defecto óseo en la región del alvéolo del diente 14.

DURANTE

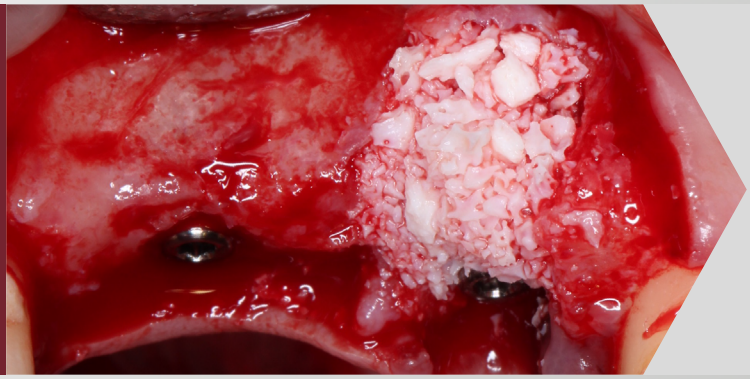




3

Se colocaron implantes anclados al suelo del seno maxilar para aumentar la estabilidad primaria. Alrededor del implante en la región del 14 había un defecto que dejaba al descubierto las espiras vestibulares del implante.

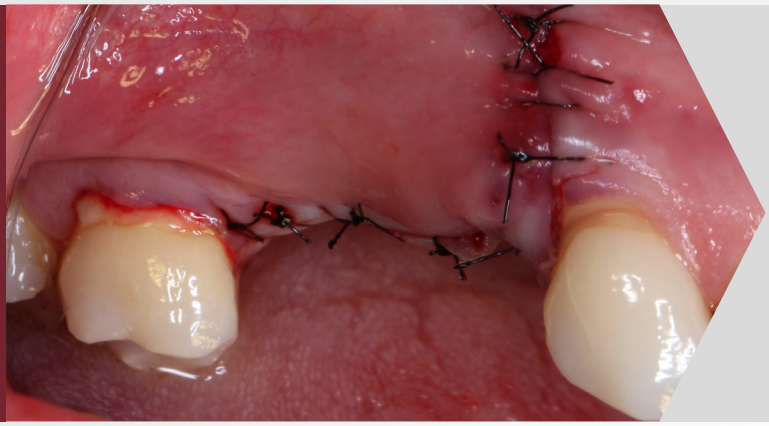
DURANTE



4

El defecto alrededor del implante en la región del 14 se rellenó con hueso mineral bovino particulado que se acomodó bien gracias a las paredes óseas remanentes.

ANTES



5

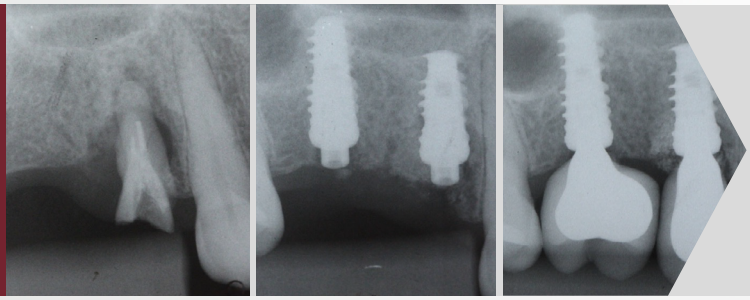
Sutura de mononylon realizada al final de la cirugía.

DURANTE

6

Cicatrizadores colocados en la cirugía de reapertura, iniciando la fase protésica. Posteriormente, se confeccionaron prótesis unitarias metalocerámicas.

DURANTE



7

En la secuencia radiográfica se observa un buen asentamiento protésico y una buena formación ósea.

DESPUÉS

8

Aspecto final conseguido con la prótesis definitiva en posición.

AUSENCIA DE DIENTES EN EL REBORDE CICATRIZADO

POR EL DR. RAPHAEL CANGUSSU

Especialista, con Maestría y Doctorando en Implantología (SLMandic/SP); Especialista en Periodoncia (FBB/ABO-BA); Coordinador de los Cursos de Cirugía Plástica Periodontal y Cirugía Periimplantaria (Grupo Plástica Perio-implantar/BA).

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Los desafíos en rebordes cicatrizados con implicación estética, que además exigieron una rehabilitación protésica realizada por el Dr. Danilo Ferraz junto con técnicas regenerativas en los tejidos óseos y gingivales, lograron resultados predecibles y duraderos a largo plazo.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Paciente de sexo masculino, con ausencia de los dientes 25 y 36, con pérdida de volumen tisular, recesión gingival en el diente 24 asociada a la abfracción, y desgaste dental oclusal/incisal en los dientes 24 y 23. Rehabilitación implantológica en la región de los dientes 25 y 36, injerto conjuntivo para corregir el defecto vestibular del 25 y recubrimiento parcial del 24, combinado con restauraciones en resina compuesta en la cervical del 24, así como en el tercio incisal del 23 y 24 para la corrección estética y recuperación de la guía canina, asociando salud, función y estética.

FICHA DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino, 28 años de edad.
Motivo de la consulta: ausencia de los dientes 25 y 36 con implicación estética.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: cirugía guiada combinada con injertos de tejido conectivo en un único acto quirúrgico.

ANTES

1

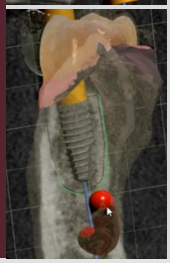
Ausencia de los dientes 26 y 36 con pérdida de volumen tisular.

ANTES

2

Aspecto de la sonrisa natural inicial, mostrando la estética perjudicada por la ausencia de los dientes.

ANTES



3

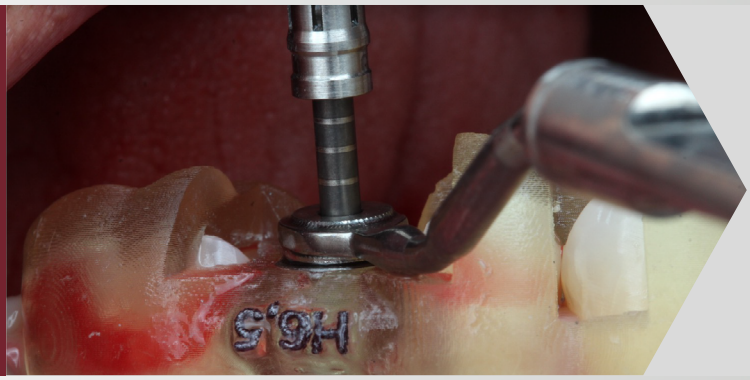
El paciente se sometió a estudios de imagen (tomografía computarizada de haz cónico de las regiones que se iban a implantar) y a un escaneo intraoral. A partir de la planificación en ambiente virtual se confeccionaron dos guías quirúrgicas impresas.

DURANTE

4

Colgajo total (con incisión en la cresta más desplazada hacia el paladar), evidenciando un buen remanente óseo.El propósito de la elevación del colgajo era tener la posibilidad de traer tejido de la cresta para el aumento de volumen vestibular.

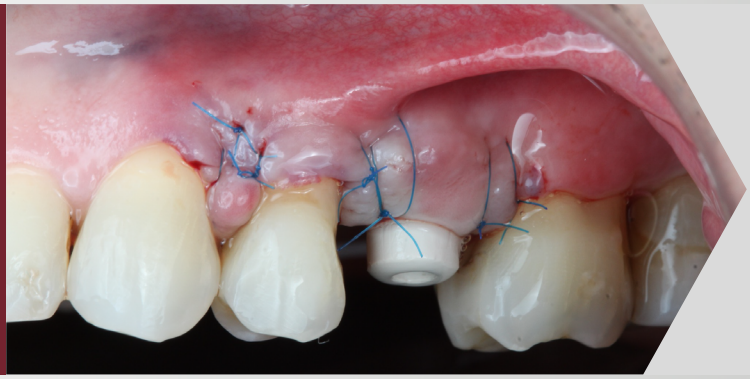
DURANTE



5

La secuencia de fresado se realizó utilizando la guía quirúrgica y el kit de cirugía guiada.

