

DENTSPLY

NEWS

www.dentsplychile.cl



**NUEVAS OFERTAS
INVIERNO 2014**

Síguenos





Portada
www.istockphoto.com



**04 APEXIFICACIÓN CON MTA:
2 CASOS CLÍNICOS.**
Dr. Rodrigo Fuentes B.
Dra. Francisca Aichele P.



**06 CIRUGÍA CORRECTIVA, UNA SOLUCIÓN PARA
CASOS DE REABSORCIÓN RADICULAR, USANDO
IONÓMERO VÍTREO Y FIBRINA RICA EN PLAQUETAS:
REPORTE DE UN CASO**
Dra. Alicia Caro M.



**17 REHABILITACIÓN DE INCISIVO CENTRAL
SUPERIOR Y UTILIZACIÓN DE IMPLANTE
ANKYLOS, Y CARGA INMEDIATA.**
Prof. Dr. Andrés Gaete Navarro

www.facebook.com/DentsplyChile



@dentsplychile



Marcia Tapia Crisostomo
Representante de Ventas RM.
(56-2) 2 2352880 Anexo 109
(56-9) 8 1381273
marcia.tapia@dentsply.com

Manuel Castillo Olivos
Representante de Ventas RM.
(56-2) 2 2352880 Anexo 109
(56-9) 9 9196115
manuel.castillo@dentsply.com

Carolina Opazo Basaez
Representante de Ventas V Reg.
(56-2) 2 2352880
(56-9) 9 1599381
carolina.opazo@dentsply.com

Lorena Paredes Miño
Representante de Ventas Zona Sur
(56-2) 2 2352880
(56-9) 9 2899476
lorena.paredes@dentsply.com

Pamela Oliva Castro
Representante de Ventas Zona Sur
(56-2) 2 2352880
(56-9) 9 91961610
pamela.oliva@dentsply.com

Marjorie Olivares Gutierrez
Representante Ventas Laboratorio
(56-2) 2 2352880 Anexo 112
(56-9) 9 5960560
marjorie.olivares@dentsply.com

Alfredo Torres Céspedes
Representante Ventas Laboratorio
(56-2) 2 2352880 Anexo 112
(56-9) 9 4996910
alfredo.torres@dentsply.com

Kathia Gorlitz Molina
Representante Ventas Universidades
(56-2) 2235 2880 Anexo 104
(56-9) 9 895 0277
kathia.gorlitz@dentsply.com

Noelia Sandoval Silva
Representante Ventas Ankylos
(56-2) 2235 2880 Anexo 116
(56-9) 9 9196111
noelia.sandoval@dentsply.com

Sandra Rojas Latorre
Representante Ventas Ankylos
(56-2) 2235 2880 Anexo 117
(56-9) 9 895 0124
sandra.rojas@dentsply.com

PROTAPER • NEXT™

el futuro **estándar** de oro

PROTAPER NEXT™ es el sucesor del sistema PROTAPER® UNIVERSAL, el cual ha supuesto el estándar de oro en Endodoncia por muchos años. Es una solución eficaz para los endodoncistas que buscan un sistema versátil y flexible con el que manejar la gran mayoría de tratamientos de conductos radiculares.



m-wire®
nickel titanium

Reducción del riesgo de fractura de limas

Las limas endodóncicas muestran signos de desgaste durante su uso. Estas son consecuencia de la fatiga cíclica, causa principal de la fractura de las limas durante el tratamiento del paciente. Con los usos múltiples, esta circunstancia se ve aumentada en forma dramática. El uso único, por tanto, reduce el riesgo de fractura, aumentando con ello la seguridad del paciente.

Adecuada eficacia de corte

Recientes investigaciones demuestran que usando los instrumentos endodóncicos en varios casos clínicos se ve reducida su eficiencia de corte, lo que afecta a su rendimiento, y a la satisfacción tanto del dentista como del paciente. Con PROTAPER NEXT™ no se verá reducida la eficacia de corte, al utilizar un instrumento nuevo con cada paciente.

Ausencia de riesgo de contaminación cruzada

No importa lo bien que se haya esterilizado un instrumento; las investigaciones demuestran que permanecen restos de bacterias y tejidos en el instrumento. El uso posterior de esos instrumentos va a aumentar el riesgo de infección cruzada en el siguiente paciente.

Ergonomía

No es necesario esterilizar y volver a organizar las limas NiTi PROTAPER NEXT™



APEXIFICACIÓN CON MTA: 2 CASOS CLÍNICOS

Dr. Rodrigo Fuentes B.

Especialista en Endodoncia
Docente de Pre y Postgrado
Director del Programa de Especialización en Endodoncia
Universidad Mayor - Temuco



Dra. Francisca Aichele P.

Cirujano Dentista
Estudiante del Postgrado en Endodoncia
Universidad Mayor - Temuco

Introducción

La erupción dentaria se produce cuando aún no ha terminado el desarrollo radicular. La caries o traumatismos pueden provocar la necrosis pulpar de dientes permanentes jóvenes, provocando la interrupción de la formación normal de la raíz de éstos. Los dientes con pulpa necrótica y ápice inmaduro tienen paredes dentinarias delgadas y frágiles y un foramen apical extremadamente amplio, que dificultan la obtención del buen sellado apical en endodoncia, además su susceptibilidad a fracturas hace que el pronóstico desde el punto de vista endodóntico y rehabilitador sean menos favorables.

Soares y Goldberg señalan que en estos dientes, es muy importante la limpieza adecuada del conducto radicular y el relleno tridimensional del espacio existente. Para esto usamos la preparación químico mecánica y materiales de relleno que cierren eficientemente la apertura apical o induzcan este cierre con un tejido mineralizado.

Canalda afirma que en ocasiones se puede producir el cierre apical, con aumento de la longitud radicular previa y estrechamiento de la luz del conducto, sin embargo, lo más habitual es que se produzca solamente la formación de una barrera calcificada en el orificio apical.

A continuación, presentamos 2 casos clínicos de Apexificación con MTA Pro Root® (Dentsply Maillefer), en los cuales se consiguió la resolución exitosa del tratamiento endodóntico logrando un sellado tridimensional y el cierre apical con aumento de la longitud radicular.

