

# Unitite

REVISTA CIENTÍFICA

---

# IMPLANTAT



EDUCATION POWERED BY S.I.N.

Descubra **IMPLANTAT**, el habitat educativo de S.I.N.  
Una plataforma de enseñanza online creada para que  
más profesionales aceleren su carrera y éxito profesional.

¡Acceda  
**IMPLANTAT.GLOBAL**  
o apunte la cámara de su  
teléfono al QR code y  
comience ahora su jornada  
de conocimiento!



# Unitite

## SCIENTIFIC DENTAL JOURNAL

### AUTORES:

#### DR. FÁBIO JOSÉ BARBOSA BEZERRA

Especialista en Implantología INEPO - SP, Máster en Periodoncia UNIP - SP, Doctorando en Biotecnología IBB - UNESP Botucatu. Autor de 5 libros, 18 capítulos de libros y más de 60 artículos publicados en revistas científicas. Conferencias impartidas en 16 países.

#### DRA. BRUNA GHIRALDINI

Doctora en Implantología - Universidade Paulista. MBA en Gestión Empresarial - Fundação Getúlio Vargas. Máster en Periodoncia - Universidade Paulista. Especialista en Periodoncia - Universidade Paulista. Postgraduada en Implantología - INEPO. Postgraduada en estética - SOESP. Coordinadora del Departamento de Investigación y Desarrollo de productos - S.I.N.

#### DR. ROBERTO SALES E PESSOA

Especialista en Periodoncia ABO/EAP - Uberlândia; Máster en Rehabilitación Oral - FOUFU - Uberlândia; Doctor en Periodoncia/Implantología - FOAR/UNESP - Araraquara; Postdoctorado en Ingeniería Biomecánica - FEMECC/JFU - Uberlândia; Research Fellow - BMe - Sección Biomecánica - KU Leuven - Bélgica; Profesor de Periodoncia/Implantología - Centro Universitario del Triângulo Mineiro - UNITRI - Uberlândia-MG.

#### DR. BRENNIO MARCONDES NEGRI

Especialista en Implantología UNIP - SP; Especialista en Odontología en Salud Colectiva y de la Familia Unyleya - SP; Licenciatura FO-USP - SP; Consultor Científico del Departamento de Investigación y Desarrollo de Productos - S.I.N.





# INTRODUCCIÓN

De la sinergia entre la exclusiva macrogeometría y la más avanzada nanoactivación de superficie surgió **Unitite®**, una línea **PREMIUM** de implantes que ha revolucionado el mercado mundial por su originalidad, innovación y altísimo rendimiento.

Para llegar al producto final, **Unitite®** se desarrolló con base en 8 años de estudio en las mejores universidades del mundo, comenzando a investigarse a mediados de 2008. Por ello, se puede comprobar su eficacia a través de resultados clínicos y científicos. Más de 5 millones de dólares se invirtieron en equipos, investigaciones y validaciones. Con el apoyo de más de 30 consultores, la línea fue exhaustivamente probada antes de su lanzamiento, a principios de 2016, con más de 2 mil implantes instalados. Al asociar los ensayos clínicos con los estudios realizados, la línea **Unitite®** presentó excelentes resultados, baja pérdida ósea y calidad superior del hueso formado tras la colocación del implante.

## UNITITE NO ES SOLO UN IMPLANTE, ES UN CONCEPTO.

Este concepto se basa en tres pilares principales:

### MACROGEOMETRÍA

Su macrogeometría, exclusiva de S.I.N., fue minuciosamente diseñada y las tecnologías aplicadas a la misma se alinean con lo que el mercado de implantes demanda: alta estabilidad en la instalación, regeneración ósea acelerada y versatilidad para la rehabilitación de cualquier caso.

Esta macrogeometría consiste en la unión de las mejores características de los implantes cónicos y cilíndricos, haciéndola indicada para todas las densidades óseas, incluso post-exodoncia, con facilidad de instalación y excelente estabilidad primaria.

### CÁMARAS DE CICATRIZACIÓN Y CICATRIZACIÓN HÍBRIDA

La combinación entre las roscas externas, que contactan el tejido óseo, y las roscas internas, que se mantienen separadas, promueve una cicatrización híbrida de altísima calidad, contribuyendo a una mayor calidad ósea y acelerando la estabilidad secundaria.

Además, se cuentan con micro-roscas cervicales exclusivas que aumentan el área de contacto óseo y mejoran la disipación de las fuerzas oclusales, especialmente las fuerzas de cizallamiento, reduciendo así el riesgo de reabsorción ósea.

## MICROGEOMETRÍA

Uno de los avances de mayor impacto en la implantología fueron los tratamientos de superficie que modificaron la topografía de los implantes. Las superficies que inicialmente eran lisas y mecanizadas pasaron a ser rugosas, facilitando la osteointegración. Con este proceso, se incrementa la adhesión de fibrina y el área de contacto entre el implante y el hueso, además de servir como sustrato para tratamientos adicionales.

Los implantes de la línea **Unitite®** poseen como tratamiento de superficie inicial el Doble Ataque Ácido (Ácido Sulfúrico y Ácido Nítrico al 30%), que garantiza a los implantes una microtopografía de superficie moderadamente rugosa, además de prepararla para recibir la superficie bioactiva nanométrica de Hidroxiapatita.

## NANO SUPERFICIE

Aliada a la macrogeometría exclusiva, la línea **Unitite®** innovó el mercado nacional al introducir la PRIMERA superficie BIOACTIVA, la Superficie HANano, también exclusiva y desarrollada en las principales universidades de Suecia, que acelera considerablemente la osteointegración. Sus características principales, como la similitud con la parte mineral de huesos y dientes, excelente biocompatibilidad, osteoconductividad y bioactividad, permiten la proliferación de células óseas (fibroblastos y osteoblastos), las cuales no la distinguen de la superficie ósea, potenciando el proceso de regeneración y su calidad. Además, se produce un aumento significativo de la hidrofiliidad, lo que permite el humedecimiento de su superficie por la sangre.

Esta alta hidrofiliidad se genera mediante una capa ultrafina de hidroxiapatita, que incrementa la migración celular y amplía la actividad de las proteínas involucradas en el proceso de osteointegración, acelerando la remodelación ósea. De manera cuidadosamente diseñada, se logra asociar este concepto con la macrogeometría híbrida, resultando en un aumento de la precisión entre el sistema de fresado y el diseño de las roscas externas, obteniendo alta estabilidad y minimizando la compresión del tejido óseo cicatricial periimplantario. Esto conlleva a una estabilidad secundaria, es decir, una osteointegración acelerada y de mayor calidad en el tejido óseo neoformado alrededor del implante.

Con la línea **Unitite®** se tiene acceso a lo mejor de la implantología actual en diversas circunstancias clínicas. Con **Unitite® Slim** y **Unitite® Compact**, su planificación quirúrgica cuenta con más posibilidades de soluciones innovadoras y de alto rendimiento, ya que con los tres modelos se abarca cualquier caso que pueda surgir en el día a día clínico de los implantólogos, independientemente de la calidad ósea o del aporte óseo, demostrando así la versatilidad que un producto PREMIUM necesita tener.

Y, al igual que todos los productos de S.I.N., la línea **Unitite®** cuenta con registro y certificaciones en varios países, como Brasil, México, Marruecos, Paraguay, Perú, India, Ecuador, Colombia, Estados Unidos, España, Portugal, Italia y Bulgaria. Además, posee certificaciones muy importantes como CE, FDA 510(k), registro de productos de salud en ANVISA y normas específicas como ISO 13485, MDSAP, CBPF, ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001. Esto demuestra el compromiso de la empresa con la calidad y seguridad de los productos ofrecidos al cliente final, así como la solidez y el alcance de esta línea PREMIUM para resolver los distintos casos en la práctica clínica diaria.

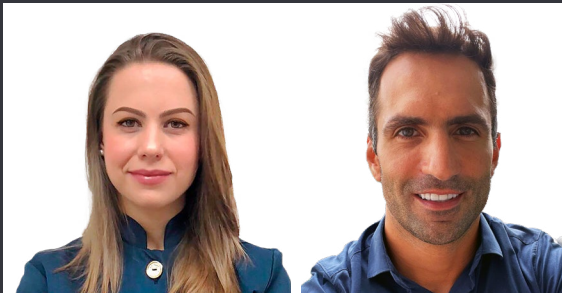




# CASOS CLÍNICOS



# ÁREAS LÍMITROFES CON USO DE LOS IMPLANTES SLIM Y CIRUGÍA GUIADA



## POR DRA. BRUNA GHIRALDINI

Doctora en Implantología; Máster y Especialista en Periodoncia; Postgraduada en Implantología; Postgraduada en estética; MBA en gestión empresarial por la Fundação Getúlio Vargas y Coordinadora del Departamento de Investigación y Desarrollo de Productos de S.I.N.

## POR DR. LEANDRO LEÃO

Máster en Biomateriales; Especialista en implantes; Postgraduado en Cirugías de la cara; MBA en Excelencia Gerencial.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

La colocación de implantes inmediatos en pacientes con agenesia de elementos anteriores permanentes a menudo se convierte en un desafío debido al desarrollo incompleto de la región a rehabilitar, requiriendo una planificación minuciosa y habilidad para llevarla a cabo.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El paciente presentaba raíces residuales de los elementos 71 y 81, las cuales fueron removidas quirúrgicamente. Mediante cirugía guiada, se colocaron dos implantes Unitite Slim 2.9 x 10 mm, considerando que la región de los incisivos centrales inferiores posee un espacio mesiodistal reducido. Debido a esta dificultad, también fue necesario el uso de dos guías distintas en la misma cirugía para evitar colisiones entre las férulas, permitiendo realizar la cirugía de manera guiada. Después de 4 meses, el caso fue rehabilitado.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo masculino, 21 años de edad.**

**Queja:** Ausencia de los incisivos centrales.

**Anamnesis:** El paciente presentaba nefropatía congénita y deficiencia de calcio.

**Planificación:** Remoción de las raíces residuales de 71 y 81, colocación de implantes inmediatos mediante cirugía guiada y rehabilitación protésica implantosoportada después de 4 meses.

## ANTES

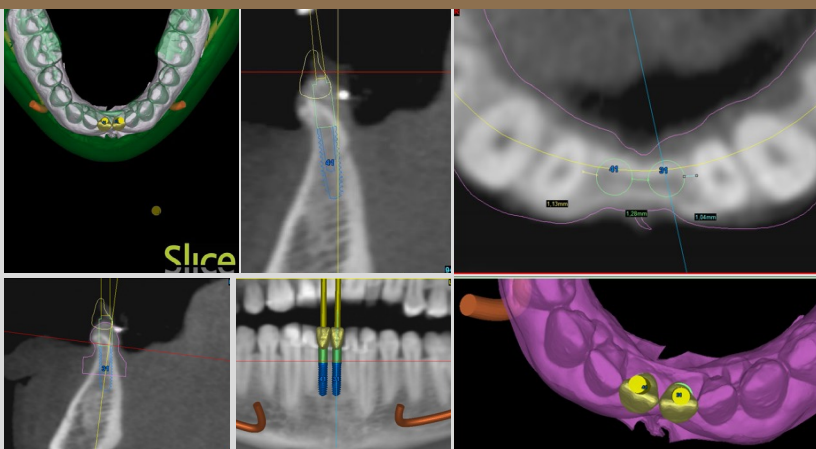
Aspecto inicial del paciente y de la región a rehabilitar, con el reborde mostrando las raíces residuales visibles de los elementos 71 y 81, cubiertas por el tejido blando.



## RADIOGRAFÍA/TOMOGRAFÍA

Para la planificación de la cirugía guiada, se solicitaron exámenes de tomografía computarizada en DICOM con los labios separados y escaneo intraoral de los arcos en STL.

En las imágenes al lado, se pueden ver estos archivos insertados en un software específico de planificación, con un encerado protésico virtual del caso.



## PASO A PASO DEL PROCEDIMIENTO

A partir de la aprobación de la planificación digital, se confeccionaron dos guías quirúrgicas para evitar errores en el posicionamiento de las férulas. Debido al espacio interproximal reducido, las férulas se chocarían si se utilizara una única guía.



La segunda foto muestra cómo la férula ocupa ambos espacios protésicos. Las guías fueron probadas previamente al procedimiento quirúrgico.

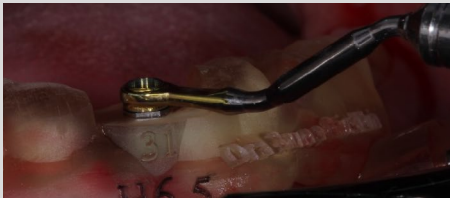
## TRANSOPERATORIO

Después de la remoción de las raíces, las guías quirúrgicas fueron fijadas individualmente mediante los pines de fijación bilateral y apoyadas en los dientes adyacentes.