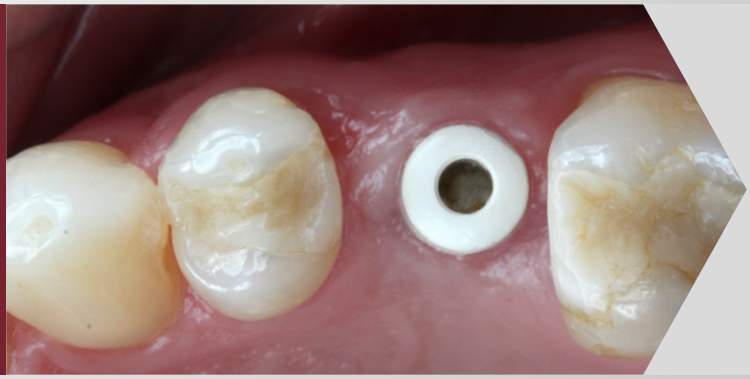
DURANTE



6

Se realizó un injerto conjuntivo en la región del implante (25) y para el recubrimiento radicular parcial del 24. Aspecto quirúrgico final, con las suturas suspensivas ancladas tras la colocación del implante Epikut 3,5x10 mm y el cicatrizador de peek de 4,5 mm de diámetro.

DURANTE



7

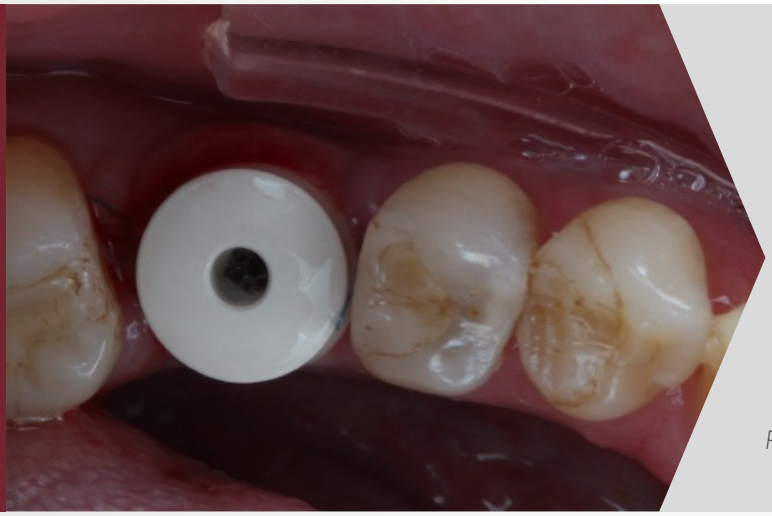
Aspecto postoperatorio con 60 días transcurridos.

DURANTE

8

Aspecto inicial de la región 36.

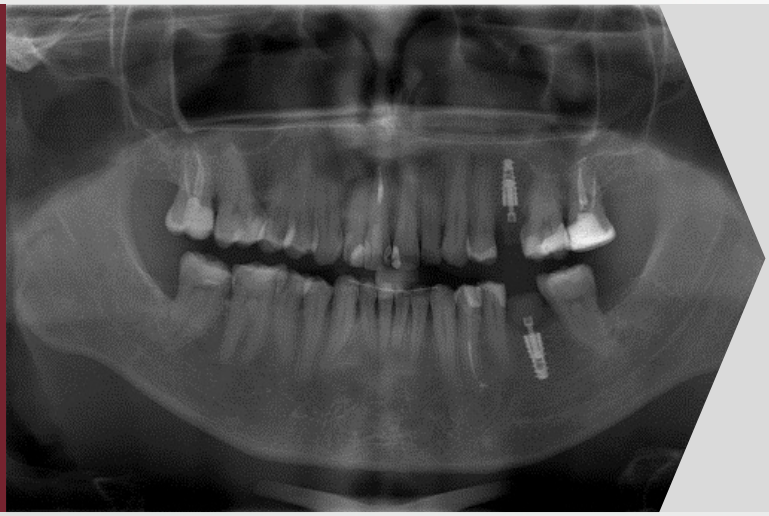
DURANTE



9

Aspecto quirúrgico final, con la sutura y el cicatrizador de 8 mm de diámetro en posición. Es importante destacar que los cicatrizadores de peek recibieron un ajuste en la región cervical dejándolos sub contorneados, lo cual favorece un mejor perfil de emergencia para la rehabilitación protésica.

DURANTE



10

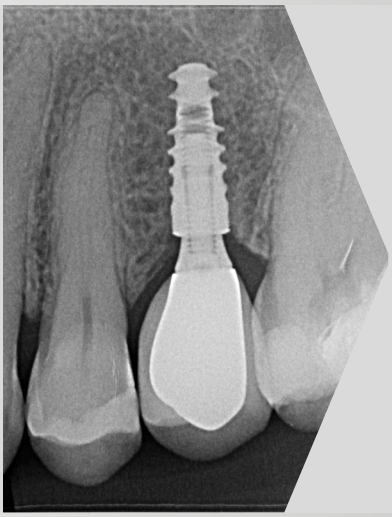
Toma radiográfica después de la cirugía.

DURANTE

11

Modelado de transferencia personalizado, copiando el perfil de emergencia establecido por el provisorio sobre implante del 25 y el cicatrizador de peek del 36, para confeccionar las prótesis definitivas.

DURANTE



12

Caso finalizado, prótesis definitiva (infraestructura de zirconio con link metálico en titanio) en posición con contornos tisulares adecuados. Radiografía periapical final (región PMSE).

DEPOIS

13

Se observa el restablecimiento de la guía canina a través del procedimiento de restauración. Esta rehabilitación realizada con cerámica y resina compuesta produjo un resultado estético muy interesante.

IMPLANTES ADYACENTES EN EL ÁREA ESTÉTICA

POR EL DR. SÉRGIO LAGO

Especialista en Periodoncia en el Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais [HRAC/USP]; Maestría y Doctorado en Periodoncia en la Facultad de Odontología de Ribeirão Preto [USP]; Coordinador del Curso de Especialización en Implantología y Periodoncia; Coautor de libros, capítulos y publicaciones periódicas sobre Periodoncia e Implantología. Miembro de ImPerio Team.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Una paciente de 58 años acudió a la clínica para la rehabilitación de los dientes 11 y 21 que presentaban un pronóstico desfavorable. Se realizó una exodoncia mínimamente invasiva con colocación inmediata de implantes Epikut y provisionalización inmediata con cicatrizadores Peek.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los dientes 11 y 21, debido a su mal pronóstico, fueron extraídos. Mediante la evaluación tomográfica se observó la posibilidad de la colocación inmediata de implantes en la región. Se optó por una exodoncia mínimamente invasiva para permitir una mayor integridad de los tejidos óseos y gingivales remanentes. Tras la preparación del lecho, se colocaron inmediatamente dos implantes de 3,5x11,5 mm (Epikut Plus) con un torque de fijación de 40 y 45 N.cm en los dientes 11 y 21, respectivamente. Se realizó un injerto de tejido conectivo y un relleno de gap con un injerto óseo xenógeno, Luego se suturó con hilo de nylon azul 5.0.