Descripción de los Casos

Caso 1: Paciente de 7 años tratada inicialmente por el odontopediatra debido a traumatismo de pieza 1.1 y derivada al endodoncista. Se recibe en la consulta privada con diagnóstico de absceso apical crónico y fractura coronaria complicada. Al examen clínico se aprecia fístula vestibular y pérdida importante de sustancia coronaria. (FIG.1) Al examen imagenológico se observa una lesión radiolúcida periapical y raíz en etapa 8 de Nolla, en todos los sentidos, apreciada en un examen radiográfico retroalveolar y Cone Beam Computed Tomography (CBCT) (FIG. 2 y 3).

Se instrumenta el canal con suave limado circunferencial con el fin de eliminar restos de tejido necrótico y se irriga con CHX al 2%, de modo de evitar el riesgo de inyectar hipoclorito en el periápice, para desinfectar el conducto y favorecer la reparación. Se medica con Ca(OH)₂, para promover la desinfección y la alcalinización del medio y lograr un mejor fraguado del MTA.

Al la cita siguiente, se A la cita siguiente se aprecia un conducto sin secreción y el diente está asintomático. Se procede a obtener el tercio apical con MTA Pro Root® (Dentsply Maillefer) y se deja una microtórula de algodón humedecida para hidratarlo. (FIG.4) A la sesión siguiente, se comprueba su fraguado y se termina el relleno con gutapercha. (FIG.5) Luego se envía al rehabilitador para la restauración definitiva de la pieza dentaria. (FIG. 6) Al control radiográfico a distancia, se aprecia el cierre apical, signos evidentes de reparación de la lesión periapical y aumento de la longitud radicular. (FIG.7)



Fig. 1



Fig. 2

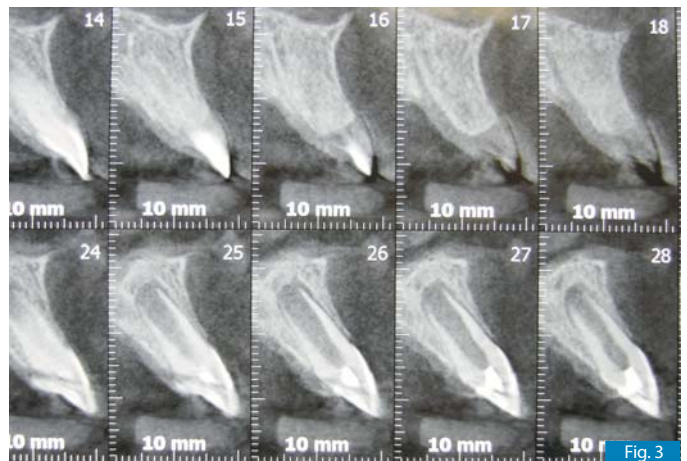


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Caso 2: Paciente de 16 años de edad, acude a la clínica de la especialidad de Endodoncia en la Universidad Mayor, por presentar molestias en relación a la pieza 4.4. Al examen clínico, se observa presencia de fístula vestibular y una restauración de cemento de vidrio ionómero filtrada. Al examen radiográfico, se aprecia pieza con desarrollo radicular incompleto, lo que hace presumir de una necrosis pulpar de larga data. (FIG.8). Se diagnostica un absceso apical crónico en relación a la pza. 4.4.

Se realiza la trepanación y preparación Quimicomecánica, irrigando con CHX al 2% para evitar la extrusión de hipoclorito al periápice. Se medica con Ca(OH)₂ al igual que el caso anterior.

Al control la paciente se presenta asintomática y observamos un conducto limpio y seco. Se procede a tomar la LT con localizador apical, Propex II, que a la confirmación radiográfica parece corta (FIG.9), pero se decide obturar con MTA Pro Root® (Dentsply Maillefer) a esa longitud debido al probable cierre incompleto del conducto y la mayor certeza que entrega la medición electrónica para estos casos. Se deja una microtórula de algodón húmedo para favorecer su fraguado. (FIG.10)

En la sesión siguiente se observa el fraguado del MTA y se rellena el resto del conducto con gutapercha. (FIG. 11), derivándose a la paciente para la realización de la restauración. Al control radiográfico a los 3 meses ya se aprecia un remodelado y continuación de la formación apical de la pieza. (FIG.12)



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

Conclusión

El MTA es un excelente material para el tratamiento de la Apexificación, debido a su doble función. Por un lado produce un sello apical hermético y por otro, induce la formación radicular formando un sello de tejido calcificado, en algunos casos, incluso aumentando la longitud de la raíz.

En los casos presentados obtuvimos un buen resultado final, ya que se produjo una reparación de la lesión, remodelado apical con tejido mineralizado y aumento del largo radicular, mejorando con esto el pronóstico de las piezas tratadas.

CIRUGÍA CORRECTIVA, UNA SOLUCIÓN PARA CASOS DE REABSORCIÓN RADICULAR, USANDO IONÓMERO VÍTREO Y FIBRINA RICA EN PLAQUETAS: REPORTE DE UN CASO



Dra. Alicia Caro M.

Cirujano-Dentista

Especialista en Endodoncia

Jefe de Cátedra Endodoncia, Universidad de Valparaíso.

Directora Programa Especialidad Endodoncia, Universidad de Valparaíso.

Directora y Creadora Programa Diplomado "Resolución Quirúrgica de Problemas Endodónticos"

Magister en desarrollo curricular y proyectos educativos

Presidenta Sociedad de Endodoncia Valparaíso, V región, Chile

Introducción

La reabsorción radicular es un problema grave en odontología, porque afecta la estructura radicular de los dientes, incidiendo negativamente en el pronóstico de los mismos. El manejo clínico es muy difícil y poco predecible, indicándose con frecuencia la extracción. Las causas aún no están claras, sin embargo se conocen los factores asociados: traumas, prótesis fijas, infecciones crónicas, pulidos radiculares, blanqueamientos, entre otros.