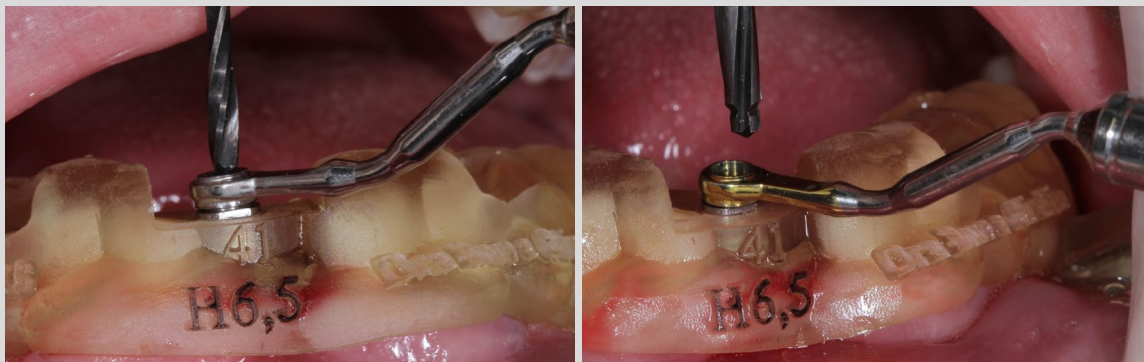
## TRANSOPERATORIO

Aprovechando los alvéolos tras la remoción de las raíces residuales, no fue necesaria ninguna incisión. Se siguió al pie de la letra el protocolo de fresado y el uso de reductores de fresa indicados por el fabricante, sin cambios ni complicaciones transoperatorias.



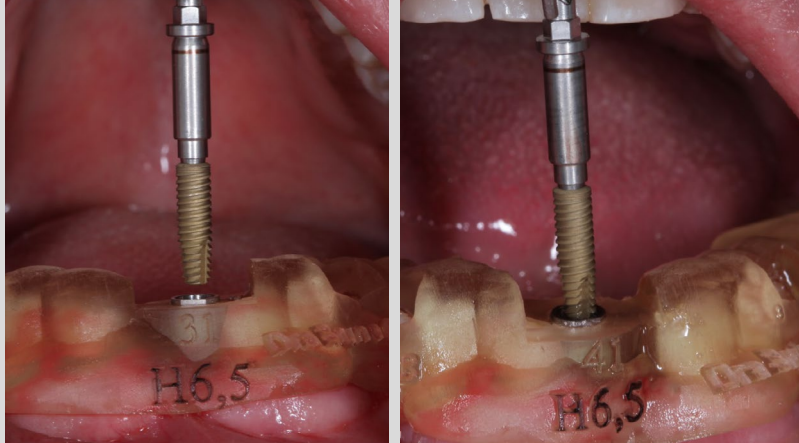
## TRANSOPERATORIO

Se repitieron los mismos pasos para la región siguiente, pero utilizando una guía individual para cada elemento, tal como se explicó anteriormente.



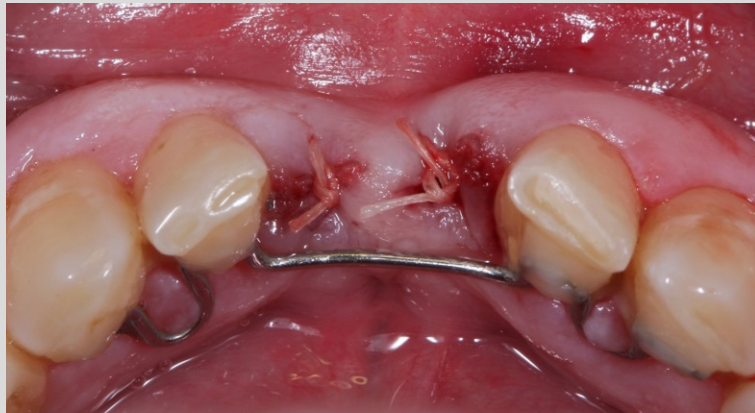
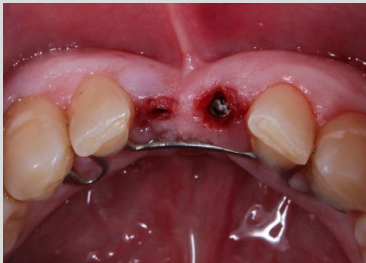
## IMPLANTE UTILIZADO

En ambas regiones se colocaron 15 implantes **Unitite Slim** de 2,9 mm de diámetro por 10 mm de longitud.



## IMPLANTE UTILIZADO

Después de la colocación de los implantes, se retiró la guía quirúrgica y se realizó la sutura con hilo reabsorbible Vicryl.



## FASE PROTÉSICA

Cuatro meses después de la colocación de los implantes, se realizó la reapertura e instalación de los pilares universales con altura de transmucoso de 2,5 mm con el fin de preservar la arquitectura del tejido blando.



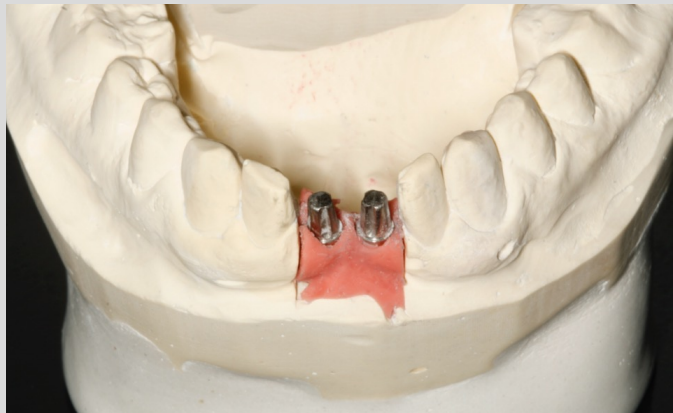
## FASE PROTÉSICA

*Impresión realizada con transferente en poliacetal y silicona de adición 17, mostrando la fidelidad en la transferencia con el encaje interno preciso del componente.*



## FASE PROTÉSICA

*La impresión se envió al laboratorio para la confección del modelo de trabajo en yeso, con un análogo posicionado que replica el pilar utilizado en boca.*



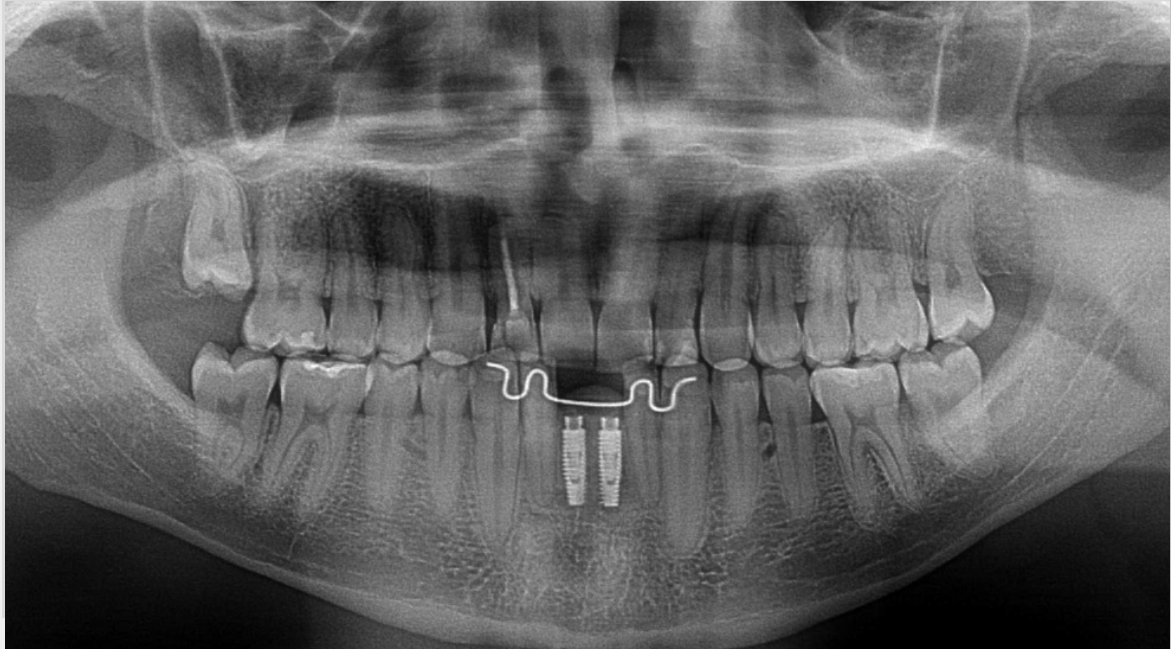
## FASE PROTÉSICA

*En el laboratorio, el modelo de yeso fue escaneado y, mediante el flujo CAD-CAM, las coronas fueron fresadas en disilicato de litio (E-Max) y maquilladas.*



## RADIOGRAFÍA FINAL

*observa un excelente posicionamiento de los implantes, con un óptimo aprovechamiento del hueso, destacando la planificación y la cirugía guiada en áreas limítrofes.*



## RESULTADO FINAL

*Finalización devolviendo la autoestima al paciente, recuperando la naturalidad, estética y función.*



# REHABILITACIÓN CON IMPLANTES EXTRACORTOS SPLINTADOS Y NO SPLINTADOS EN MANDÍBULAS ATRÓFICAS: ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO DE BOCA DIVIDIDA



POR DR. BRUNO SALLES SOTTO MAIOR

Doctor en Prótesis Dental por FOP-UNICAMP; Máster en Odontología por FO-UFJF; Especialista en Prótesis Dental por FOB-USP; Profesor Asociado en la Facultad de Odontología de FO-UFJF; Coordinador del Curso de Máster y Doctorado en Odontología en FO-UFJF; y Coordinador de la Postgraduación en Implantología y Prótesis Dental en São Leopoldo Mandic.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

El paciente necesitaba rehabilitación con implantes en la región de los molares mandibulares. La limitación anatómica, determinada por la reabsorción mandibular y con el objetivo de evitar técnicas quirúrgicas avanzadas para aumentar la altura del hueso alveolar y permitir la colocación de implantes largos, llevó a la decisión de optar por implantes extracortos.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Tras la evaluación de las imágenes tomográficas, se planificó la utilización de implantes Unitite Compact para la rehabilitación de los molares mandibulares (primer y segundo molar). En un lado de la mandíbula se planificaron coronas splintadas y, en el otro, coronas individuales (no splintadas), con el fin de evaluar el desempeño de cada tipo de prótesis.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo femenino, 39 años de edad.**

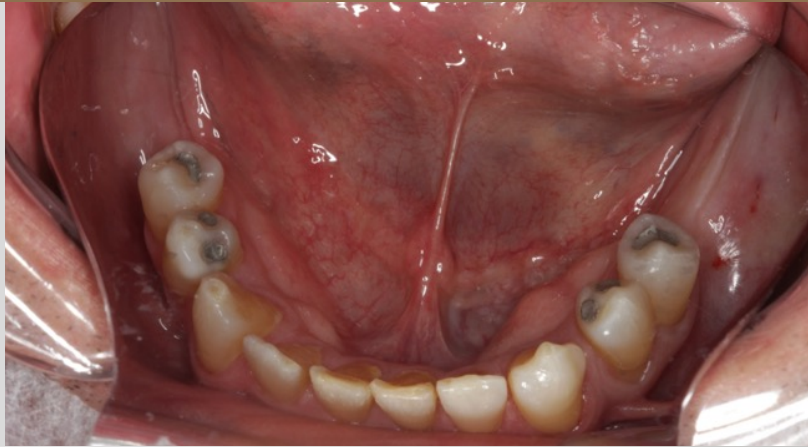
**Queja:** La paciente presenta resistencia al uso de prótesis removible, se queja de dolor en la ATM y malestar por la ausencia de los dientes posteriores inferiores.

**Anamnesis:** Paciente hipertensa, en tratamiento con losartán 50 mg.

**Planificación:** El tratamiento se planificó con la colocación de implantes extracortos y rehabilitación con prótesis splintadas y no splintadas, con el objetivo de evaluar la biomecánica y los parámetros clínicos periodontales.

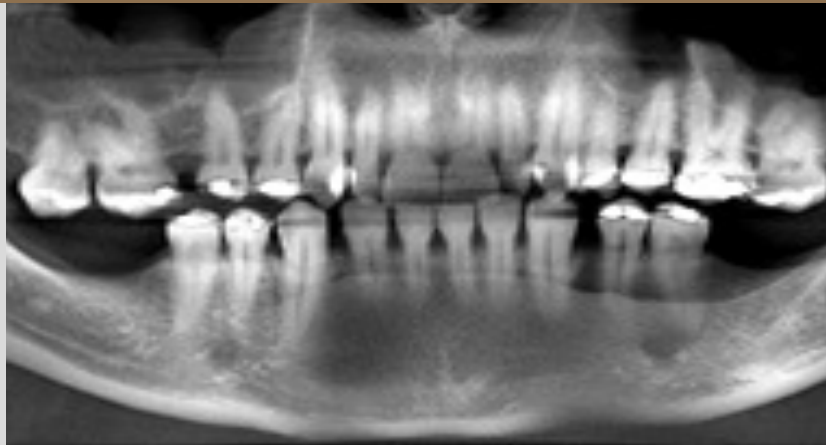
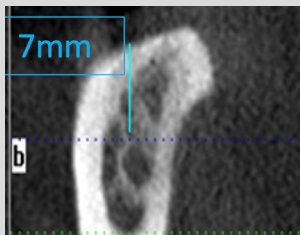
## ANTES

Foto inicial mostrando la atrofia del hueso alveolar de la mandíbula parcialmente edéntula.



## RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Realización de tomografía cone beam que evidencia la atrofia mandibular y el volumen óseo insuficiente para implantes de tamaño estándar o largo.