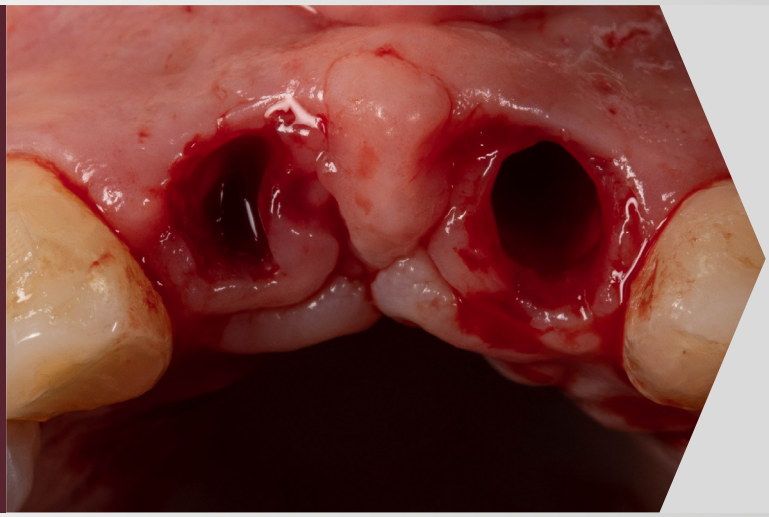
FICHA DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, 58 años.
Motivo de la consulta: los dientes 11 y 21 se movían, el examen radiográfico reveló reabsorción radicular y pérdida ósea interproximal.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: exodoncia de los dientes 11 y 21 con colocación inmediata de implantes Epikut junto con el tratamiento de tejidos blandos.

ANTES

1
Aspecto inicial, con alteraciones del contorno gingival y del volumen.

ANTES

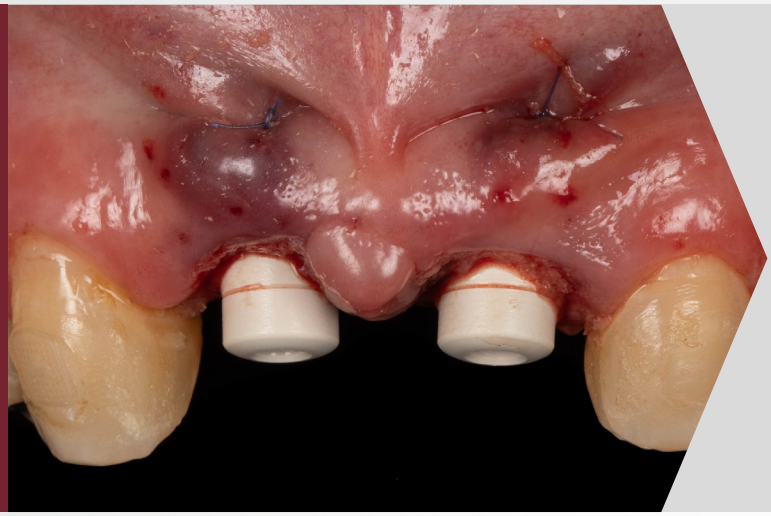


2
Extracciones mínimamente traumáticas realizadas con el objetivo de mantener los tejidos óseos y gingivales.

DURANTE

3
Se verifica el paralelismo y el posicionamiento.

DURANTE



4

Sutura realizada con cicatrizadores en posición e injerto de tejido conjuntivo estabilizado.

DURANTE

5

Perfil de emergencia con tejido estabilizado.

DEPOIS

6

Coronas provisorias.

DIENTES PERDIDOS DEBIDO A UN TRAUMATISMO MECÁNICO
(ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO)

POR EL DR. SÉRGIO MAIA

Licenciado en Odontología por la UNP- Natal/RN; Especialista en Periodoncia APCD-Bauru/SP; Especialista en Implantología USP-Bauru/SP; Maestría en Implantología UNISA-SP/SP; Profesor Coordinador del Perfeccionamiento en Implantología de la UNP- Natal. Profesor de la especialización en Implantología CPGO-Natal/RN; Co-autor del libro Estética en la Ortodoncia: una sonrisa para cada rostro. Câmara, CA. Posee un consultorio privado en Natal/RN.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

El mayor desafío en la rehabilitación de áreas contiguas en regiones estéticas es la conservación de una arquitectura periimplantaria natural, con un margen gingival y papilas estables. El reto es aún mayor cuando se trata de casos que requieren soluciones rápidas, como ocurre cuando se pierden los dientes debido a un traumatismo.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Tras la odontosección de los dientes 11 y 21, se retiraron los fragmentos palatinos. Las porciones vestibulares se mantuvieron y se prepararon de forma que se obtuvieran fragmentos de unos 2 mm de grosor que mantuvieran la integridad del ligamento periodontal en las superficies vestibulares y proximales. De este modo, la arquitectura gingival original se mantuvo en su totalidad, sin pérdida de volumen cicatricial. Los lechos óseos se prepararon con fresas del kit Epikut y los implantes (Epikut Plus CM 4,5x13 mm) se colocaron con un torque de 40 N.cm. Las restauraciones provisorias inmediatas se realizaron en cilindros provisorios de 3,5 mm de diámetro.

Fase protésica dirigida por el Dr. Bruno Maia.

FICHA DEL PACIENTE

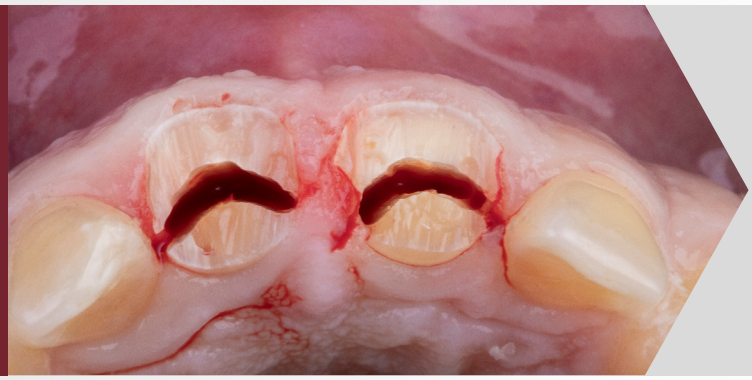
Paciente de sexo masculino, 42 años.
Motivo de la consulta: el paciente fue víctima de un accidente de coche en el que se fracturó las raíces de los dientes centrales superiores.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: se planificó la contención y el control del cuadro agudo inicial con la posterior extracción de los centrales con implantes inmediatos y provisionalización inmediata.

ANTES

1

Aspecto inicial tras la estabilización del caso.

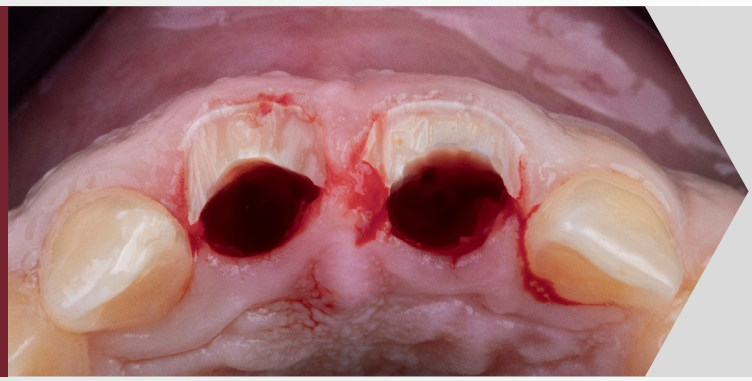
DURANTE



2

Odontosección cuidadosa para mantener la arquitectura gingival y ósea.