Los dientes más afectados son los antero superiores, en pacientes jóvenes, donde el reemplazo del diente natural por un implante en ocasiones no es posible, por la edad del paciente o porque la estética está altamente comprometida y la emergencia de un implante unitario no siempre cumple con todas las características de un diente natural, por lo que se hace necesario preservar el mayor tiempo posible el diente natural.

La cirugía correctiva es una solución que ha demostrado tener muy buenos resultados, dado por los materiales que existen en el mercado en la actualidad y las nuevas técnicas de microcirugía Paraendodóntica. Ésta nos permite recuperar la pared de la raíz perdida y detener el proceso de rizálisis, por lo que es una indicación que hay que considerar cuando se presentan éstos casos.

Descripción del caso:

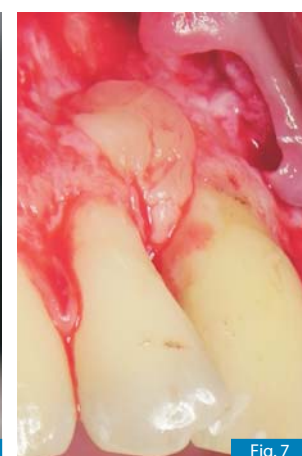
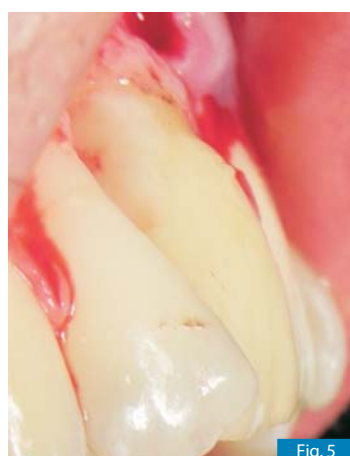
Paciente sexo masculino, 36 años de edad, consulta por fístula vestibular y cambio de coloración en relación al diente 1.1, asintomático, sondaje periodontal de 10 mm por distal.

En la radiografía se observa el diente tratado endodónticamente, restauración palatina profunda, reabsorción radicular externa superficial a nivel del tercio cervico distal, que se extiende al canal radicular, pequeña zona osteolítica asociada a la reabsorción. No se observa lesión apical.

Diagnóstico: Rizálisis cervical externa distal en diente 1.1

El paciente es derivado al Diplomado de Resolución quirúrgica de la Universidad de Valparaíso, donde se decide corregir el defecto a través de una Cirugía Correctiva. Se solicitan exámenes de sangre preoperatorios de rutina, los que resultan normales. Conjuntamente es solicitado un scanner (Fig.1) para precisar extensión de la lesión y planificar el abordaje quirúrgico. El paciente es premedicado con 2 gr. de amoxicilina y 15 mg de meloxicam, una hora antes de la cirugía.

En el intraoperatorio se realizó un colgajo semineumann, que permitió ver una lesión osteolítica en la zona cervicodistal que expone parte de la reabsorción radicular. Se extirpa el tejido óseo suficiente para visualizar completamente la extensión de la lesión. Es explorada una entrada de 4 mm aproximadamente, que lleva a una cavidad mayor al interior del diente la que está invadida por tejido de granulación, contaminado y oscuro. Una vez realizado el curetaje del tejido blando se comprueba que hay sólo una línea de comunicación con el conducto radicular, el que es protegido con dycal. Los bordes de la lesión son pulidos con ultrasonido (Fig.2). Se decide rellenar el defecto con ionómero vítreo de restauración Chemfil® (Dentsply Maillefer) (Fig.3, 4 y 5), el que tiene muy buena biocompatibilidad y muy baja filtración marginal. Sobre el material de relleno colocamos de rutina una membrana de Fibrina Rica en plaquetas (Fig.6 y 7), extraída del propio paciente en pabellón durante el procedimiento quirúrgico. Se citó al paciente a controles clínicos y radiográficos (Fig.8) y se cita al retratamiento endodóntico, el que se considera contaminado a través de la lesión.



- Fig. 1: Imágenes previas del scanner.
- Fig. 2: Lesión encontrada.
- Fig. 3: Material seleccionado.
- Fig. 4: Colocando el material.
- Fig. 5: Diente reparado con ionómetro.
- Fig. 6: Membrana de FRP.
- Fig. 7: Membrana de FRP sobre el defecto reparado.
- Fig. 8: Control post operatorio inmediato.

Conclusión:

La Cirugía correctiva es un procedimiento que debe realizar el endodoncista, especialista en cirugía Paraendodóntica, puesto que requiere de maniobras microquirúrgicas y habitualmente manejo del conducto en el intraoperatorio.

La reabsorción radicular externa cursa asintóticamente, pero deben alertarnos algunos signos como el cambio de coloración en un diente que sufrió un trauma, sondaje profundo en una zona específica en dientes coronados, la manifestación de un fluido crevicular de mal sabor y olor, por mencionar los más frecuentes. La reabsorción radicular interna se interviene cuando el conducto se ha comunicado con el exterior de la raíz.

El control radiográfico es fundamental, recomendándose que éste sea cada 6 meses en un diente que ha sufrido traumatismo, de cualquier tipo, puesto que se pueden evidenciar cambios severos entre un control y otro. Una vez que aparezcan cambios radiográficos que comprometan pared externa radicular, la intervención quirúrgica debe ser a la brevedad, porque la rizalísis continuará sin parar, sin embargo esta cirugía DETIENE el proceso reabsortivo en la mayoría de los casos. En nuestra experiencia, ningún caso ha recidivado, siendo el más antiguo de 5 años de evolución.

La elección de un cemento de vidrio ionómero es porque la lesión está muy cerca del crévice y el sellado podría contaminarse con fluido salival si usamos un material de fraguado lento como el MTA, además no tiñe la corona después de polimerizado.



Jeltrate Chromatic

Alginato tipo II o de fraguado normal, bicromático con clorhexidina y libre de polvo. 454 grs.



Jeltrate Dustless

Alginato tipo II o de fraguado normal, y libre de polvo. 410 grs.

Jeltrate Orthodontic

Alginato tipo I o de fraguado rápido de alta resistencia, bicromático. 454 grs.



Jeltrate Plus

Alginato tipo I o de fraguado rápido de alta resistencia. 454 grs.