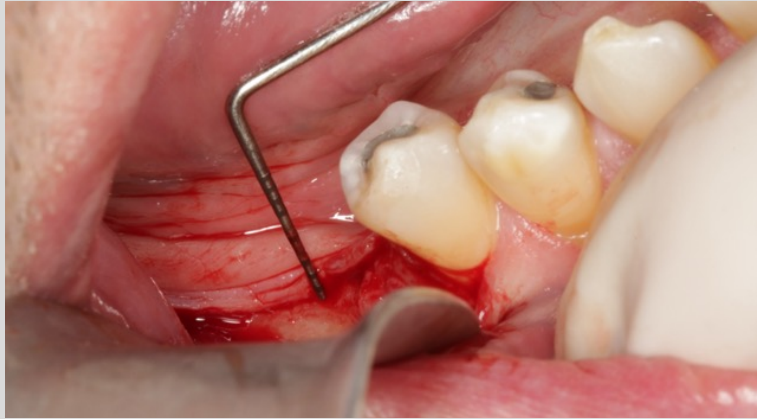
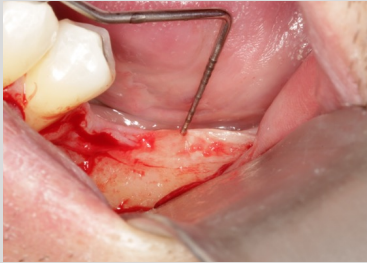
## PASO A PASO DEL PROCEDIMIENTO

Foto mostrando la guía quirúrgica confeccionada con placa de acetato sobre el modelo de yeso tras un encerado previo.



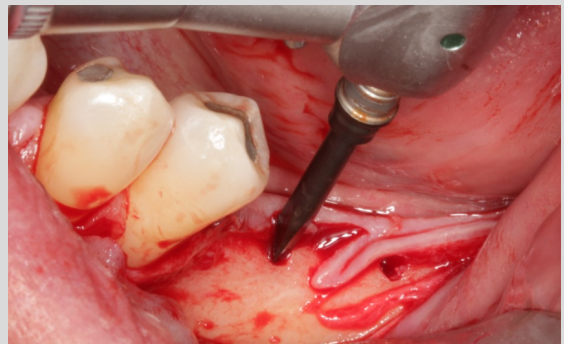
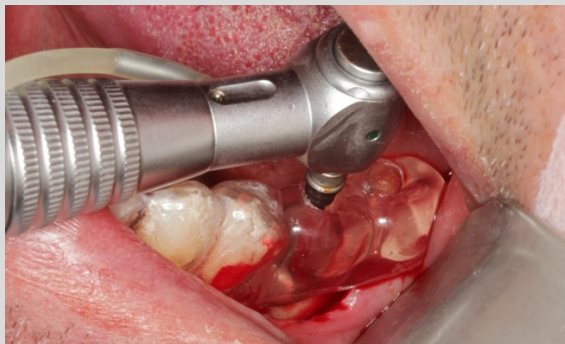
## TRANSOPERATÓRIO

Fotos tras la incisión y el despegamiento de la mucosa alveolar de los lados izquierdo y derecho. Se realizaron mediciones del grosor de la mucosa con sonda milimetrada.



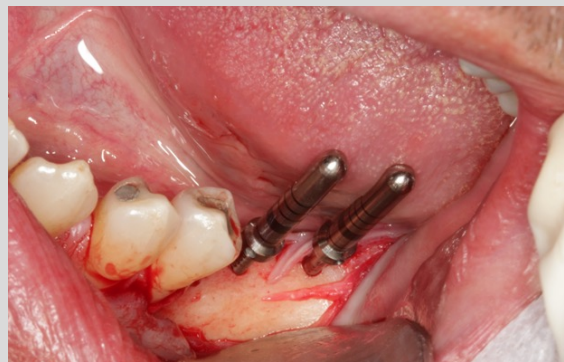
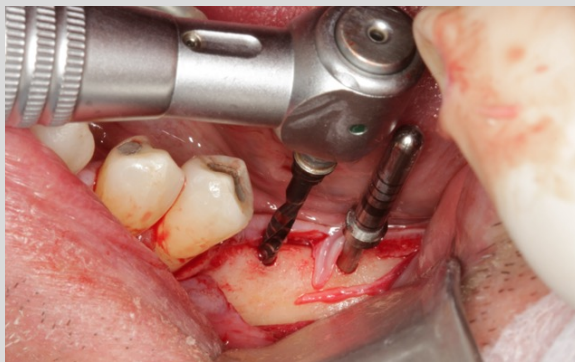
## TRANSOPERATÓRIO

Marcación de la posición con la guía e inicio del fresado en los lados derecho e izquierdo.



## TRANSOPERATÓRIO

Continuación del fresado y verificación del paralelismo de los implantes.



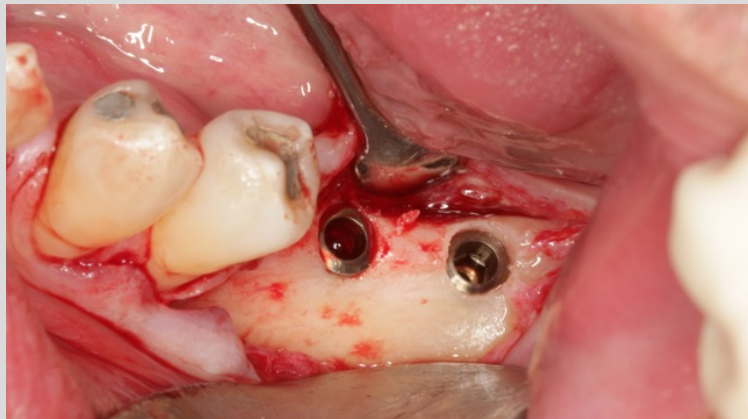
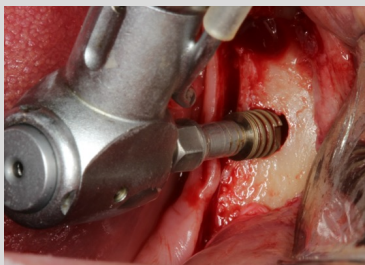
## TRANSOPERATÓRIO

*Perforación del hueso tras el fresado con fresa de 2,0 mm.*



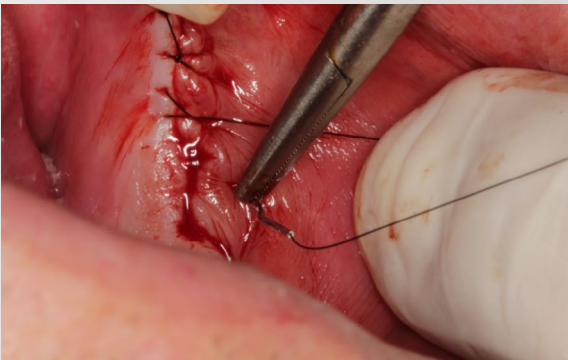
## TRANSOPERATÓRIO

*Inserción del implante en el hueso ya fresado. Los mismos procedimientos se realizaron en los lados derecho e izquierdo.*



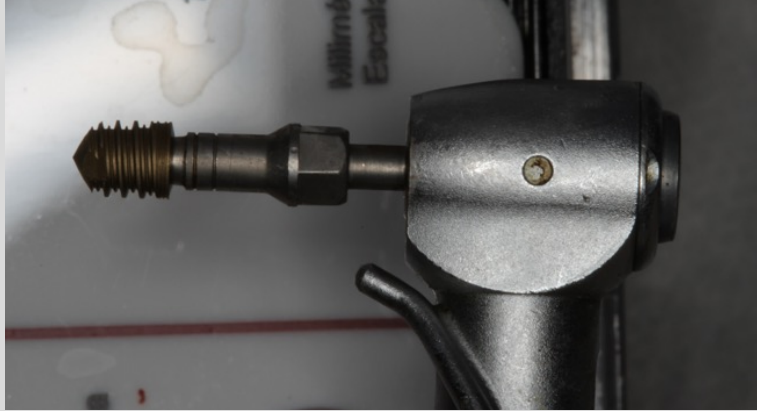
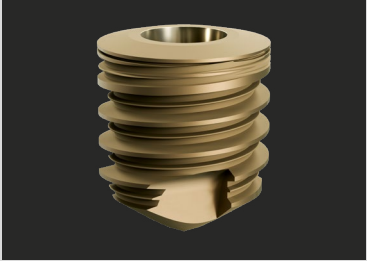
## TRANSOPERATÓRIO

*Sutura tras la colocación de los implantes.*



## IMPLANTE UTILIZADO

El implante elegido para este caso 23 fue el **Unitite Compact** de 4 mm de diámetro por 5 mm de longitud.



## FASE PROTÉSICA

Imagen tras la reapertura e instalación de los cicatrizadores. Después de la cicatrización gingival se colocaron pilares para prótesis splintadas en el lado derecho y no splintadas en el lado izquierdo.



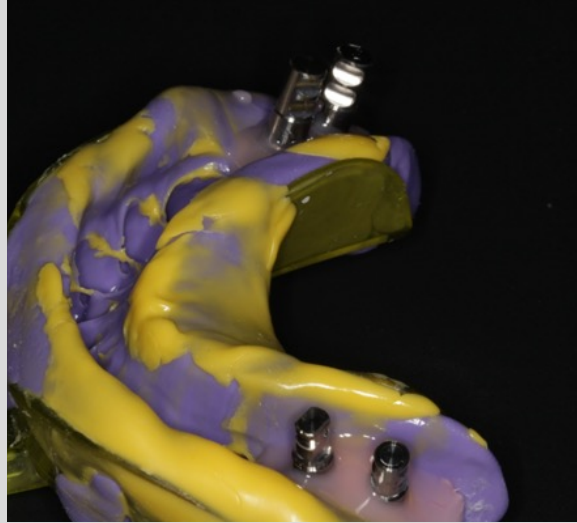
## FASE PROTÉSICA

Posicionamiento de los transferentes de impresión en boca y unión de los transferentes con resina acrílica



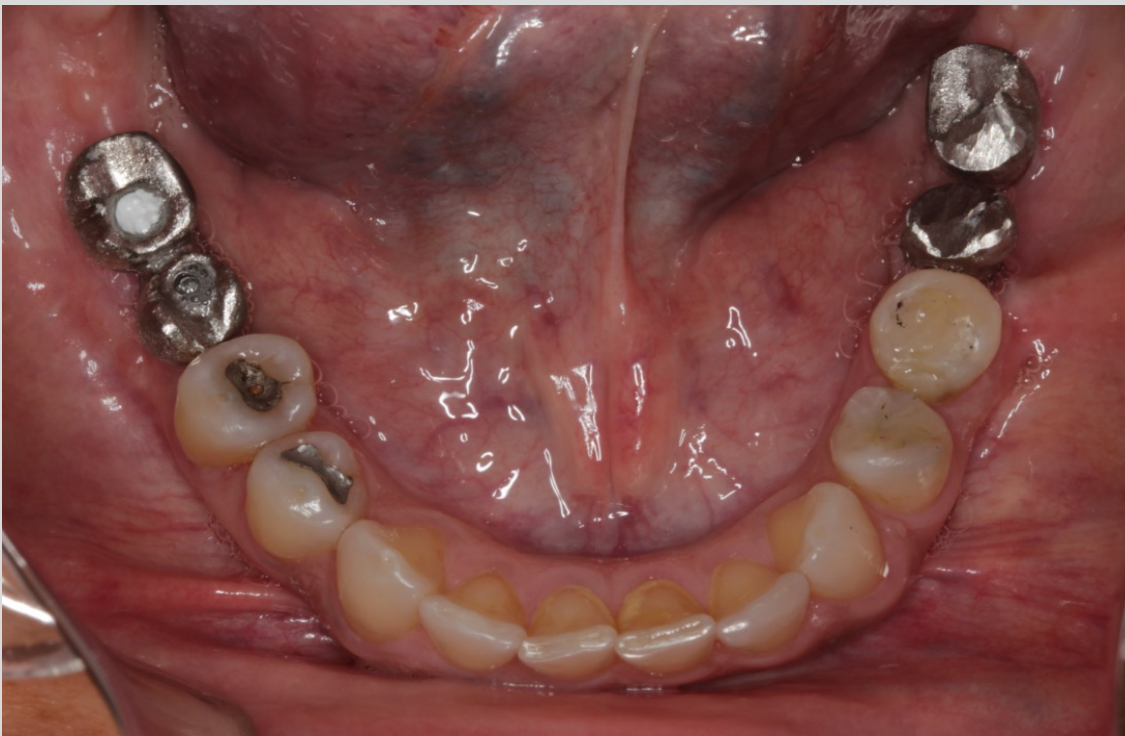
## FASE PROTÉSICA

*Impresión de transferencia de los implantes con colocación de la encía artificial.*



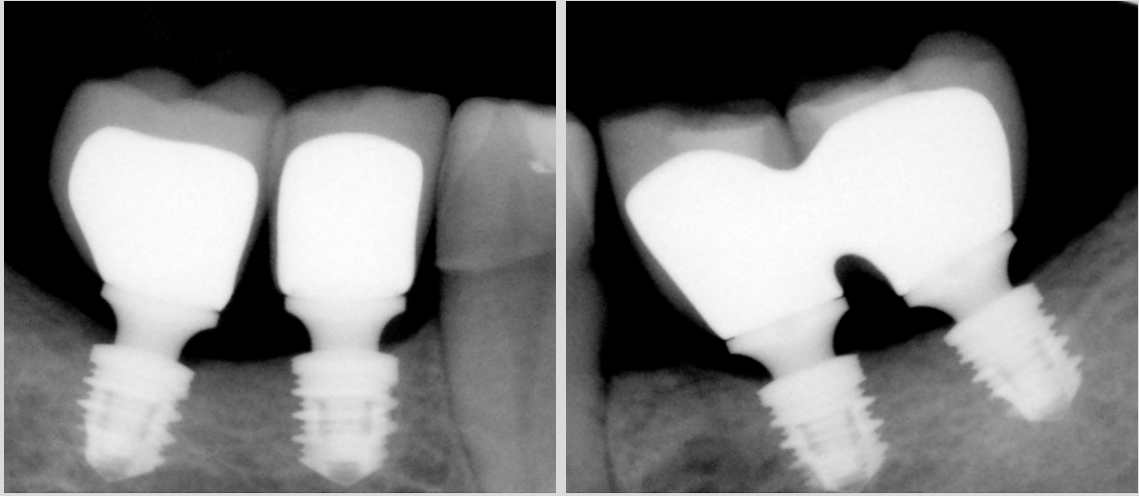
## FASE PROTÉSICA

*Prueba de la estructura metálica (lado izquierdo prótesis cementada individual y derecho atornillada esplintada).*