DURANTE



3

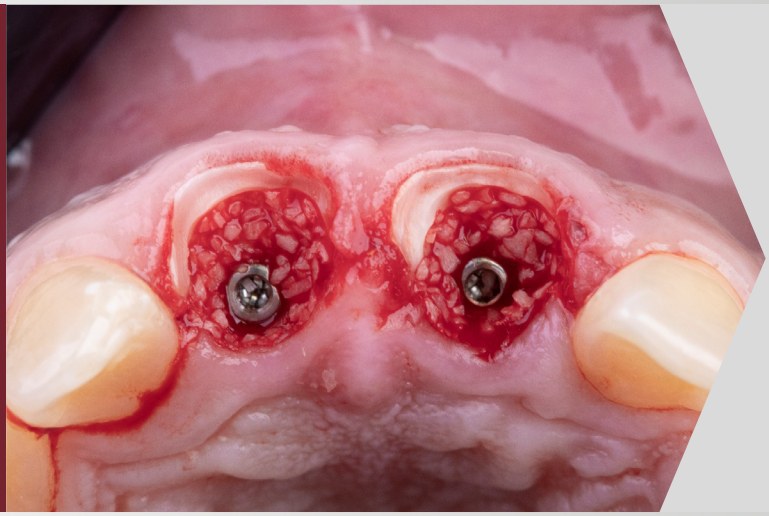
Extracción inicial de la porción palatina de la raíz, de forma atraumática con preservación de la arquitectura y la placa ósea vestibular.

DURANTE

4

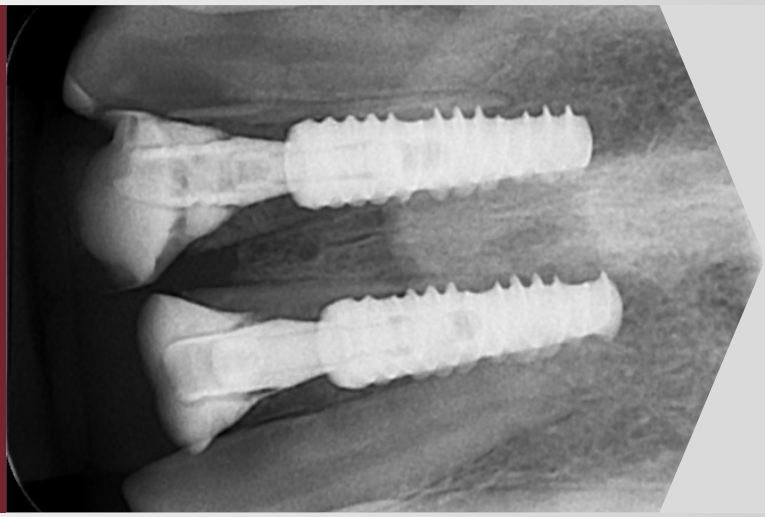
Implantes colocados tras la reducción del volumen vestibular, sostenidos de la raíz.

DURANTE



5
Implante colocado con regeneración realizada.

DURANTE



6
Radiografía para verificar el estado de los tejidos, el posicionamiento y asentamiento de la prótesis.

DEPOIS

7
Caso finalizado, estética y estabilidad tisular. Fase protésica realizada por el Dr. Bruno Maia.

AUSENCIA MÚLTIPLE DE DIENTES MAXILARES Y DENTADURAS REMANENTES FRÁGILES O FRACTURADAS

POR EL DR. SÉRGIO MAIA

Licenciado en Odontología por la UNP- Natal/RN; Especialista en Periodoncia APCD-Bauru/SP; Especialista en Implantología USP-Bauru/SP; Maestría en Implantología UNISA-SP/SP; Profesor Coordinador del Perfeccionamiento en Implantología de la UNP- Natal. Profesor de la especialización en Implantología CPGO-Natal/RN; Coautor del libro Estética en la Ortodoncia: una sonrisa para cada rostro. Câmara, CA. Posee un consultorio privado en Natal/RN.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

La posibilidad de colocar inmediatamente una prótesis fija sobre implantes en el momento de la extracción de los elementos dentales supone una enorme ventaja psicológica. El cuidado que se tiene durante la extracción con técnicas mínimamente invasivas y la filosofía de extracción parcial de los elementos dentales otorgan al procedimiento un alto valor estético y rapidez.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La paciente fue sometida a un procedimiento de injertos en senos maxilares, bilateralmente, y seis meses después se realizaron extracciones de los dientes 13, 11, 21 y 23 mediante la técnica de "Extracción Parcial de Elemento Dental", así como el entierro del diente 12. Se colocaron implantes en las regiones previamente injertadas (17, 16, 24 y 26 - Epikut Plus CM 3,5x10 mm) con torques que variaron entre 30 y 40 N.cm. En los alvéolos de extracción se colocaron (13 y 23 - Epikut Plus CM 3,5x15 mm y; 11 y 22 - Epikut Plus CM 3,5x11,5 mm) con torques que variaron entre 40 y 50 N.cm. Se adaptaron minipilares (3,5x2 mm) y se extrajo el molde para la prótesis fija provisional en resina acrílica.

Fase protésica dirigida por la Dra. Daniele Dória.

FICHA DEL PACIENTE

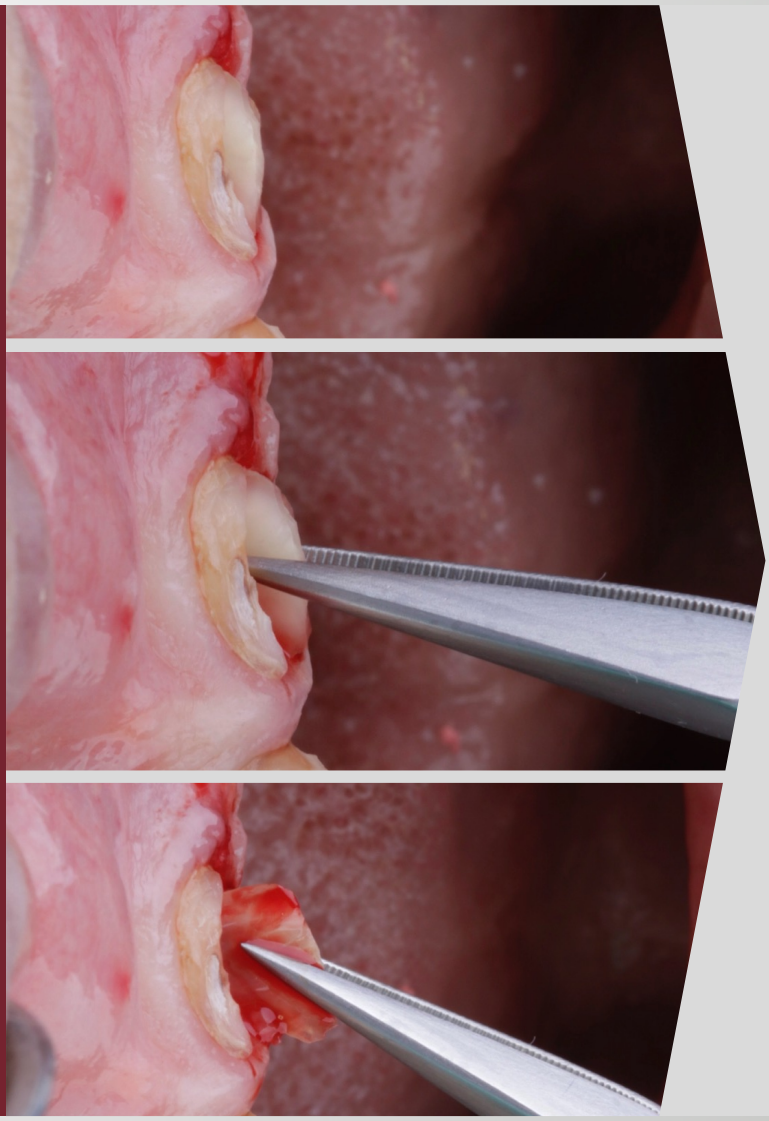
Paciente de sexo femenino, 68 años.
Motivo de la consulta: ausencia de elementos posteriores superiores e inestabilidad de prótesis fijas y coronas en la región anterior del maxilar.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: Elevación bilateral del seno maxilar y posterior exodoncia total superior con la confección **de una** prótesis total fija sobre implantes en carga inmediata.