Jeltrate Dustless (USA)

Fast Set.
El material de impresión formulado para reducir la aerotransportación de partículas durante la dosificación y mezcla.



Jeltrate Dustless (USA)

Regular Set.
El material de impresión diseñado para tomar impresiones dentales en casos de modelos de estudio, ortodónticos y antagonistas.



**UNIVERSIDAD
ANDRÉS BELLO**

UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO

Facultad de Odontología (Campus Viña del Mar)
Dirección de Graduados: PROGRAMAS 2015

Programas de Diplomado en:

Fundamentos del Diagnóstico Clínico e Imagenológico (a realizarse el segundo semestre de este año 2014)

Diagnóstico y Tratamiento Precoz de Anomalías Dentomaxilares con Enfoque Odontopediátrico

Programas de Especialización en:

Odontología Restauradora

Endodoncia

Periodoncia e Implantología

Imagenología Dental y Máxilofacial

Programas de Magíster en:

Patología y Medicina Oral

Ciencias Odontológicas

Información y Postulaciones

Facultad de Odontología - Universidad Andrés Bello
Avda. Valparaíso 1560, Viña del Mar

Contacto: Elizabeth Soto M. Teléfono: (032) 2845104

E-mail: graduadosodontologiav@gmail.com

Precise

El molde perfecto para coronas de alta precisión, prótesis fijas, inlays y onlays utilizando las técnicas de un solo paso o doble moldeo. Denso, Fluido y Catalizador.



DeTrey Zinc

Cemento de fosfato de zinc de grano fino. Sistema de polvo-líquido para mezclado manual.



Dycal BR.

Hidróxido de calcio. Radio opaco y de autofraguado. Presentación: 13 gr. Base + 11 gr. Catalizador. Origen: Brasil



SmartCem2

Cemento de resina autoadhesivo. Caja con 2 jeringas de 5 gr. c/u. Colores Light y Medium.



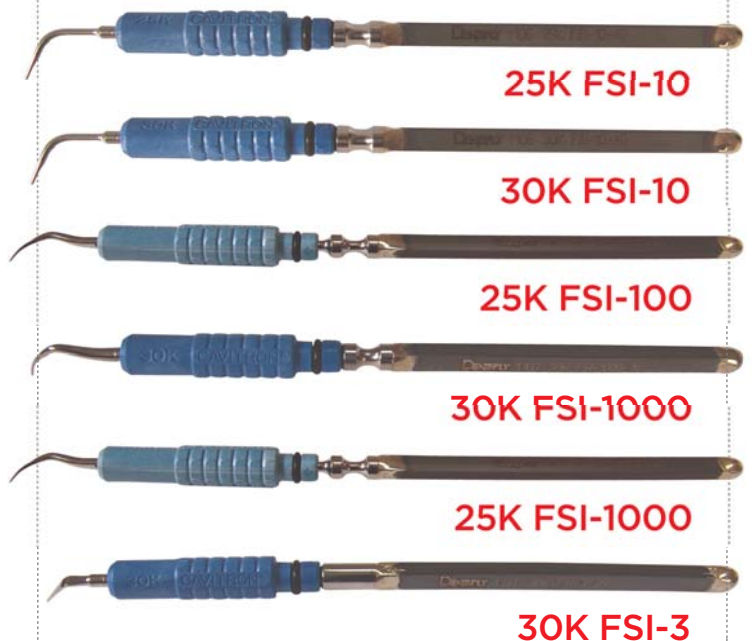
Cavitron BOBCAT PRO 220V.

Aparato ultrasónico que combina fiabilidad, practicidad, robustez y calidad, todas ellas en un diseño moderno y ergonómico. Está además apoyado por el extenso rango de los insertos cavitron. 25 k.



INSERTOS

Cavitron®



CONCURSO MAILLEFER ENTODO CASO

PRESENTAMOS A UDS. EL CONCURSO DENTSPLY MAILLEFER 2014

Participación abierta a todos los alumnos de pregrado de Universidades Chilenas que cursen o hayan cursado hace menos de 1 año, un ramo clínico de la especialidad de Endodoncia.

Presentar un caso clínico de interés endodóntico en que se haya usado un producto Dentsply Maillefer para su resolución.

Se premiarán los primeros tres lugares y se publicarán los mejores 8 casos, en un número especial de la revista Dentsply News de Marzo 2015.

Recepción de casos participantes hasta el 20 de diciembre del 2014.

Bases para la presentación del caso clínico **Título**

Autores:

Anotar nombre del alumno, docente a cargo, Universidad.

Adjuntar foto en formato jpg de los autores y logo de la Universidad.

Introducción:

Indicar el motivo por el que el caso es interesante de exponer (máximo 200 palabras)

Descripción del caso:

Relatar el motivo de consulta, signos y síntomas clínicos y radiográficos, diagnóstico.

Describir el procedimiento o tratamiento realizado.

Mostrar resultado final y controles si existen.

Máximo 350 palabras.

Conclusión:

Resumir y explicar los principales aspectos del caso y su tratamiento, indicando sus ventajas, desventajas, indicaciones, contraindicaciones (máximo 150 palabras)

Fotos y radiografías: máximo 10 imágenes.

Indicar en el escrito entre paréntesis la imagen a la que se hace referencia, adjuntar en el escrito el orden sugerido para las imágenes.

Enviar todas las imágenes en formato jpg con buena resolución, cada una por separado e individualizada con el nombre imagen 1, imagen 2, etc.

Enviar al correo:

concurso@dentsply.cl

LUNES.
MARTES.
MIÉRCOLES.
JUEVES.
VIERNES.
TPH[®]3 TODOS LOS DIAS.



Fluorescencia natural en tonos de Cuerpo y Esmalte

La fluorescencia se convirtió en tiempos recientes en uno de los temas más abordados en la odontología restauradora estética. Ella se propicia por pigmentos fluorescentes que están dispersos por toda la matriz resinosa, al igual que los pigmentos de color, opacificador y otros. De este modo la fluorescencia, así como el color de cualquier resina, puede ser afectada en su superficie debido al acúmulo de placa, o por pigmentaciones por ingesta excesiva de colorantes o tabaco.