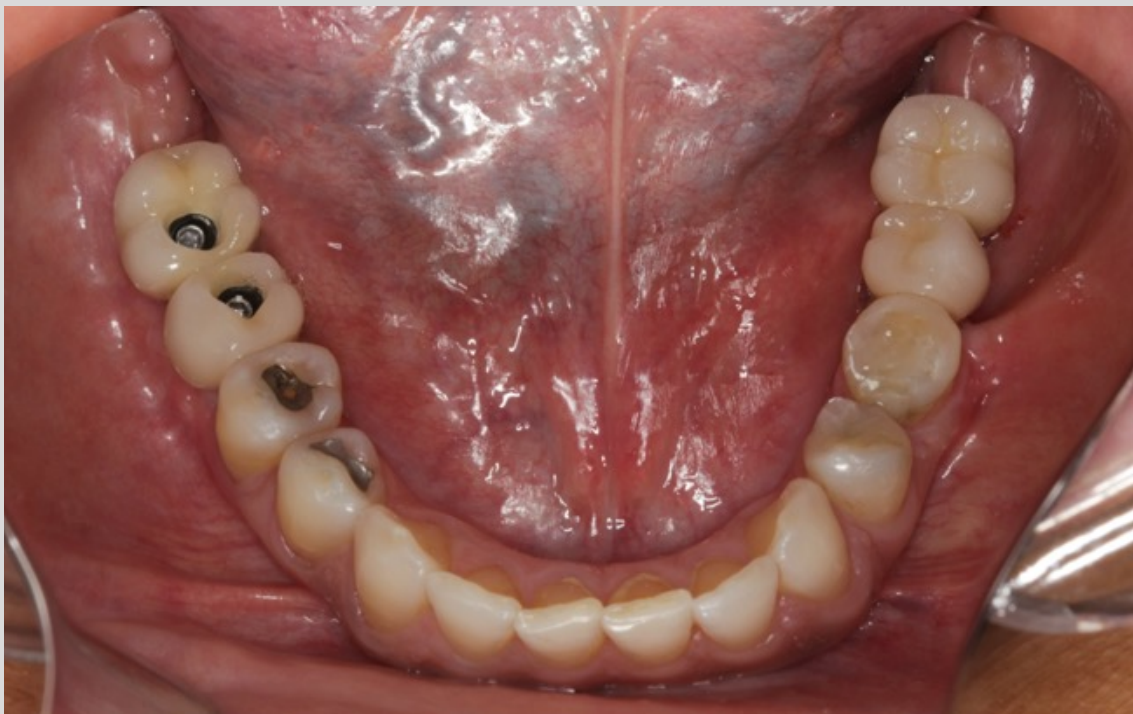
## RADIOGRAFÍA FINAL

Radiografías realizadas con posicionadores XCP Dentsply Sirona® y dispositivos oclusales de acrílico para mantener la fidelidad de la posición, destacando el seguimiento radiográfico.



## RESULTADO FINAL

Instalación de las coronas metalocerámicas. Lado izquierdo con prótesis cementadas, presentando coronas aisladas, y lado derecho con prótesis atornilladas y ferulizadas.



# REHABILITACIÓN DE MANDÍBULA ATRÓFICA CON IMPLANTES EXTRA CORTOS

25



POR DR. ELDER BRITO

Especialista en Implantología EAP-GO; Máster en Implantología SLM-Campinas; Especialista en Odontología Estética ABO-GO; Coordinador de Especialización y Cirugía Avanzada en Implantología CIOG-Cursos Goiânia

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

El desafío de rehabilitar mandíbulas atróficas con implantes cortos.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Examen clínico del paciente, tomografía y planificación virtual para determinar el mejor posicionamiento tridimensional en regiones con poca disponibilidad ósea. Situaciones como esta requieren especial atención debido al riesgo de fractura mandibular.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo femenino, 62 años de edad.**

**Queja:** a paciente refiere molestias al masticar debido a la falta de estabilidad de la prótesis total y la prominencia del nervio mentoniano.

**Anamnesis:** Paciente sin antecedentes de comorbilidades.

**Planificación:** Tras el análisis tomográfico, se decidió realizar planificación virtual, cirugía guiada y colocación de 4 implantes Unitite Compact.

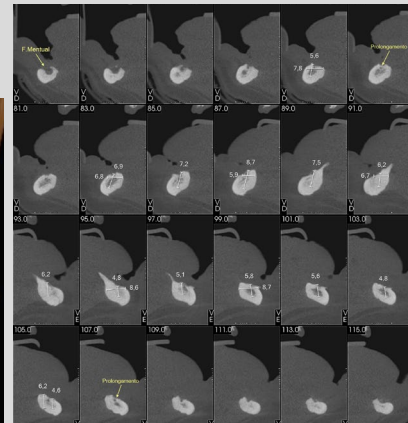
## ANTES

Visión clínica del caso. Se puede observar ausencia de tejido queratinizado.



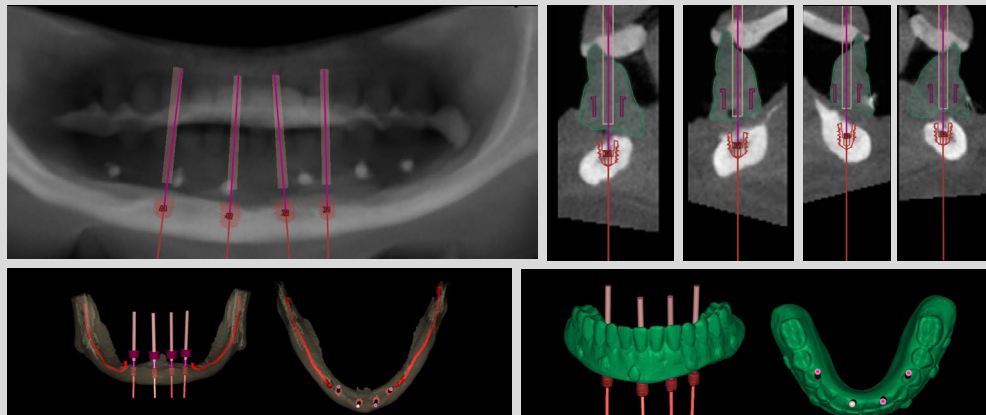
## RADIOGRAFÍA FINAL

En la imagen 3D se observa la mandíbula atrófica. En los cortes axiales se puede ver la altura ósea disponible, que varía entre 4,8 y 8,7 mm.



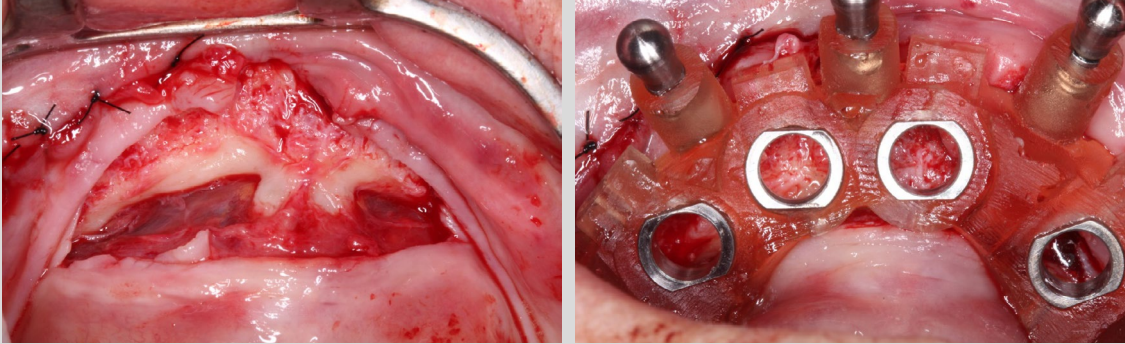
## PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Corte con los implantes posicionados virtualmente y planificación virtual.



## TRANSOPERATÓRIO

*Incision made, dividing the mucosa more lingually to provide relaxation in the mental region and avoid the mental nerve, with the guide positioned.*



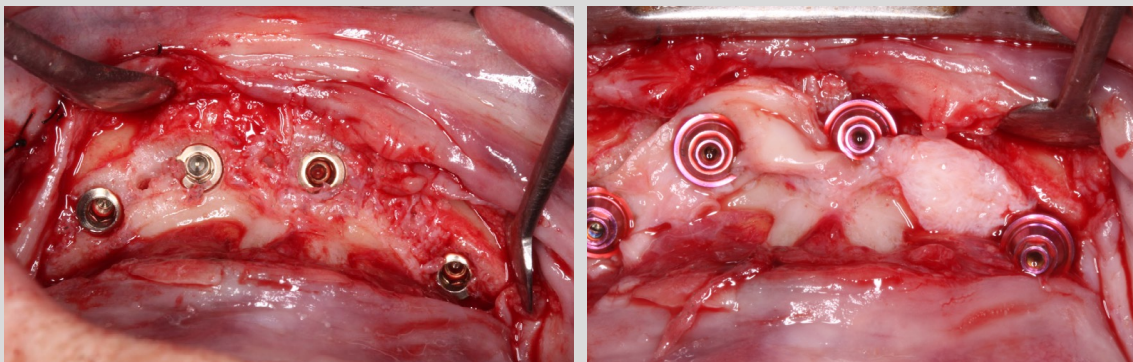
## IMPLANTE UTILIZADO

*Realización de las perforaciones para la colocación de los implantes **Unitite Compact**, los cuales se instalaron de manera guiada.*



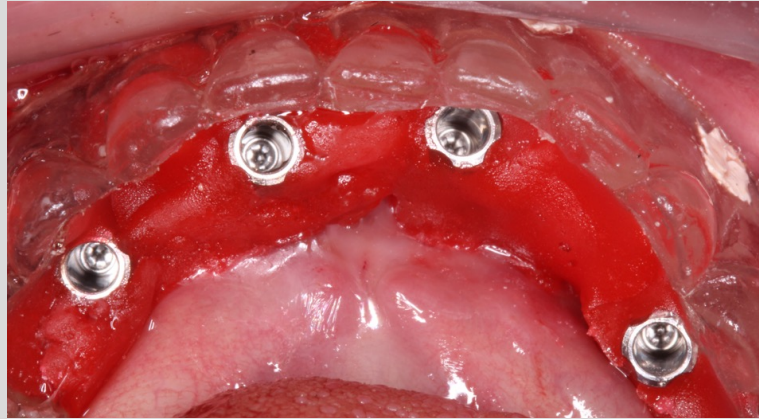
## PROVISIONALIZAÇÃO

*Implantes colocados y guía retirada. Injerto de tejido conectivo para mejorar la calidad del tejido, estabilizado con mini pilar.*



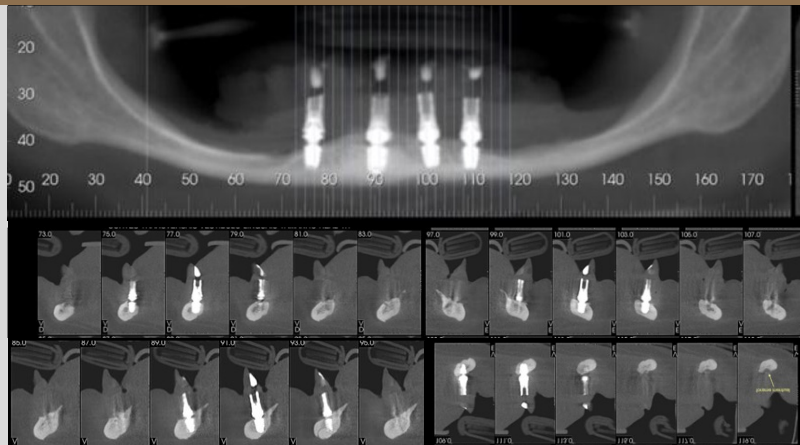
## FASE PROTÉSICA

*Captura de los cilindros provisionales con la guía multifuncional para la confección de la prótesis.*



## RADIOGRAFIA FINAL

*Tomografía realizada tras 12 meses de función. Se observa el posicionamiento de los implantes.*



## RESULTADO FINAL

*Condición del tejido con tejido queratinizado alrededor de los implantes.*



# DOUBLE SLIM



## POR DR. FELIPE MAXIMO

Doctor en Ciencia de los Materiales; Máster y Especialista en Implantología; Especialista en Prótesis Dental; Embajador S.I.N.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

El paciente presentaba anodoncia de los incisivos laterales superiores.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se planificaron dos implantes Unitite Slim para las regiones 12 y 22, seguido de la confección de coronas cerámicas.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo femenino, 35 años de edad.**

**Queja:** Ausencia de los incisivos laterales superiores.

**Anamnesis:** Paciente joven y saludable.

**Planificación:** Colocación de implantes Unitite Slim en las regiones 12 y 22.

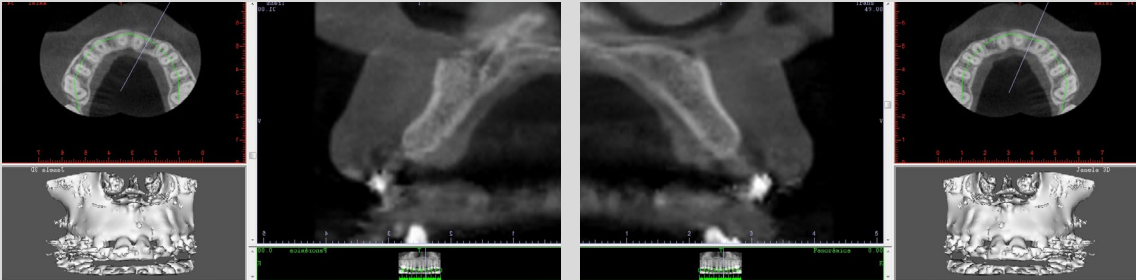
## ANTES

31 31 (sujetos al aparato ortodóntico).  
Se observa un espacio protético reducido,  
debido al tratamiento del incisivo lateral superior  
y a la anatomía dental de la paciente, lo que  
sugiere el uso de implantes de diámetro estrecho.



## RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Las tomografías iniciales de 12 y 22 corroboraron el examen clínico. El examen tomográfico mostró cantidad ósea adecuada para la colocación de implantes de diámetro estrecho, confirmando la planificación.



## TRANSOPERATORIO

Tras la incisión lineal en la cresta del reborde y el despegamiento completo del colgajo, se realizó el fresado del sitio donde se colocaría el implante, siguiendo las especificaciones del fabricante.



## IMPLANTE UTILIZADO

En ambos sitios se utilizaron implantes **Unitite Slim** de 2,9 mm de diámetro por 11,5 mm de longitud (12 y 22).



## PROVISIONALIZACIÓN

Provisional inmediato colocado en boca, utilizando resina acrílica.



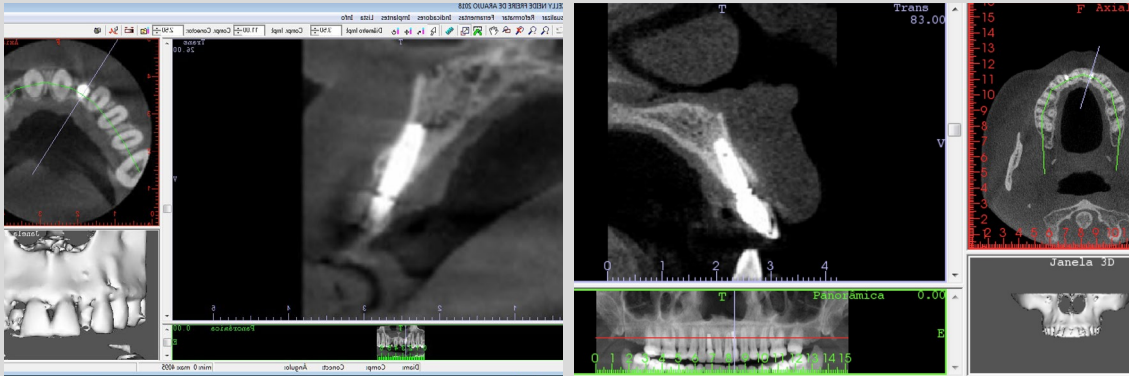
## FASE PROTÉSICA

Pilares universales instalados, realizada la impresión y confeccionado el modelo de trabajo en yeso.



## RADIOGRAFIA FINAL

Tomografía final mostrando el máximo aprovechamiento óseo vestibulo-lingual, sin comprometer la angulación del implante, resultando en excelente estética.



## RESULTADO FINAL

Resultado final, con las prótesis instaladas preservando la arquitectura del tejido blando, resultado de una planificación precisa y del uso de los implantes Unitive Slim, adecuados al espacio protético de los incisivos laterales superiores que requieren menor diámetro.



# RECONSTRUCCIÓN TEJIDUAL INMEDIATA EN



POR DR. FERNANDO HAYASHI

Máster y Doctor en Periodoncia por FOU SP; Profesor de los cursos de especialización en Implantología de FOUNIP Sorocaba y São Paulo; Máster en Implantología por USLM; Especialista en Implantología por FOUNIP São Paulo.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

Paciente con extensa destrucción ósea alrededor del incisivo central inferior derecho, con recesión del margen gingival lingual que llega hasta el tercio apical de la raíz. Se trató mediante la colocación de un implante inmediato con carga inmediata no funcional. Para corregir el defecto tisular, se utilizó relleno con hueso bovino mineral particulado y un injerto de tejido conectivo. Después de 15 meses de la sustitución de la corona provisional por la definitiva, los resultados fueron satisfactorios.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

**Fase Quirúrgica:** Tras la anestesia, se realizó una incisión intrarrugal alrededor del Incisivo Central Inferior Derecho (ICID). El ICID se retiró cuidadosamente y el alvéolo se cureteó. Se colocó un implante Unitite Slim (modelo UCMS 2913N) en la región, alcanzando una excelente estabilidad primaria con un torque de instalación de 45 N/cm. A continuación, se colocó un pilar universal (modelo AISITS 336025) con 20 N/cm y se confeccionó un provisional.

Para tratar el defecto de tejido blando, se crearon túneles vestibulares y linguales utilizando microdesprendedores de papila y tunelizadores a través del alvéolo del ICID y de las incisiones intrarrugales en los dientes adyacentes al ICID. Se utilizaron incisiones VISTA (Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access) tanto vestibular como lingualmente para facilitar la tunelización. Se extrajeron dos injertos de tejido conectivo del paladar y se insertaron vestibular y lingualmente a través de las incisiones VISTA.

**Fase Protésica:** Tras 3 meses de la carga inmediata, se inició la fase protésica final. Se utilizó una técnica de impresión con personalización del transferente. Se confeccionó una corona libre de metal y se cementó.

**Seguimiento:** Después de 15 meses de la colocación de la corona definitiva, el paciente mostraba aparente salud perimplantar, con estabilidad tisular clínica y radiográfica.

## FICHA DEL PACIENTE

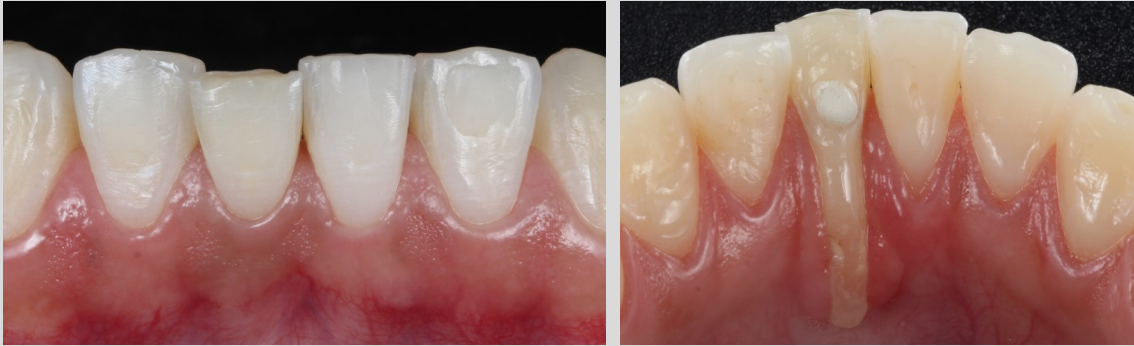
**Queja:** El paciente fue derivado para evaluación de un posible tratamiento con implante dental para reemplazar el incisivo central inferior derecho, que presentaba una extensa pérdida de tejido visible en la región lingual.

**Anamnesis:** El paciente se encuentra en buen estado de salud, sin contraindicaciones para la cirugía.

**Planificación:** Extracción seguida de colocación de implante inmediato (modelo UCMS 2913N) con posibilidad de carga inmediata, si se alcanza buena estabilidad. Se realizó injerto de tejido conectivo vestibular para prevenir pérdida de tejido en esta zona y injerto de tejido conectivo lingual para tratar el defecto de tejido blando en la región.

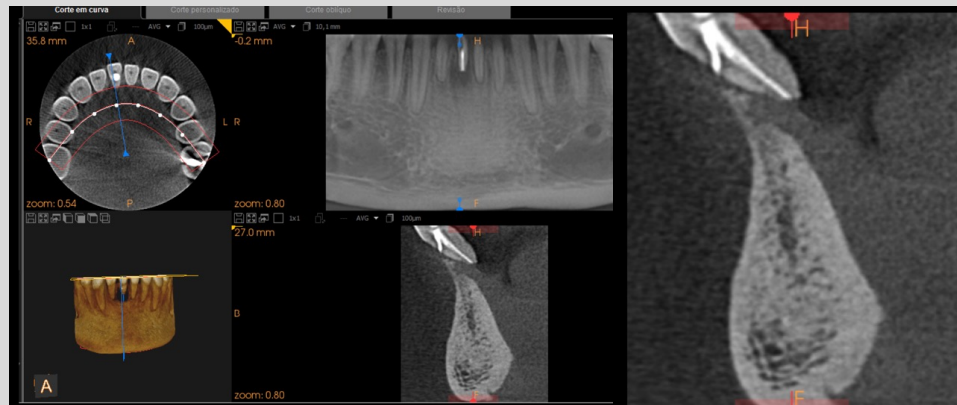
## ANTES

Fotos iniciales.



## RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Tomografía mostrando extensa destrucción ósea.



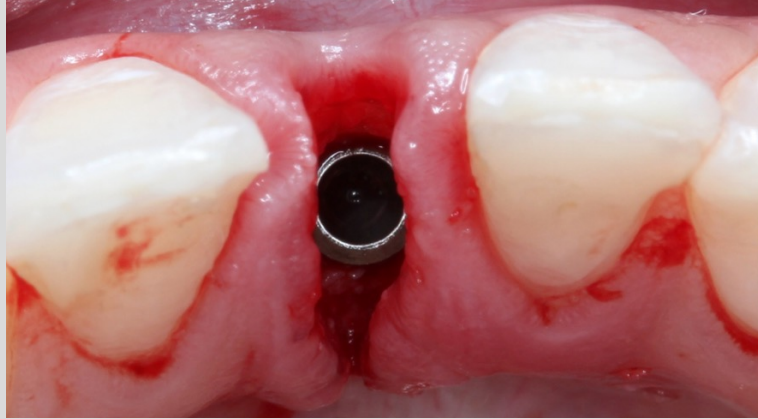
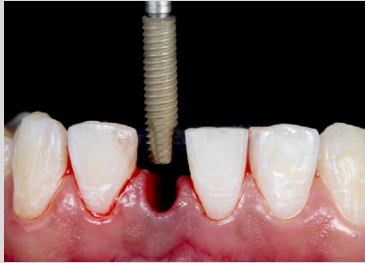
## PROCEDIMIENTO PASO A PASO

Aspecto tras la exodoncia.



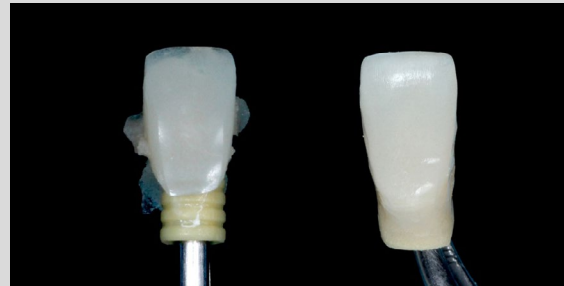
## TRANSOPERATÓRIO

Colocación de un implante **Unitite Slim** (UCMS 2913N).



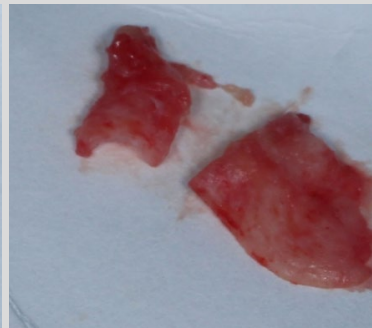
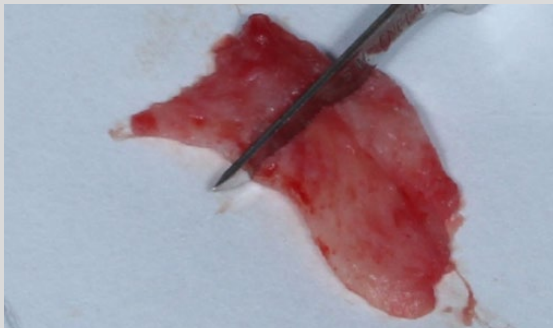
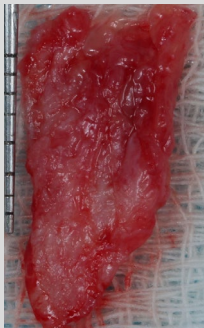
## PROVISIONALIZACIÓN

Pilar universal instalado (modelo AISITS 336025) y confección de un provisional cementado sobre un cilindro provisional de pilar universal (modelo CPSIT 3360). Se utilizó un diente de stock, que fue facetado y fijado al cilindro con resina química activada en boca. Tras la polimerización, se retiró el conjunto, se añadió resina, seguido de una nueva polimerización y se realizó el recontorneado y acabado.