ANTES

1

Aspecto inicial, con ausencia de dientes y raíces residuales, coronas con exceso.

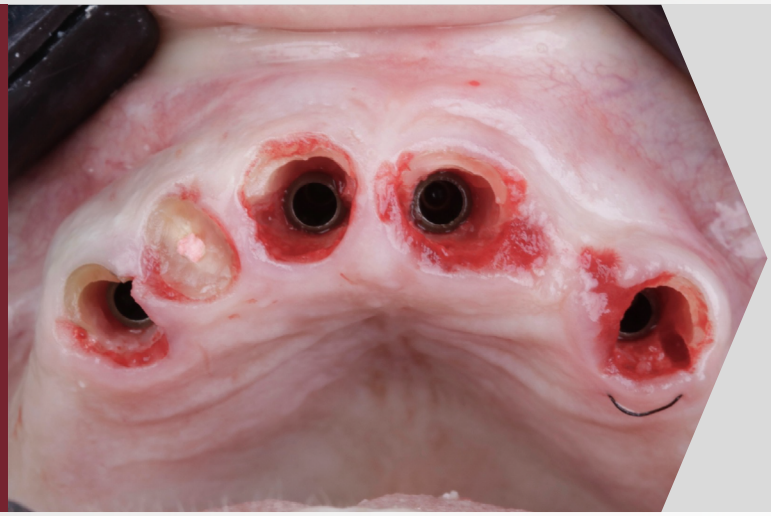
DURANTE



2

Imágenes cercanas de las exodoncias atraumáticas que se realizaron utilizando la técnica Socket Shield.

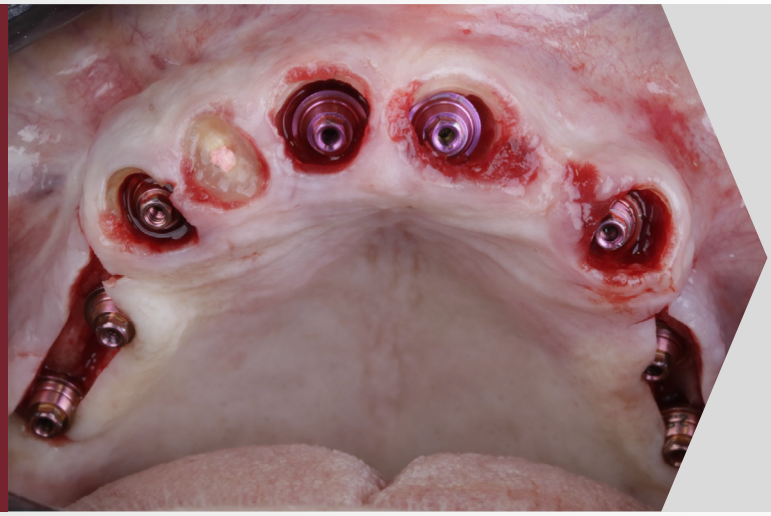
DURANTE



3

Socket Shield, con mantenimiento de la porción vestibular de la raíz, manteniendo la arquitectura tisular, con los implantes en posición.

DURANTE



4

Pilares colocados inmediatamente.

DEPOIS

5

Prótesis inmediata colocada justo después de la cirugía. Rehabilitación protésica realizada por la Dra. Daniele Dória.

AUSENCIA TOTAL DE DIENTES INFERIORES

POR EL DR. FELIPE MOURA

Maestro, especializado en Implantología; Doctorando en Implantología; Coordinador del curso de especialización en Implantología en Abo São Paulo; Coordinador del curso de especialización en Implantología en la Facultad Arnaldo en Belo Horizonte.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Carga inmediata en Protocolo Brånemark inferior.

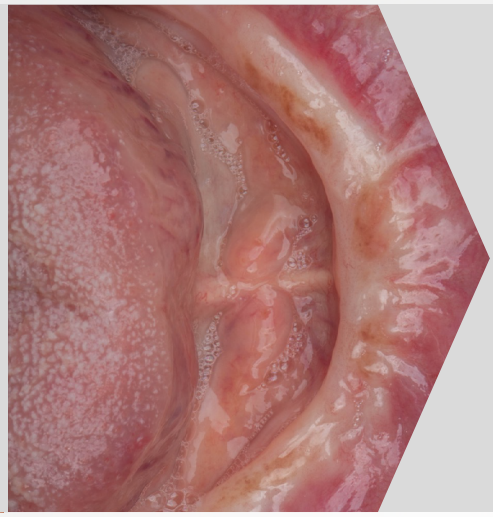
EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Ante la pérdida total de los dientes y la rehabilitación con implantes dentales, el protocolo Brånemark es hoy en día la técnica preferida para estos casos, y cuando es posible, la carga inmediata devuelve al paciente una función masticatoria de calidad, de forma más dinámica y cómoda.

FICHA DEL PACIENTE

Paciente de sexo femenino, 75 años.
Motivo de la consulta: ausencia total de dientes inferiores.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: realizamos la colocación de 4 implantes Epikut HE mediante la técnica all-on-four, con la colocación de minipilares. Se realizó la carga inmediata y la rehabilitación protésica se completó en 24 horas.

ANTES



1

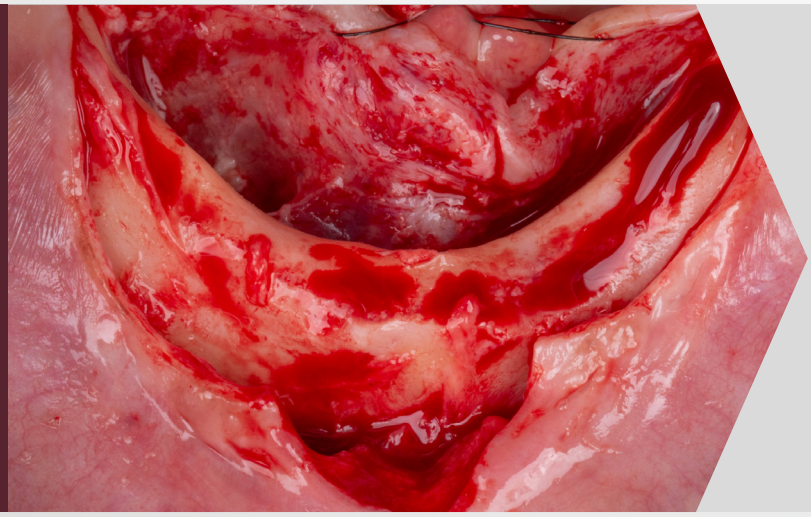
Podemos ver clínicamente la región atrésica que se rehabilitará.