Por lo tanto, la fluorescencia está directamente ligada a la capacidad de estabilidad del color de las resinas compuestas. Para restablecer la estética en las restauraciones antiguas, muchas veces los clínicos hacen un nuevo terminado y pulido, removiendo manchas superficiales y eventuales imperfecciones. Tal proceso restablece también la fluorescencia.

TPH3 sigue perfectamente la dinámica de la luz, presentando fluorescencia natural en los tonos de cuerpo y esmalte, no siendo visible en ambientes con predominancia de rayos UV, como la luz solar de las primeras horas de la mañana o ambientes nocturnos "con luces ultravioletas".

TPH³
MICRO MATRIX RESTORATIVE

**10%
dscto.**



Calibra

Sistema de Cementación Estético de Resina.

Presentación:
Caja con jeringa de 2 g. en base tono Light, Medium, Opaque, Dark y Translucent. Catalizador de viscosidad Alta, Catalizador de viscosidad Regular.



ChemFil Superior

Restaurador de vidrio Ionómetro.
Frasco 10 gr.
Tonos disponibles DY-5, L-2, LYG-3 y LY-4

**10%
dscto.**



Conos Maillefer

Conos Gutta-Percha Maillefer. Surtidos e individuales.

**10%
dscto.**

Prime & Bond 2.1

Sistema adhesivo universal a base de acetona. 4 ml.



*Ofertas válidas Junio 2014 ó hasta agotar stock

**10%
dscto.**



Adhesivo XP Bond

Adhesivo en base a butanol terciario de 4,5 ml. Elevada fuerza adhesiva en esmalte y dentina.

Dycal USA

Hidróxido de calcio. Radio opaco y de autofraguado. Presentación: 13 gr. Base + 11 gr. Catalizador. Origen: USA



**10%
dscto.**

Palodent Plus



**10%
dscto.**

Jeringa de TPH3

Elige tu jeringa TPH3 Americano.



Disponible en colores A1-A2-A3-A3,5-B1-B2.

*Ofertas válidas Julio 2014 ó hasta agotar stock

Calamus-Gutta

Gutta percha Calamus cartridges 23G 10P.



Propex pixi

Localizador de ápices con tecnología de multi-frecuencia.



X-Smart Plus

Motor endodóntico Wave One de giro alterno y continuo, que permite la conformación del conducto radicular con una sola lima.



Calamus Dual

Sistema de Inyección y Compactación Gutta.



ProRoot MTA

Material reparador de conductos radiculares.

Congreso Sociedad Endodoncia Concepcion

COSEEC 2014

9 y 10 y 11 de Octubre Hotel Radisson - Concepción



Dra. Bettina Basrani



Dr. Kleber Carvalho



Dr. Gonzalo Recart



Dr. Mark Hochman



Dr. Javier Caviedes



Presentación de poster, temas libres y workshop Inscripción e informaciones: 2014cosec@gmail.com - Fono fax +56 041 2227569

Organiza:



Patrocinan:



Universidad de Concepción



UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN



Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia



UNIVERSIDAD ANDRES BELLO



FILIAL TEMUCO

Mayor información en: www.socendoconcepcion.cl

Prophy-Jet

Polvo para sistemas de profilaxis dental asistidos con aire.
Frasco con 364 grs., sabor menta.



Conos Gutta Protaper

Surtidas o Individuales



Lámpara Smart Light Max Global

Lámpara led de alta potencia. Incorpora dos tipos de leds para conseguir un amplio espectro de salida que polimeriza virtualmente todas las resinas del mercado y un modo de alta potencia para un fraguado rápido.



Lámpara LED Smartlite PS

Lámpara LED de 5w. con intensidad de 950 mW/cm2.



Lámpara QHL75 Dentsply 230v

Lámpara de Fotocurado, halógena convencional para uso en odontología.



Diplomados 2014

■ Implantología Quirúrgica Protésica

Este Diplomado tiene como objetivo proporcionar un alto nivel de formación al Odontólogo para incorporar la Implantología como elemento de apoyo a su práctica clínica, de acuerdo a técnicas modernas y según los actuales conceptos de estética y función del sistema estomatognático.

■ Diplomado Odontología Estética

Entregar conocimientos actualizados y basados en evidencia en el área de la rehabilitación oral estética, proporcionando los fundamentos biomecánicos, diagnósticos y de planificación junto a un entrenamiento preclínico de alto nivel.

INICIO ABRIL 2014

Cursos de Actualización B-Training

- Traumatismos Dentoalveolares
- Sistemas Adhesivos
- Carillas Inlays-Onlays en Cerámicas Puras
- Coronas Cerámicas Puras
- Blanqueamiento Dental
- Terapias Antimicrobianas

INICIO AGOSTO 2014

hands  on
ANKYLOS®

¡Llevamos la Solución a su Consulta!



Adelántese al Futuro

Pida y reserve su demostración

Noelia Sandoval Silva
Representante Ventas Ankylos
(56-2) 2235 2880 Anexo 116
(56-9) 9 9196111
noelia.sandoval@dentsply.com

Sandra Rojas Latorre
Representante Ventas Ankylos
(56-2) 2235 2880 Anexo 117
(56-9) 9 895 0124
sandra.rojas@dentsply.com

www.facebook.com/DentsplyChile



@dentsplychile



REHABILITACIÓN DE INCISIVO CENTRAL SUPERIOR Y UTILIZACIÓN DE IMPLANTE ANKYLOS, Y CARGA INMEDIATA.



Prof. Dr. Andrés Gaete Navarro

Especialista en Rehabilitación Oral U. Valparaíso.

Magister en Gestión de Organizaciones (MBA) U. Valparaíso.

Magister en Implantología y Rehabilitación Oral ESI / Universidad Maimónides / Barcelona. España.

La pérdida de estructuras dentarias en el sector anterior de la boca han sido un desafío funcional y estético rehabilitador desde siempre en la odontología. Si esto afecta a mujeres, más complejo aún.

La Implantología vino a entregar una posibilidad de recuperar estas estructuras, pero con algunos inconvenientes en la estabilidad de tejidos duros y blandos a largo plazo que desfavorecían la estética es un problema común para algunos sistemas y técnicas clínicas.