## TRANSOPERATÓRIO

Tras la confección del provisional, se extrajo un injerto conectivo del paladar y se dividió en dos para ser utilizado en las regiones vestibular y lingual. Los injertos se insertaron utilizando la técnica de tunelización, asociada a la incisión VISTA.



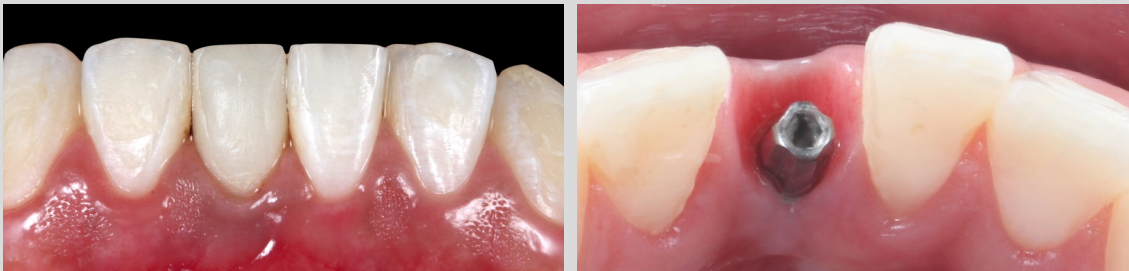
## TRANSOPERATÓRIO

Aspectos finales tras la inserción de los tejidos conectivos y la sutura para la estabilización de los injertos y de las incisiones VISTA



## FASE PROTÉSICA

Tras 3 meses de la colocación del implante, se inició la fase protésica. Se destaca el excelente contorno tisular promovido por la técnica de provisionalización. Esta información del contorno debe ser transmitida al laboratorio de prótesis mediante una impresión con personalización del perfil de emergencia.



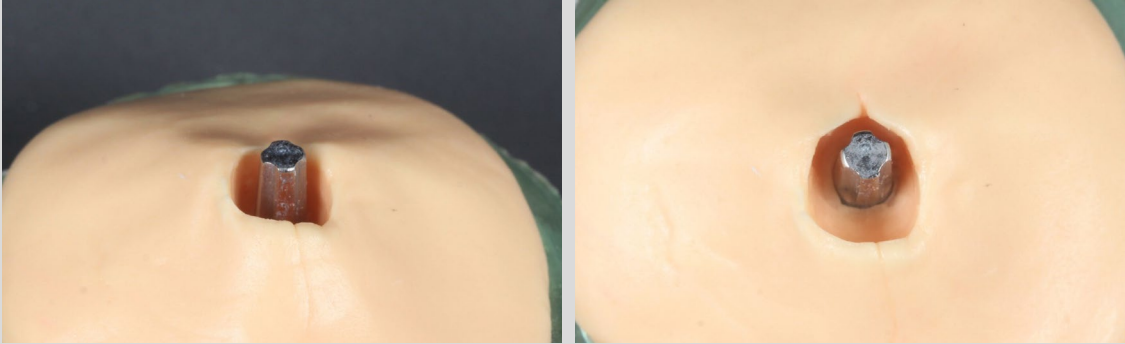
## FASE PROTÉSICA

Primero, se retiró el provisional y se colocó en un análogo. Este conjunto se colocó en un frasco Dappen de vidrio con silicona de condensación pesada.



## FASE PROTÉSICA

*Tras el endurecimiento de la silicona, se retiró el provisional. Se observa el contorno del provisional marcado en la silicona.*



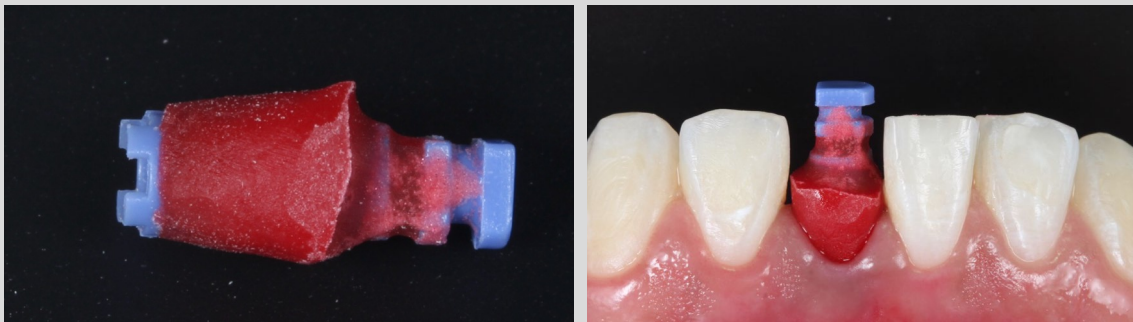
## FASE PROTÉSICA

*El transferente del pilar universal se colocó en el análogo, y el espacio previamente ocupado por el provisional se rellenó con resina activada químicamente.*



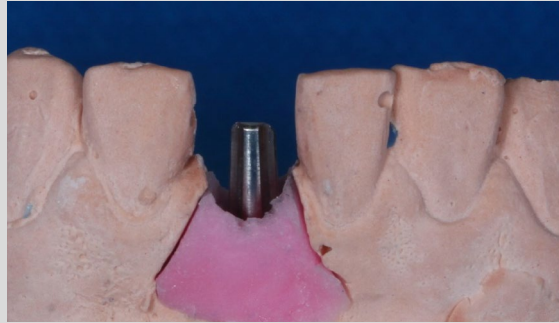
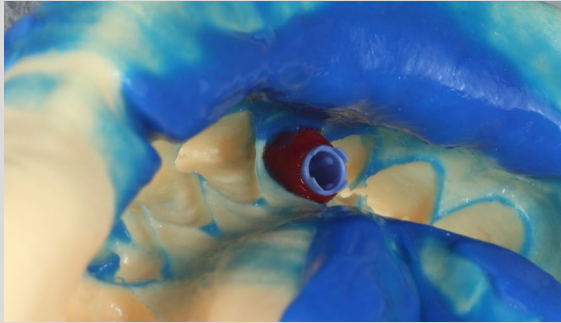
## FASE PROTÉSICA

*Aspecto del transferente del pilar universal tras el acabado de la resina y su colocación sobre el pilar universal para permitir la impresión de transferencia.*



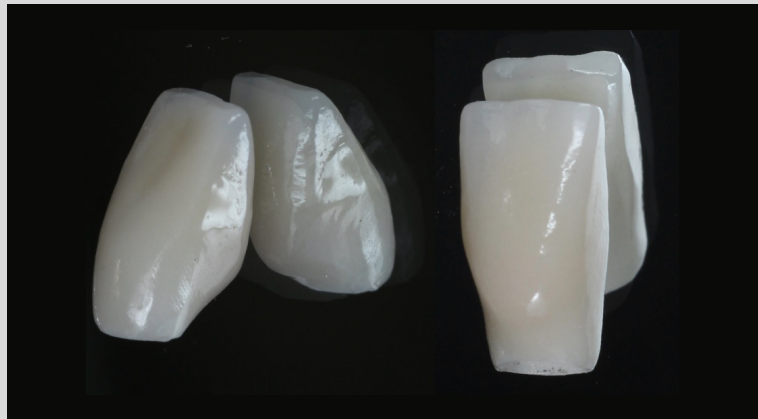
## FASE PROTÉSICA

Tras la impresión, se observa que el perfil de emergencia del provisional se replicó en el modelo. Esto es crucial para asegurar que la prótesis respete el contorno periimplantar.



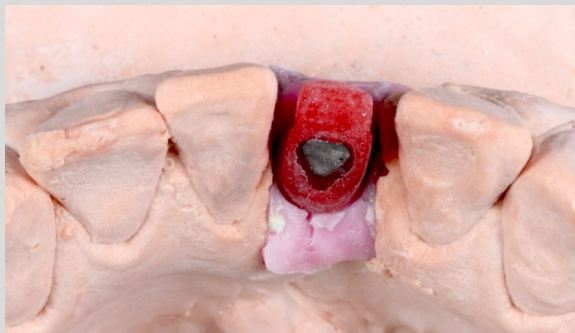
## FASE PROTÉSICA

Una corona libre de metal, junto a una guía de desgaste confeccionada para el desgaste estratégico del pilar universal, evitando que el cingulo de la corona quede voluminoso.



## FASE PROTÉSICA

Guía de desgaste posicionada en el modelo. Al colocarla sobre el pilar universal, fue posible visualizar la cantidad necesaria de desgaste en la región lingual.



## FASE PROTÉSICA

Aspecto tras el desgaste del pilar universal utilizando la guía de desgaste.



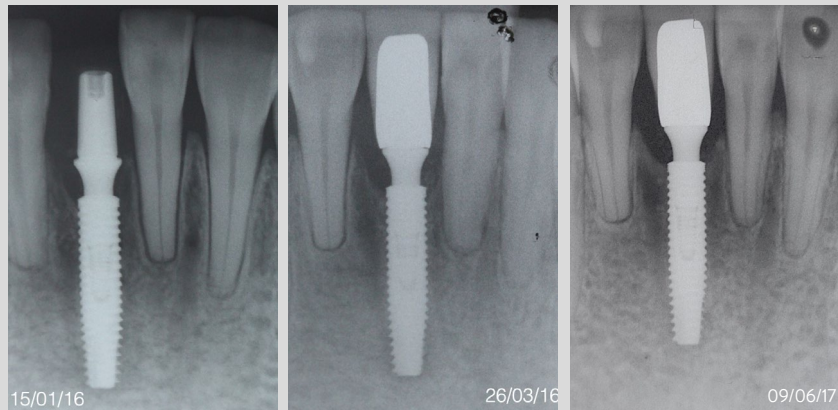
## FASE PROTÉSICA

Aspecto tras la colocación de la corona definitiva.



## RADIOGRAFÍA FINAL

Radiografías mostrando la estabilidad de los resultados: a la izquierda, al inicio de la fase protésica; en el centro, en el momento de la cementación de la corona libre de metal; a la derecha, radiografía de control tras 15 meses de la cementación.



# IMPLANTES CORTOS COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO REHABILITADOR – SEGUIMIENTO DE 7 AÑOS



POR DR. JACKSON LUIS BOTH

Especialista en Prótesis Dental/Implantología.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

Los implantes cortos representan una opción viable en áreas con poca altura ósea. En este caso, se presenta un implante con siete años de seguimiento, sin pérdidas marginales ni complicaciones en el seno maxilar, manteniendo un excelente perfil gingival y estético.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Tras los exámenes de imagen, se observó una altura ósea mínima, optando por un implante corto (modelo COMPACT de 5x7 mm). La preparación del lecho se realizó con piezoeléctrico, con el objetivo de preservar la integridad de la membrana, minimizar el desgaste/calor y reducir la agresión mecánica en el sitio preparado.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo femenino, 47 años de edad.**

**Queja:** La queja principal fue la ausencia del diente 27 y las dificultades en la masticación.

**Anamnesis:** Paciente ASA 1, sin hábitos parafuncionales, no fumadora y sin medicación continua. No reporta episodios de alteraciones clínicas o sistémicas, y no presenta alergias conocidas a anestésicos o sustancias similares. Fue evaluada y autorizada por el cardiólogo.

**Planificación:** Se planificó la colocación de un implante corto de 5x7 mm, con el uso futuro de un pilar para una prótesis fija cementada.

## ANTES

*Preparación del alvéolo con piezoeléctrico, con el objetivo de menor agresión local, bioestimulación y preservación de la membrana sinusal.*



## RADIOGRAFÍA/TOMÓGRAFO

*En la planificación inicial, se observó poca altura ósea, lo que sugirió la colocación de un implante corto para reducir la morbilidad y el tiempo de tratamiento.*



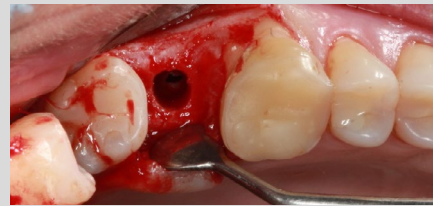
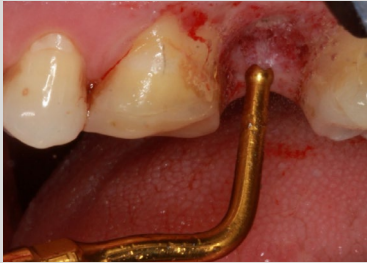
## INTRAOPERATORIO

*Se realizó una incisión crestal con despegamiento total del colgajo. Se observa buen grosor para la colocación de un implante corto de diámetro amplio, buscando mayor estabilidad y aprovechamiento del área de contacto óseo.*



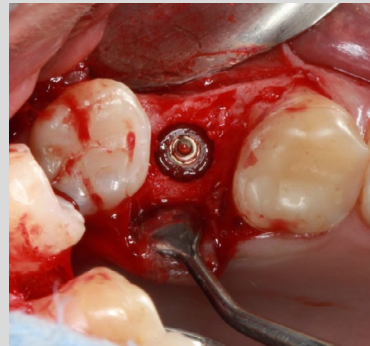
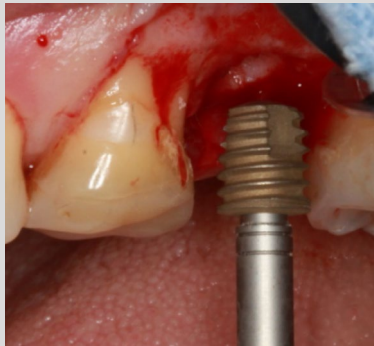
## INTRAOPERATORIO

Preparación del alvéolo con piezoeléctrico, con el objetivo de menor agresión local, bioestimulación y preservación de la membrana sinusal.