ANTES

2

Incisiones en la línea de la mucosa queratinizada y una incisión relajante se realizan para un mejor desprendimiento y una mejor reparación de los tejidos durante el postoperatorio.

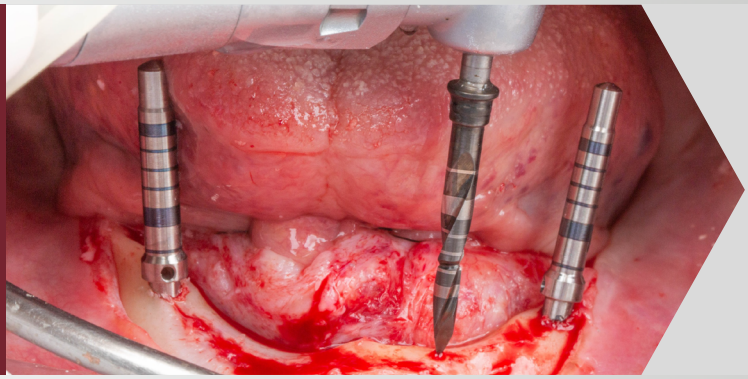
ANTES



3

Regularización del reborde, con el fin de proporcionar una mejor adaptación protésica y facilitar el fresado de los implantes.

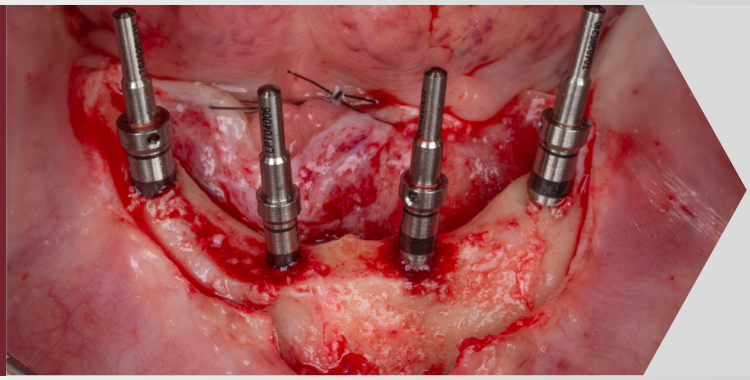
DURANTE



4

Fresado del lecho quirúrgico con la fresa lanza del kit quirúrgico Epikut.

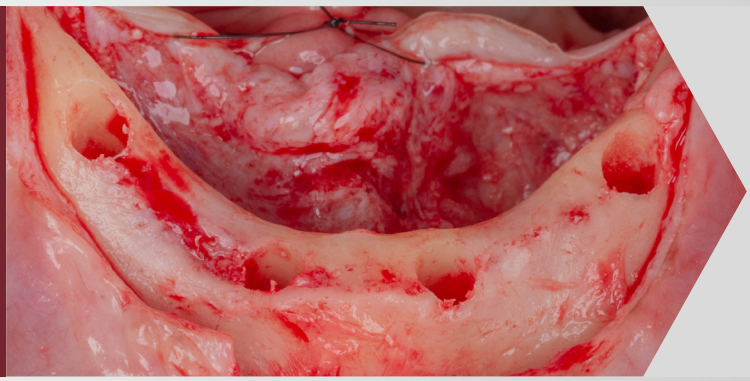
DURANTE



5

Utilización de los verificadores de profundidad y paralelismo, para verificar el posicionamiento del fresado.

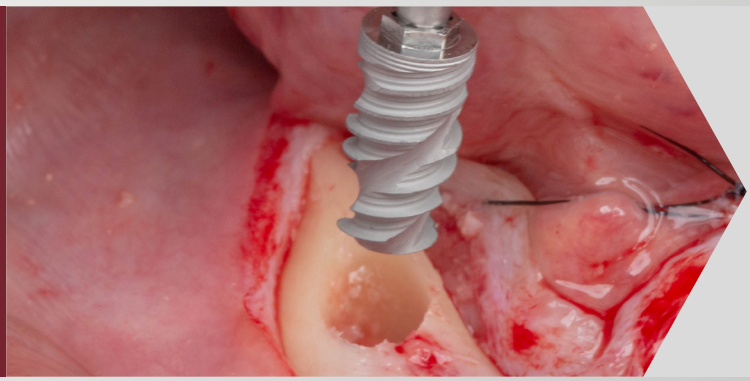
DURANTE



6

Alveolos de los implantes fresados.

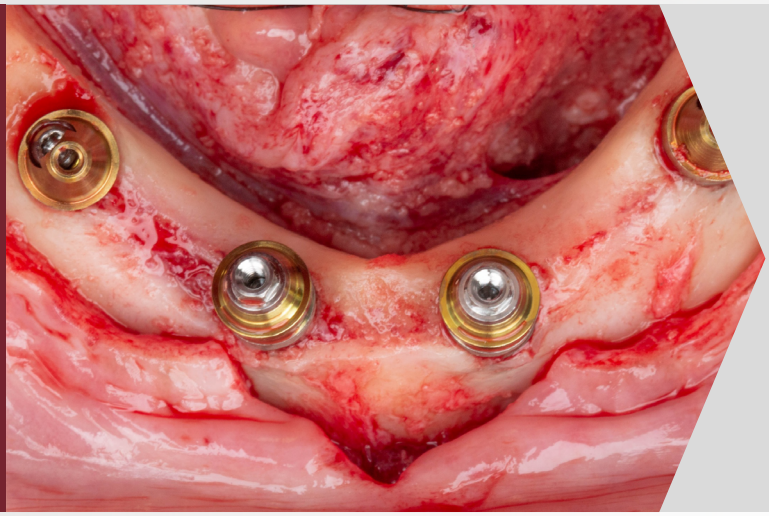
DURANTE



7

Se utilizó el implante Epikut HE para obtener una mayor predictibilidad de fijación, con el fin de realizar la carga inmediata.

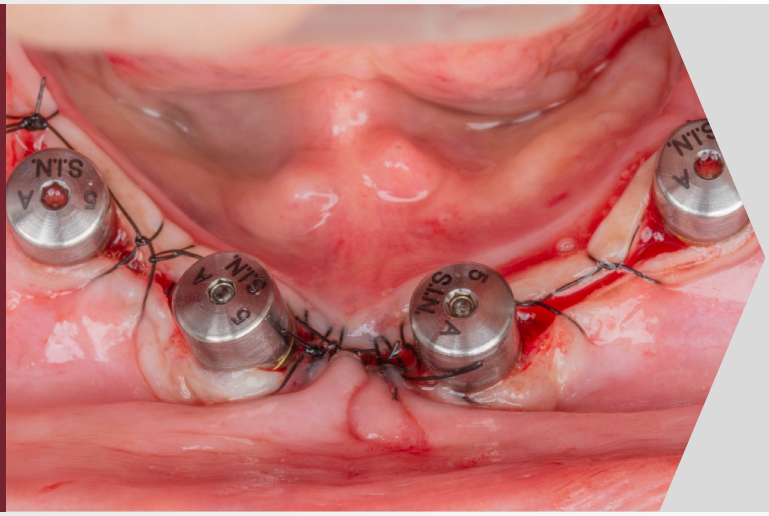
DURANTE



8

Colocación de minipilares para una mejor reversibilidad y distribución de cargas.