La posibilidad de rehabilitar con un implante que asegura esa estabilidad de tejidos se transforma en una ventaja comparativa para el rehabilitador y un beneficio muy valorado por los pacientes.

Hay estudios que respaldan a Implantes Ankylos en varios factores decisivos respecto de estética y función y como concepto de conexión y/o sistema de implantes; donde destacan entre múltiples otros: Döring K; (1) Morris HF; (2) (3) Rabel A; (4) Hermann F; (5), así como sus análisis in vitro destacan también estudios de la influencia del diseño y la estabilidad de la relación Implante/pilar en los resultados en el largo plazo, entre otros Zipprich H; (6).

Con estos aspectos analizados, la decisión segura y probada de sistema de implante y concepto clínico a utilizar en este caso, sumado a la técnica descrita por Dr. Paul Weigl respecto de implante inmediato en el sector anterior que aplicaremos para esta caso, nos lleva a tener resultados satisfactorios y predecibles.

Caso Clínico 1

Paciente sexo femenino de 27 años de edad, acude por traumatismo dentoalveolar, ocurrido 35 días antes de la consulta con éste profesional, con tratamiento provisional insatisfactorio y dolor agudo (referida por otra paciente).

Al examen clínico se observa dte 1.1 ferulizado a 2.1 y dte 2.1 con gran daño gingival vestibular, retracción gingival y serio daño agudo con fibrina irregular y aspectos de infección palatina. Dolor agudo espontáneo y a la palpación. Se realiza examen cone beam, y se observa el daño óseo vestibular existente y con un provisional (alambre), con daño en pared vestibular del canal dentario que hace muy difícil su rehabilitación. Se decide extraer ese resto radicular e instalar un Implante Ankylos, inmediato, con carga inmediata y sin función masticatoria.

El Dr. Weigl describe su técnica con la exodoncia atraumática y respetar cada procedimiento en boca para evitar trauma/ alteración / excesos en margen gingival. Por estas razones, tomaremos un modelo de estudio, para transformarlo en modelo maestro, y de esa forma preparar pilar y provisional en modelo, y sólo colocar pilar y cementar sin excesos en boca, ese provisional.



1 **Visión Palatina del caso en la consulta inicial. Presenta Provisional con la utilización de su propia corona, y ferulización dte 2.1. Dolor agudo. Línea de fractura y trepanación dte 1.1. Se observa la difente altura o largo coronario de ambos centrales a causa de la fractura.**



2 **Visión Palatina del caso inicial. Aspecto irritado de mucosa gingival y líneas de infracción dte 1.1 y restauración provisional. Observar diferencias de tamaño dentario por la fractura.**



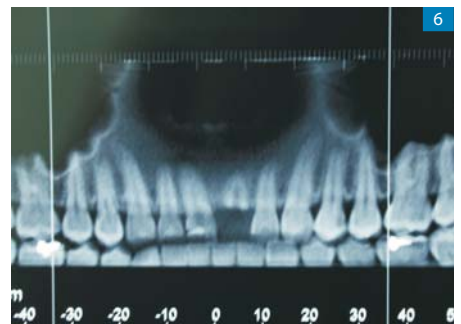
3 **Modelo de trabajo con la situación clínica inicial.**



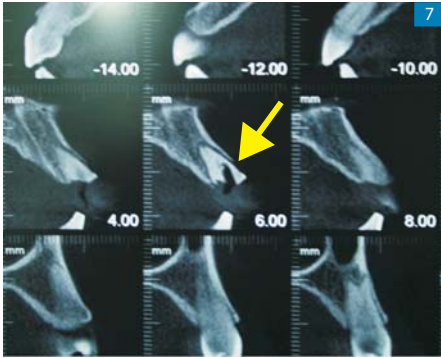
4 **Preparación de lecho en modelo de estudio dónde haremos la exodoncia dte 2.1. En este espacio insertaremos el análogo del implante con la llave de acrílico una vez que se instale el implante y con su tomador traspasaremos la información de posición exacta en boca.**



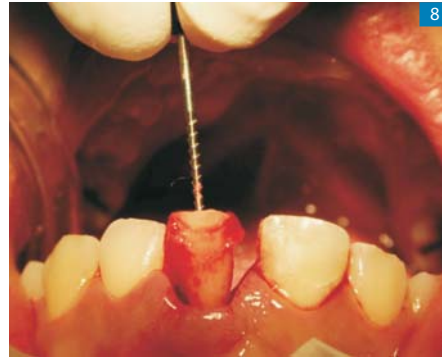
5 **Situación clínica una vez removido provisional y ferulización. Obsérvese dirección de preparación para anclaje de provisional a vestibular.**



6 **Cone Beam: muestra fractura y trepanación dte 1.1 y fractura total de corona dte 2.1**



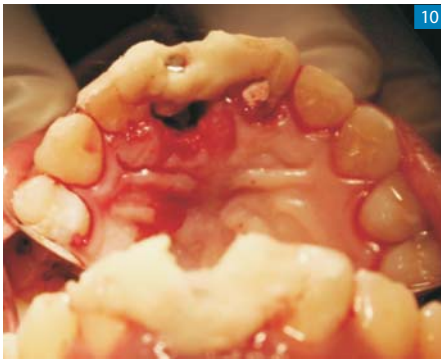
Muestra la fractura y pérdida ósea vestibular y palatina por la fractura y el estado de resto radicular sin tratamiento de endodoncia y con desgaste severo de zona vestibular del tercio medio.



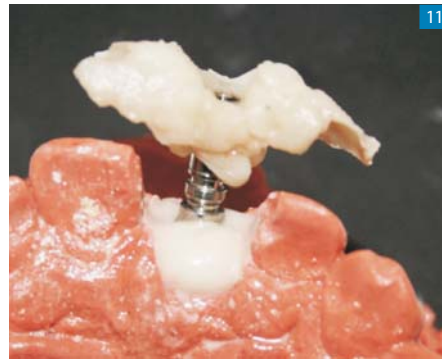
Exodoncia de resto radicular dte 2.1, atraumáticamente.