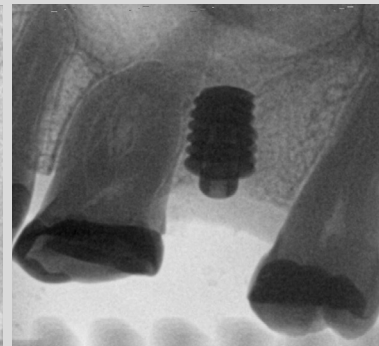
## IMPLANTE USADO

Colocación del implante **Unitite Compact** (5x7 mm), según la planificación inicial



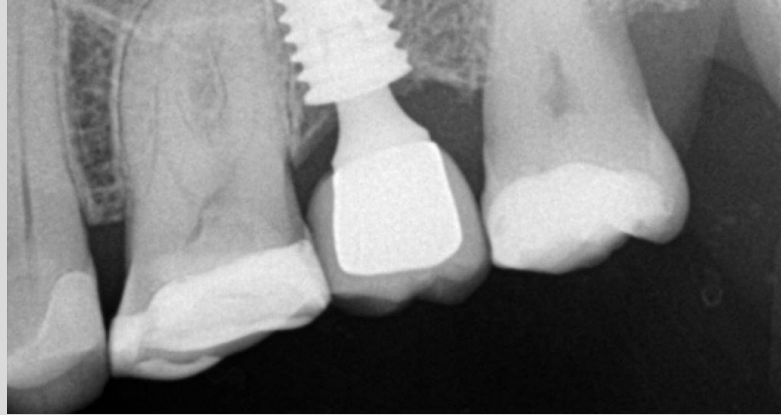
## IMPLANTE USADO

Aspecto final quirúrgico y radiográfico.



## RADIOGRAFÍA FINAL

Tras el período de osteointegración, se colocó un pilar tipo muñón universal (4,5x4x2 mm) para prótesis cementada, seguido de la confección de la corona, según se muestra en la radiografía.



## RESULTADO FINAL

El caso se finalizó con la colocación de la corona y ajuste oclusal.



## RADIOGRAFÍA FINAL

Seguimiento radiográfico de 1 a 7 años.



## RESULTADO FINAL

Seguimiento clínico de 1 a 7 años.



# SUSTITUCIÓN DE IMPLANTE PREVIAMENTE COLOCADO Y SUS DESAFÍOS



POR DR. UMBERTO DEMONER RAMOS

Licenciatura en Odontología por la Universidad Federal de Espírito Santo; Especialización, Maestría y Doctorado en Periodoncia por la FORP-USP; Doctorado Sandwich realizado en la Augusta University; Investigador Visitante en la Adams School of Dentistry de la Universidad de Carolina del Norte; Consultor Científico en I+D Internacional de S.I.N.

## INTRODUCCIÓN DEL CASO

A medida que la implantología evoluciona, surge una necesidad creciente de tratar problemas en rehabilitaciones finalizadas. Estos tratamientos van desde sustituciones protésicas y cambios de componentes para mejorar estética/adaptación, hasta maniobras para la corrección de tejido blando. En casos más severos, puede ser necesaria la explantación del implante debido a pérdidas por infecciones periimplantarias o por un posicionamiento tridimensional inadecuado del implante.

## EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El paciente acudió a la clínica con un implante perdido tras dos intentos fallidos de colocación de un implante de 3,5 x 10 mm, debido a la falla en la osteointegración. Se realizó la extracción del implante no osteointegrado, seguida de regeneración ósea guiada y la colocación de un implante estrecho para un mejor aprovechamiento del lecho óseo.

## FICHA DEL PACIENTE

**Paciente de sexo masculino, 35 años de edad.**

**Queja:** El implante parece no haber osteointegrado correctamente.

**Anamnesis:** Paciente diabético.

**Planificación:** Extracción del implante no osteointegrado, seguida de regeneración ósea guiada y colocación de un implante Unitite Slim.

## ANTES

*En la situación inicial, se produjo la pérdida de un implante. El paciente informó antecedentes de un implante inmediato perdido, seguido de un nuevo intento de colocación y un período de espera de 3 meses. Durante la instalación del pilar, el paciente reportó dolor y acudió a otro profesional.*



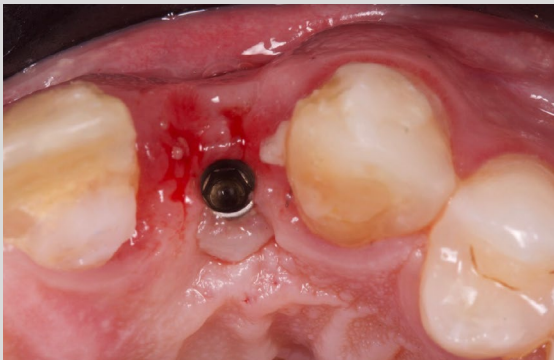
## ANTES

*Situación clínica oclusal del provisional: construcción de baja calidad e interferencias en la máxima intercuspidación habitual (lado izquierdo).*



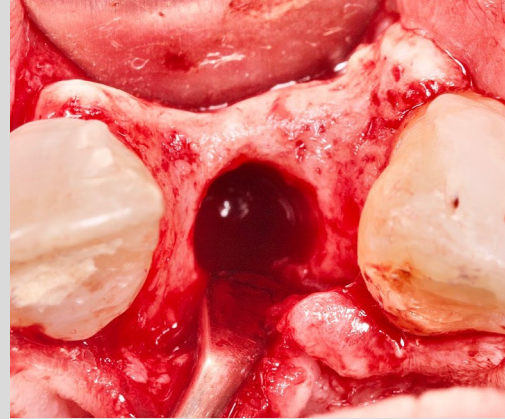
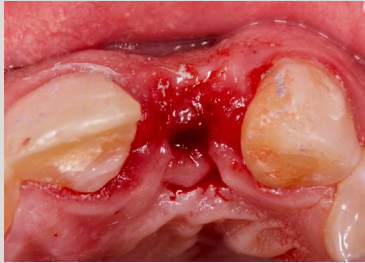
## ANTES

*Vista oclusal tras la remoción de la corona provisional (lado izquierdo). Provisional junto con el pilar (lado derecho).*



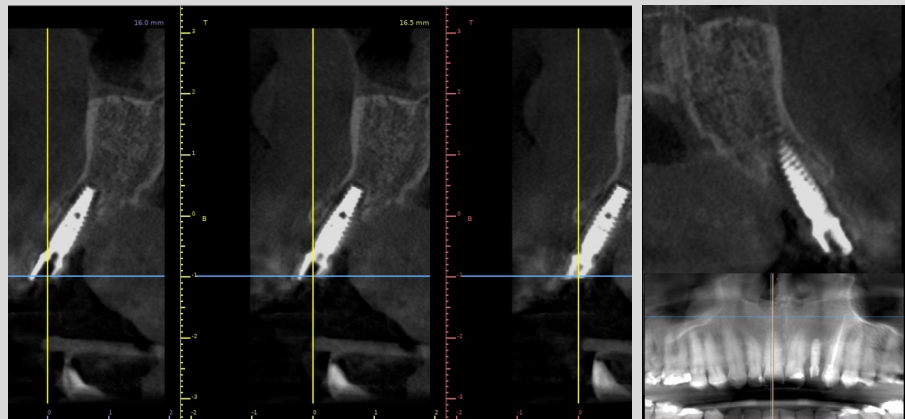
## ANTES

Se retiró el implante, se curetó el sitio y se evaluó la situación ósea encontrada. Se planificó una regeneración ósea guiada.



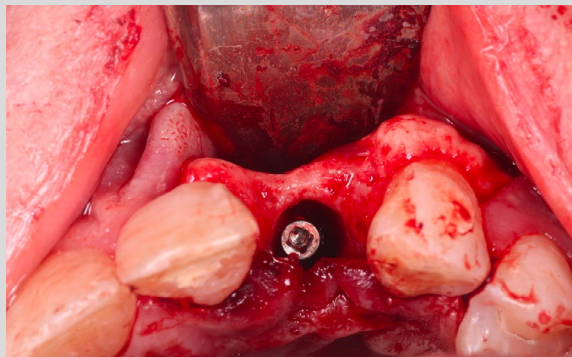
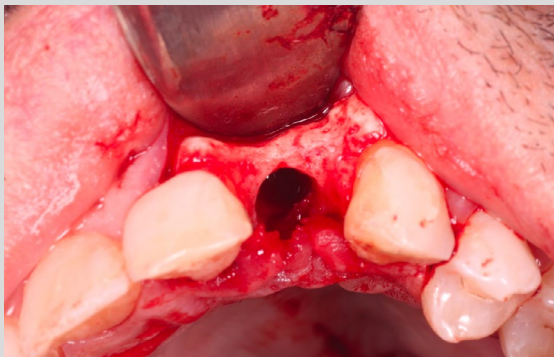
## RADIOGRAFÍA/TOMÓGRAFO

Tomografía del implante perdido.



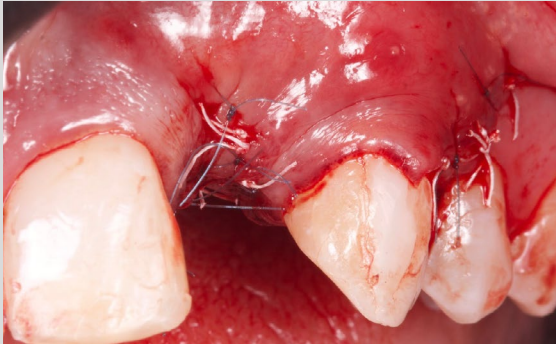
## PROCEDIMIENTO PASO A PASO

Colgajo completo realizado, con colocación de un tornillo de tenosinovitis.



## TRANSOPERATIVA

*Colgajo suturado. Edema postoperatorio (72 horas)*



## TRANSOPERATIVA

*Situación clínica al retirar la sutura, 14 días después de la cirugía.*



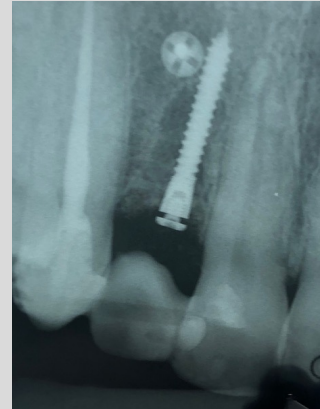
## TRANSOPERATIVA

*Situación clínica tras 3 meses de cicatrización.*



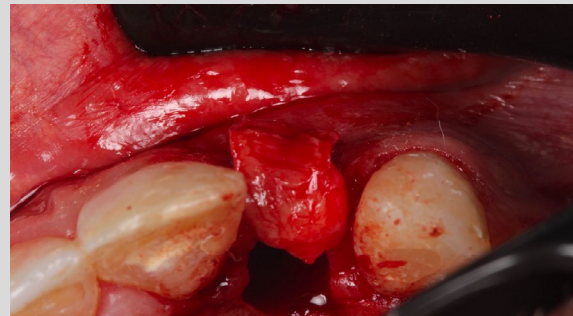
## TRANSOPERATIVA

Radiografía periapical y situación clínica el día de la colocación del implante, mostrando un desplazamiento coronario de la línea mucogingival.



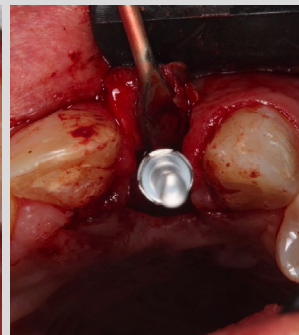
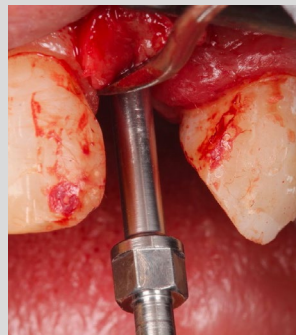
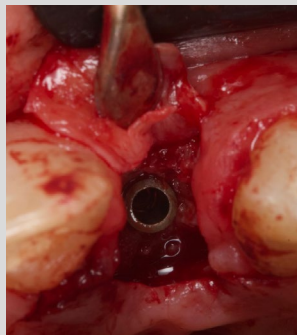
## TRANSOPERATIVA

Situación clínica vista desde la perspectiva oclusal. Se realizó un colgajo con la técnica de rollo, utilizando el desplazamiento palatino de la incisión y la división de un pequeño colgajo que incluía tejido conjuntivo, submucosa y periostio.



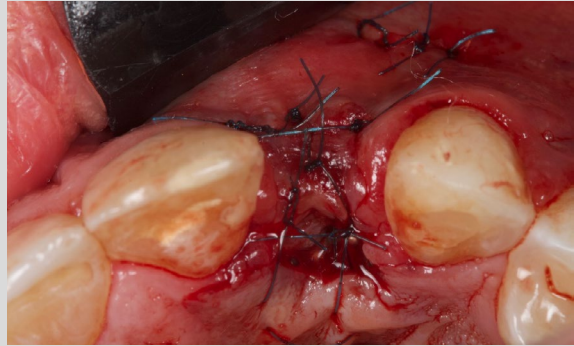
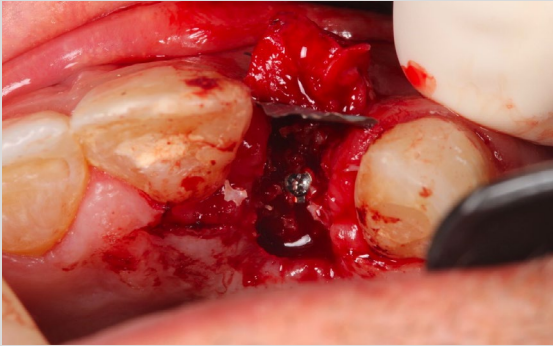
## IMPLANTE UTILIZADO

Implante **Unitite Slim** colocado con un torque de 40N. Debido a que el paciente es diabético, se decidió esperar 3 meses antes de la reapertura.