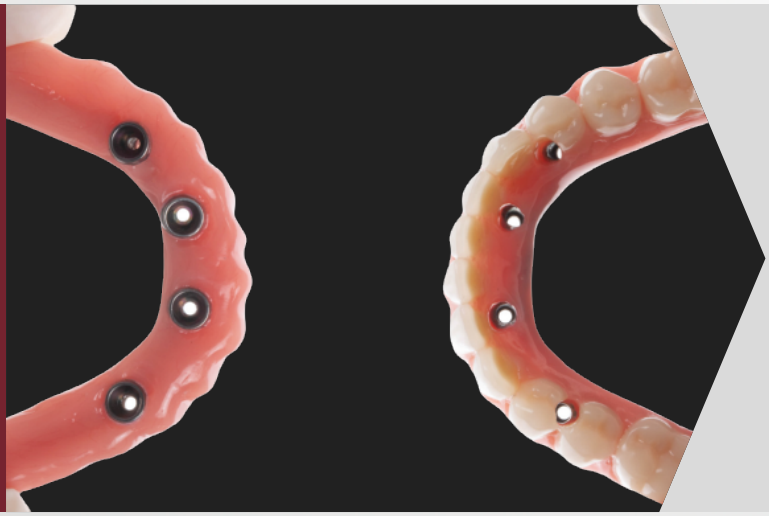
DURANTE



9

Realización de suturas simples y continuas con colocación de tapones de cicatrización para realizar el trabajo de laboratorio.

DURANTE



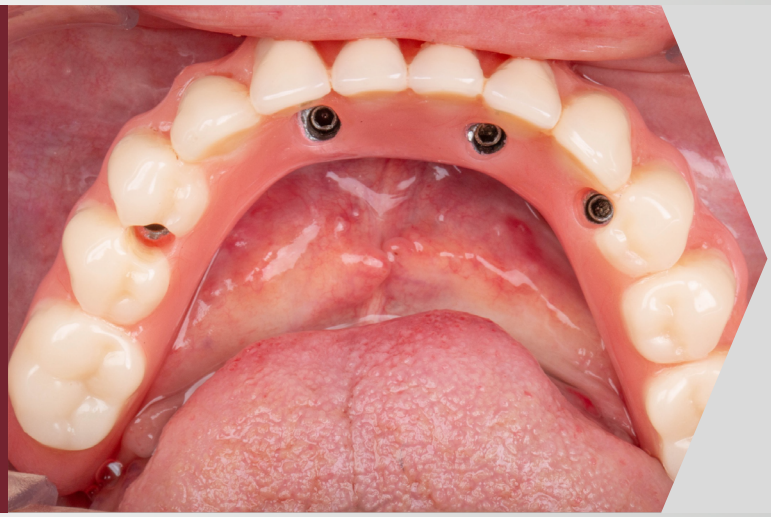
10

Prótesis de protocolo terminada en el laboratorio, sin áreas retentivas.

DURANTE

11
Vista frontal de la prótesis de laboratorio finalizada.

DURANTE



12
Vista oclusal del protocolo colocado.

DEPOIS

13
Foto final del caso, con la prótesis colocada, restableciendo la función masticatoria y estética.

MAXILLA TOTALMENTE EDÉNTULA

POR EL DR. FELIPE BORBA

Cirujano Dental Especialista en Implantología; Especializándose en Prótesis Dentales; Acreditado en el Uso de Toxina Botulínica para la Odontología; Acreditado en Cirugías Avanzadas con Injertos Óseos; Especialista en Implantología - INEPO; Especialista en Prótesis Dentales - INEPO.

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Maxilla totalmente edéntula, en hueso tipo III, con buen volumen óseo residual y perfil gingival adecuado.

EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se realizó toda la planificación digital, con tomografía y escaneo intraoral para la confección de la guía. A continuación, se realizó la cirugía guiada y, tras preparar los lechos, se colocaron en carga inmediata dos implantes Epikut Plus con una estabilidad entre 45 y 60 N.cm, concluyendo el proceso quirúrgico y protésico en aproximadamente 4 horas.

FICHA DEL PACIENTE

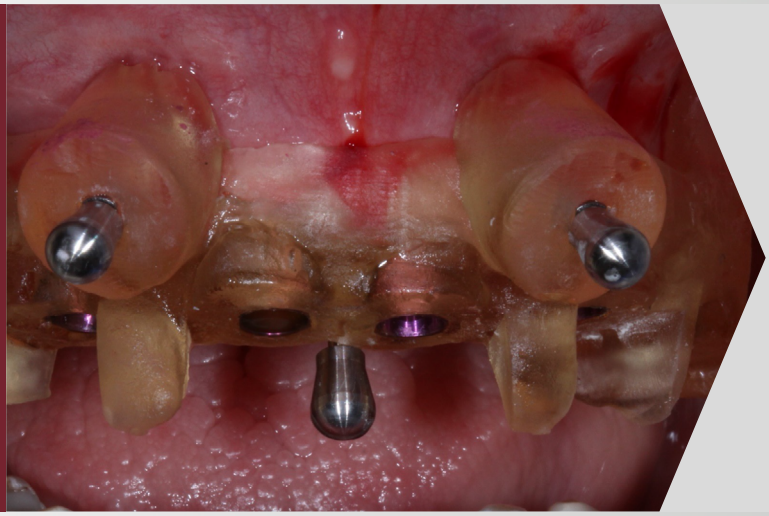
Paciente de sexo femenino, 64 años.
Motivo de la consulta: incomodidad en su vida social e incomodidad masticatoria con su prótesis total. Se observó en el examen clínico un buen remanente óseo/gingival.
Anamnesis: sin alteraciones sistémicas.
Planificación: cirugía guiada en la arcada edéntula superior total con la colocación de los implantes Epikut Plus en carga inmediata.

ANTES

1

Sonrisa natural sin prótesis y con la prótesis total. Estética y dimensiones alteradas, perjudicando la función y la estética.

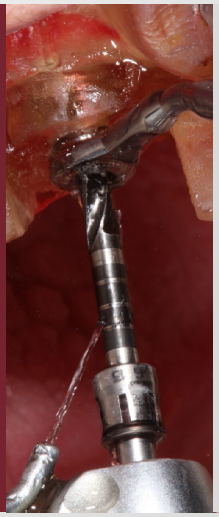
DURANTE

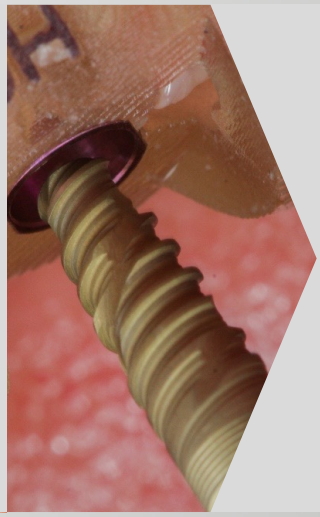


2

Maxilla totalmente edéntula, en hueso tipo III, con buen volumen óseo residual y perfil gingival adecuado.