Implante Ankylos A (3.5 mm de diámetro) y de 11 mm de largo, con su porta implante en su lugar. Se usará para retirarlo con llave de acrílico para llevarlo a modelo maestro. Colocado en pared palatina del alveolo y sin relleno, sólo coágulo de sangre.



Llave de acrílico con el porta Implante. Al retirarlo se colocará un análogo de Implante para llevarlo al modelo e insertarlo en tallado de modelo hecho, asemejando la exodoncia de dte 2.1



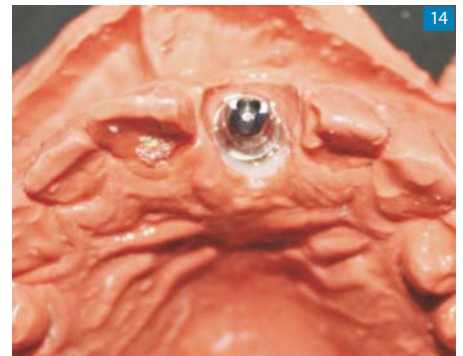
Inserción de análogo y porta implante con llave de acrílico. allí se tallará pilar y preparará provisional y cementación del provisional, para disminuir riesgos en alveolo y facilitar reparación ósea y de tejidos blandos.



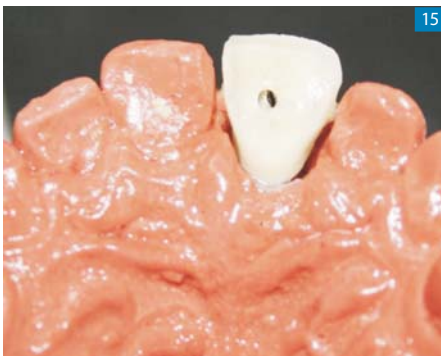
Implante en posición, sin su transportador y listo para la selección del pilar que usaremos provisionalmente.



Elección de Pilar Balance Anterior Recto con altura gingival de 3 mm



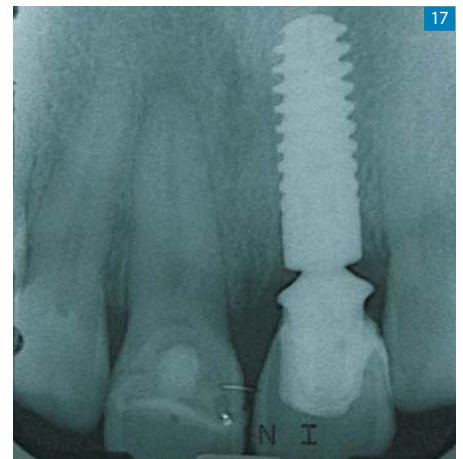
Preparación y ajuste de pilar para provisional en modelo. En este modelo se prepara otra llave de acrílico, para transportar el pilar al Implante en boca en posición y poder torqu coastar manualmente a 10 N, después de terminar provisional.



Ajuste, rebasado y pulido de provisional.



Pilar ubicado en Implante a 10 N y provisional inmediato cementado, sin excesos de cementos.



Rx de control inmediato. Con Provisional, ajustado y sin excesos de cemento.



Provisional controlado a los 7 días de su instalación junto al Implante



Tratamiento de Remodelación gingival dte 1.1, para corregir disarmonía de tamaño, antes de la preparación para corona del mismo diente.



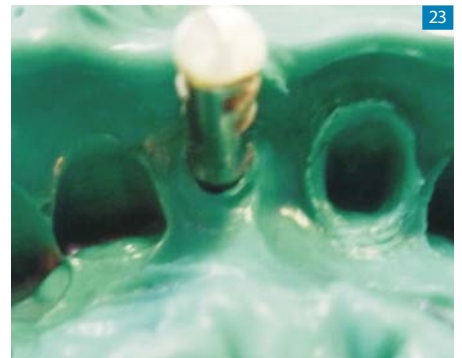
Provisionales para homogenizar tamaños.



Prueba de pilar de Zirconio Cercon para Ankylos.



Transfer para impresión de Implante y confección de coronas de Cerámicas libres de metal de dtes 1.1 y 2.1.



Análogo colocado en Impresión. Listo para laboratorio y confección de coronas definitivas



Coronas listas, pilar de Cercon ajustado.



Coronas cerámicas 1.1 y 2.1 y Pilar Cercon individualizado.



Foto de Instalación de Coronas definitivas.



Foto Clínica final.



Foto final a 7 meses de la instalación.

Con la utilización de un sistema de implantes y con un concepto de técnica clínica tendremos mayores posibilidades de éxito clínico y de entregar mejores opciones a nuestros pacientes.

Bibliografía:

- 1.- Döring K, Eisenmann E, Stiller M: Functional and esthetic considerations for single-tooth Ankylos implant-crowns: 8 years of clinical performance. The Journal of oral implantology; 2004; 30 (3): 198-209
- 2.- Morris HF, Winkler S, Ochi S: The ankylos endosseous dental implant: assessment of stability up to 18 months with the Periotest. The Journal of oral implantology; 2000; 26 (4): 291-299
- 3.- Morris HF, Ochi S, Rodriguez A, Lambert PM: AICRG, Part IV: Patient satisfaction reported for Ankylos implant prostheses. The Journal of oral implantology; 2004; 30 (3): 152-161
- 4.- Rabel A, Kohler SG, Schmidt-Westhausen AM: Clinical study on the primary stability of two dental implant systems with resonance frequency analysis. Clin Oral Investig; 2007; 11 (3): 257-265
- 5.- Hermann F, Lerner H, Palti A: Factors influencing the preservation of the periimplant marginal bone. Implant Dent; 2007; 16 (2): 165-175
- 6.- Zipprich H, Weigl P, Lange B, Lauer HC: Micromovement at the implant-abutment interface: measurement, causes, and consequences. Implantologie; 2007; 15 (1): 31-46

Biotone[®]