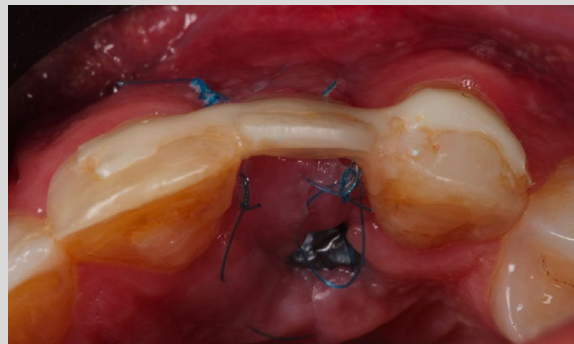
## TRANSOPERATIVA

*Colocación de una barrera de titanio y sutura del colgajo.*



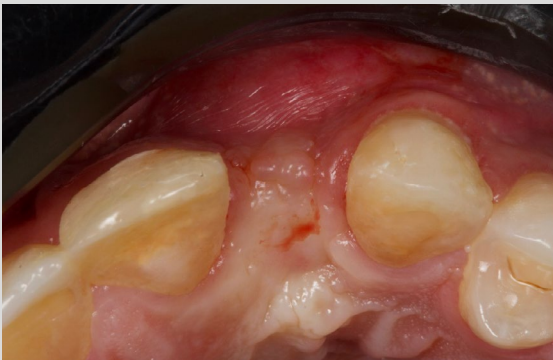
## TRANSOPERATIVA

*Tras 14 días de realizada la cirugía, se retiró la barrera de titanio.*



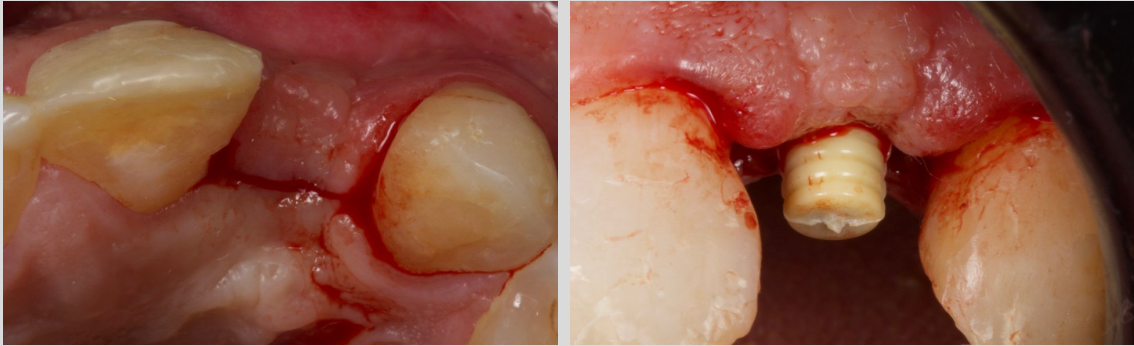
## TRANSOPERATIVA

*Vista oclusal y vestibular tras tres meses.*



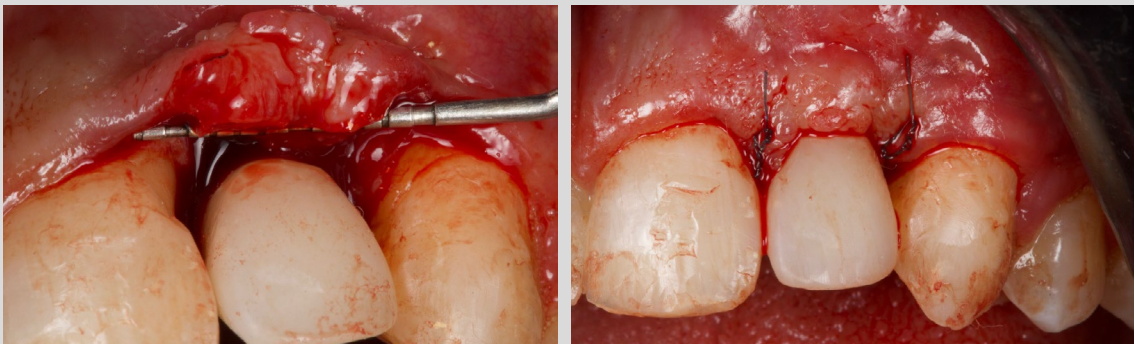
## TRANSOPERATIVA

Se realizó una incisión palatina. Se desepitelizó la región oclusal del colgajo y se colocó un pilar estándar con cilindro provisional.



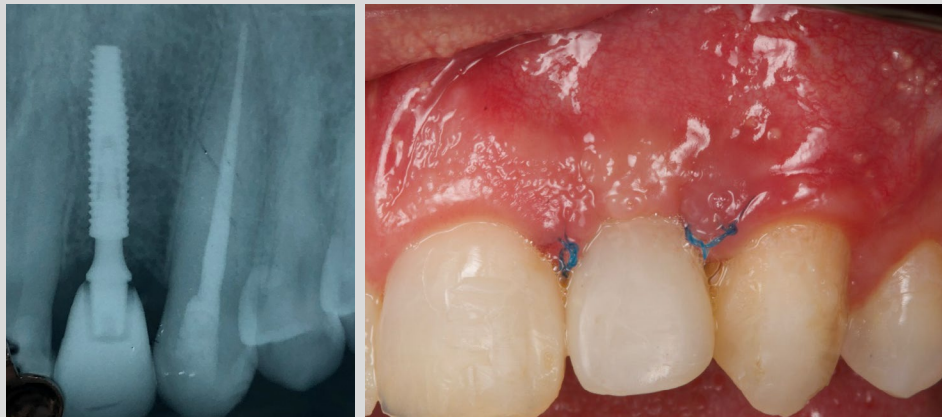
## TRANSOPERATIVA

Situación clínica del postoperatorio inmediato con provisional de acrílico colocado sobre el pilar.



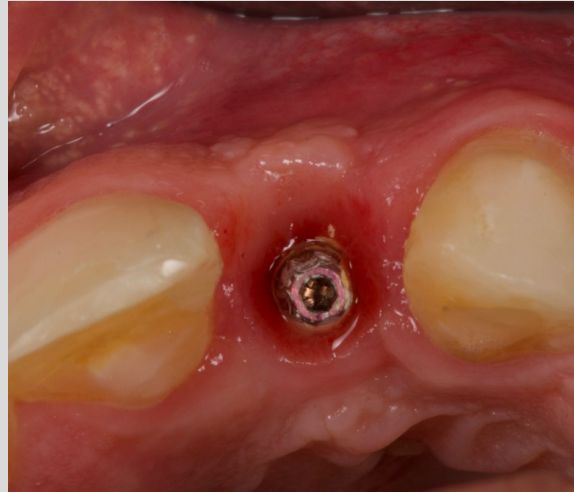
## TRANSOPERATIVA

Radiografía periapical y situación clínica después de 14 días.



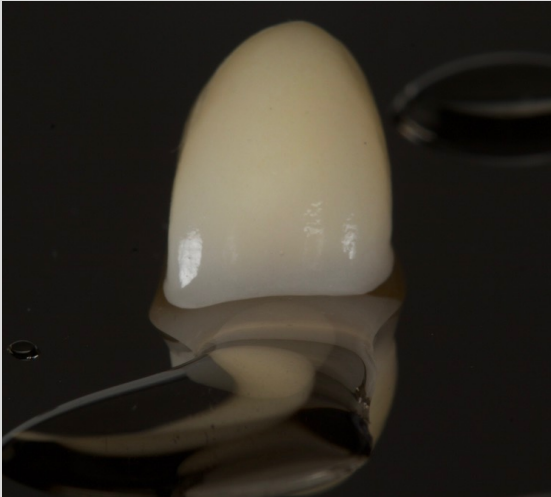
## FASE PROTÉSICA

*Selección del color para la futura prótesis. Tejido mucoso periimplantario con excelente aspecto de salud, mostrando buena condición del provisional, lo que facilitó la regeneración del tejido local.*



## FASE PROTÉSICA

*Corona confeccionada en zirconia por el laboratorio. Situación del tejido periimplantario antes de la cementación de la corona protésica definitiva.*

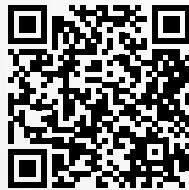


## FASE PROTÉSICA

*Prótesis instalada. Se observa ganancia de tejido en comparación con el caso inicial, destacando toda la manipulación del tejido tanto óseo como fibromucoso, proporcionando naturalidad en la rehabilitación final.*



# DONDE ESTAMOS



APUNTA LA CÁMARA DE TU MÓVIL HACIA EL CÓDIGO  
QR Y DESCUBRE DÓNDE ESTÁ PRESENTE S.I.N.

## **MATRIZ S.I.N.**

Avenida Vereador Abel Ferreira, 2140  
Jardim Anália Franco - São Paulo – SP  
CEP 03340-000

## **FÁBRICA**

Rua Soldado Ocimar Guimarães da Silva, nº 421

## **VENTAS INTERNACIONALES**

[international@sinimplante.com.br](mailto:international@sinimplante.com.br)

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

# CALIDAD Y TECNOLOGÍA SUPERIOR

*GARANTIZAMOS NUESTROS PRODUCTOS, PORQUE ESTAMOS ORGULLOSOS DE LO QUE PRODUCIMOS.*



La principal prioridad de S.I.N. es garantizar la calidad y la seguridad de sus clientes. Ofrecer lo mejor en implantes, componentes, kits quirúrgicos e instrumentos es la base de todo nuestro trabajo.

## INSPECCIÓN EN EL 100% DE LOS LOTES FABRICADOS

El control de calidad se lleva a cabo en todos los productos fabricados por S.I.N., a fin de garantizar el éxito de las cirugías de sus clientes y el cumplimiento de las normas de calidad, además de añadir valor a todos aquellos que han optado por crear nuevas sonrisas.



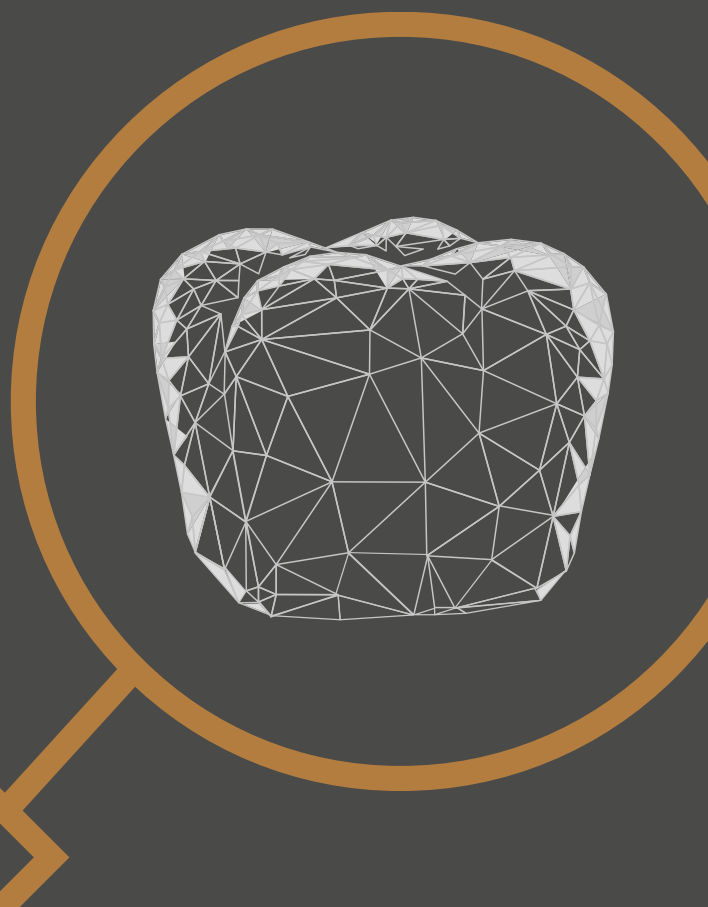
**IMPLANTES CON GARANTÍA VITALICIA\*.**



**5 AÑOS DE GARANTÍA: COMPONENTES PROTÉSICOS\*.**




\*ESCANEE EL CÓDIGO QR PARA ACCEDER A LAS CONDICIONES DE LA GARANTÍA S.I.N. O ACCEDA AL ENLACE [GO.SINIMPLANTSYSTEM.COM/3WRUHRR](http://GO.SINIMPLANTSYSTEM.COM/3WRUHRR)





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

 [implantat.global](https://implantat.global)

[internacional@sinimplantsystem.com](mailto:internacional@sinimplantsystem.com)

[www.sinimplantsystem.com/es/](https://www.sinimplantsystem.com/es/)

---

Visite nuestras Redes Sociales



[@sin.latam](https://www.instagram.com/sin.latam)



[@sinimplantglobal](https://www.facebook.com/sinimplantglobal)



[S.I.N. Implant System](https://www.youtube.com/S.I.N.ImplantSystem)



[/sin\\_implant](https://www.tiktok.com/sin_implant)