DURANTE

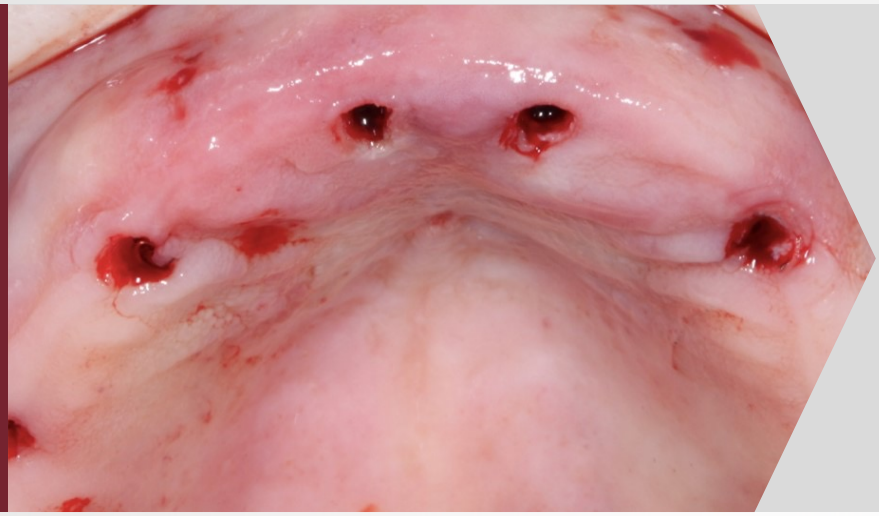




3

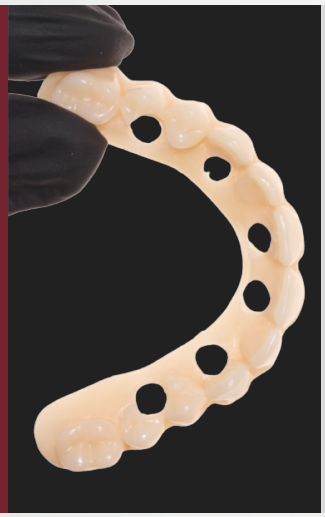
Secuencia de fresado, alvéolo listo y colocación del implante. Cirugía con bajo nivel de sangrado.

DURANTE



4
Registro clínico del postoperatorio inmediato, posicionamiento adecuado y mínimo edema y sangrado.

DURANTE



5
Prótesis provisoria, impresa al mismo tiempo que la guía quirúrgica y colocada inmediatamente después de la cirugía. Aspecto final del acondicionamiento tisular después de 60 días, inicio de la confección de la rehabilitación definitiva.

DURANTE

6
Secuencia protésica con colocación de estructura metálica y sucesivamente de cerámica. Fíjese en la foto oclusal que muestra la perfecta distribución y posicionamiento de los implantes.

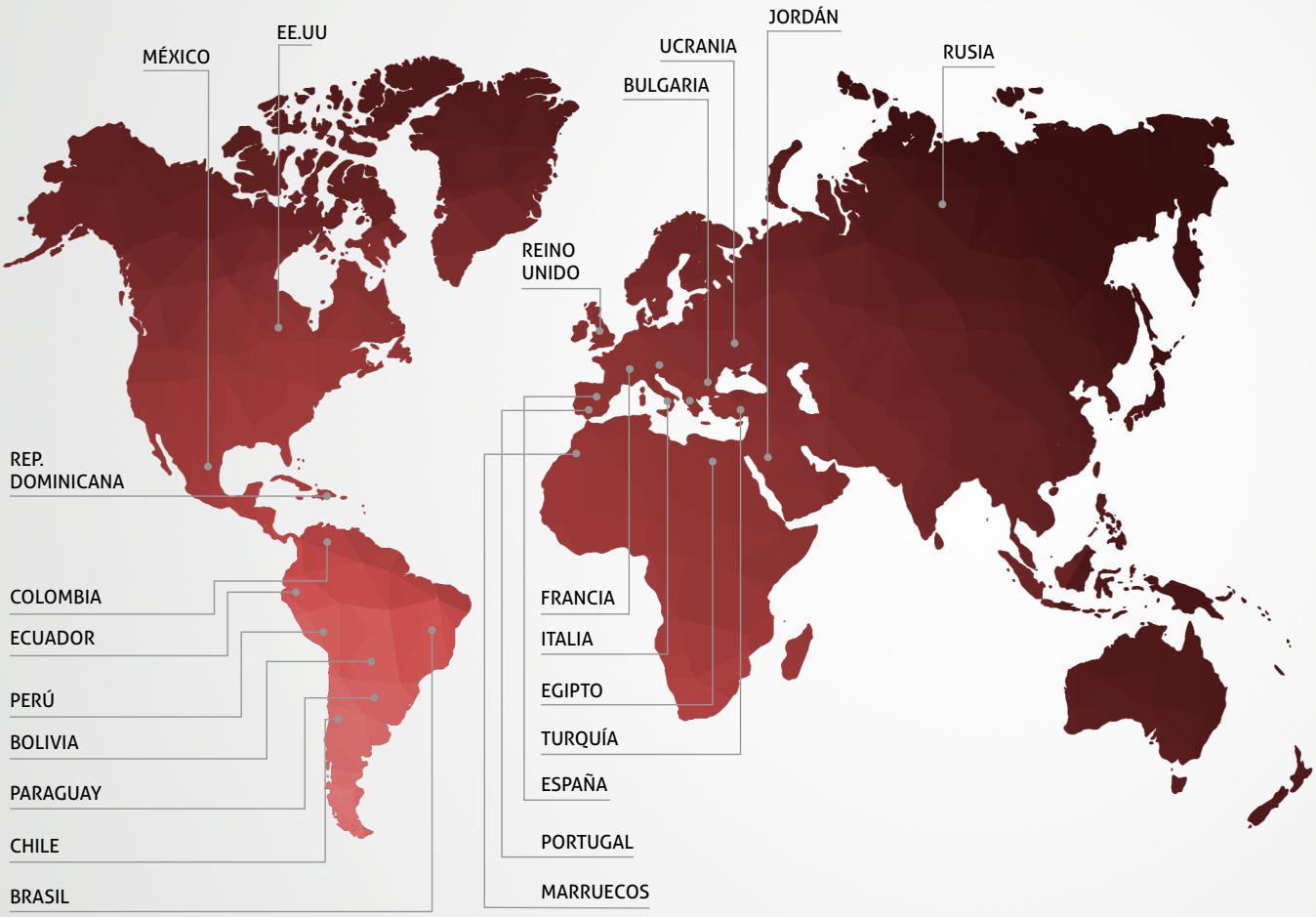
DURANTE

7
Finalización del caso, antes y después. Se observa un rejuvenecimiento y armonía facial con retorno de la estética y la función.

ANTES

8
Primer plano del perfil y la sonrisa natural.

DONDE ESTAMOS



+55 (11) 2169 3000
www.sinimplantsystem.com

CALIDAD Y TECNOLOGÍA SUPERIOR

NOSOTROS GARANTIZAMOS PORQUE ESTAMOS ORGULLOSOS DE LO QUE PRODUCIMOS!

GARANTÍA VITALÍCIA · ALTO NIVEL DE CALIDAD S.I.N.

La principal prioridad de S.I.N. Implant System es garantizar calidad y seguridad para nuestros clientes. Ofrecer lo que hay de mejor en implantes, componentes, kits quirúrgicos e instrumentales es la base de toda nuestra actuación.

INSPECCIÓN EN 100% DE LOS LOTES FABRICADOS

El control de calidad se realiza en todos los productos que la S.I.N. fabrica para garantizar el éxito de las cirugías de nuestros clientes, el cumplimiento de los estándares de calidad, así como agregar valor para todos aquellos que eligieron devolver la sonrisa de diversas personas.

IMPLANTES CON GARANTÍA PARA TODA LA VIDA*

5 AÑOS DE GARANTÍA: COMPONENTES PROTÉSICOS*

*ESCANEA EL CÓDIGO QR PARA ACCEDER A LOS TÉRMINOS DE GARANTÍA DE S.I.N O ACCEDE AL ENLACE https://bit.ly/2QR7mtD

EPESC121

S.I.N.
Implant System

Descubra Implantat, el hábitat educativo de S.I.N. Implant System.

implantat.global

+55 (11) 2169 3000

www.sinimplantsystem.com

Visite nuestras Redes Sociales:

/sinimplantglobal @sinimplantglobal /sinimplante S.I.N. Implant System sin_implante