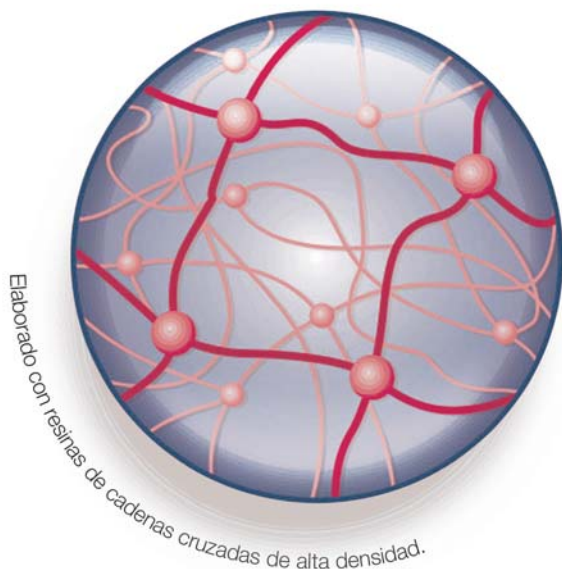
IPN Dientes acrílicos de fórmula balanceada

Qué es IPN?

IPN significa Interpenetrated Polymer Network, o Red de Polímeros Interpenetrados.

Es un polímero más resistente al desgaste y a los impactos causados por la masticación y menos soluble.

Contiene además refuerzos de cargas minerales.



Características

- Mayor estabilidad de color.
- Mayor resistencia a la solubilidad.
- Mayor dureza superficial.
- Supera los requisitos ISO336 y ADA.

Beneficios

- Mantiene la estética de las prótesis por mucho más tiempo.
- Mayor retención de brillo.
- Mayor resistencia al desgaste.

Exclusivamente en:

- Depo Dental Stgo. Centro
- Vimardent
- Avendaño Arangua Laboratorios Dentales

Después de muchos años de reconocimiento y tradición, Biotone ha logrado un gran perfeccionamiento.

Ahora, además de contener IPN está disponible en Colores V.

Esto se debe a querer ser líderes en calidad y estar siempre a la vanguardia de las tendencias del mercado.

Claro que estas novedades fueron beneficios adicionales, a aquellos con los que ya contaba.

Biotone: elaborado con resinas de cadenas cruzadas de alta densidad, resistencia química y fluorescencia intramolecular a diferencia de otros dientes que poseen su fluorescencia por el uso de pigmentos adicionales.

Cuáles son los beneficios resultantes?

- Mayor resistencia e integridad química.
- Mayor estabilidad de color.
- Menor desgaste.
- Mayor durabilidad de las prótesis en boca.





Hands On Ankylos Postitulo Implantología Universidad Finnis Terrae.



Dr. Andres Gaete, junto al Dr. Kaiser, Dr. De la Sota, Hands On Ankylos Postitulo Implantologia Universidad Finnis Terrae.



Curso Capacitacion Ceramica Duceram Love y sistema de Inyeccion Cergo Kiss, coon equipo Multimat NTX, Instructor Walter Macuada.



Diploma capacitación Ceramica Duceram Love Maria Carolina Cortes Prado y Jorge Biotti Picand.



Bienvenida Alumnos Postgrado de la Especialidad de Endodoncia de la Universidad Andres Bello, sede Santiago. Dra. Araya, Dra. Vega, Dr. Sanchez, Dr. Casas.



Workshop Wave One impartido por la Dra. Alicia Caro, a especialistas en Endodoncia en la "Central Odontológica de la Armada de Chile, en la ciudad de Punta Arenas, Region de Magallanes.



Punta Arenas Central Odontológica Armada.

Isolit

Líquido aislante yeso -ceras
Presentación: 1 Litro



Instrumentos para fundir y soldar aleaciones

Mango, soplete para fundir, soplete para soldar (puntas intercambiables). Soplete para soldar con microboquillas, soplete tipo ducha (aire gas).

(consultar precio)



Cercon Ceram Love

Cerámica para circonio. Reproducción de colores Vita-clásico y 3D Master. Frascos de 20 gr.

(consultar precio)



Deguvest Impact

Revestimiento para coronas y puentes a base de fosfato. 50 sobres de 150 gr. Líquido especial de 1350 ml.

Duceram Ceram Love

Cerámica sobre metal. Frascos de 20 gr. Reproducción de colores Vita-clásico y 3D Master.

(consultar precio)



Waxit

Agente reductor de tensión superficial, para ceras y siliconas. Presentación: 1 litro y 145 ml. con pulverizador.

In:Joy

Composite mejorado para Laboratorio. En toda la gama de colores vita A1...D4. Presentación: jeringa de 3 grs.



Cergo Kiss

Pastillas Dentina A1. 7 unidades.

(consultar precio)





Elite Mix (pared) Zhermack Italy

Mezclador en vacío para yeso y revestimientos.

TRIAD 2000

Sistema de Fotocurado



Quasar Plus

Soldadura por Infrarojos.
Soldadura con metales nobles y aleaciones comunes a alta temperatura sin llama.



Cergo fit Speed

Investimento para técnica de cerámica inyectada.



Horno Descerado Vulcan 3-550 Ney Usa

Amplia cámara con pedal para sistema de apertura.



Metal Cr Co

Aleación de fundición para bases metálicas.
Presentación: 1 Kilo.

(consultar precio)



Multimat NTX Press

Horno para cocción e inyección para todos los sistemas de cocción incluyendo las cerámicas de disilicato de litio. Permite un total de 1000 programas de cocción.
DEGDENT
Origen Alemania.



Multimat NTX

Horno para cocción e inyección para todos los sistemas de cocción incluyendo las cerámicas de disilicato de litio. Permite un total de 1000 programas de cocción.
DEGDENT
Origen Alemania.



PASA DE LA REALIDAD PROBADA A LO NUEVO Y MEJORADO.



PALODENT PLUS ES MUCHO MÁS.

Desde el nombre original en sistemas de matrices seccionales viene nueva Palodent Plus. Es un sistema completamente rediseñado, basado en la última tecnología líder en la industria. Con este sistema fácil de usar, usted encontrará un anillo de estabilidad excepcional, con reducción del tiempo de procedimiento y contactos precisos. Además de la calidad, comodidad y tranquilidad de los productos y equipo de apoyo Dentsply.

