

dentalife

VIAȚA STOMATOLOGICĂ • ANUL XVIII | NR. 91 | NR. 1 - FEBRUARIE 2016

CONCEPTUL "ONE ABUTMENT - ONE TIME"
APLICAT RESTAURĂRILOR PROTETICE ÎNȘURUBATE
PE IMPLANTURI CU CONEXIUNE CONICĂ
Dr. Sebastian Șoicu

SINUSLIFT INTERN MINIM INVAZIV
CU AJUTORUL FREZELOR CALIBRATE
CRESTAL APPROACH SINUS KIT
Roland Török | Bianca Török | Alexandru Bucur

PRINCIPII GENERALE DE PREPARARE A DINTILOR
PENTRU RESTAURĂRILE INTEGRAL CERAMICE REALIZATE
CU SISTEME CAD CAM DIRECTE
Dr. Bogdan Oprea | Dr. Angelica Oprea | Stud. Dana Rusu

REGIMUL FISCAL ÎN ANUL 2016
NOUȚĂȚI INCIDENTE
ÎN PROFESIA MEDICO-DENTARĂ
Av. Luciana Mihai



Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI



World Oral
Health Day
20 March 2016



AMSPPR
Asociația Medilor Stomatologi
cu Practică Privată din România



www.viastomatologica.ro



Sensodyne® Repair & Protect

Beneficiile tehnologiei NovaMin® și ale fluorurii de sodiu într-o singură formulă

În condițiile periajului dentar de două ori pe zi, pasta de dinți Sensodyne® Repair & Protect poate:

- Forma un strat reparator¹ mai dur², similar hidroxiapatitei pe suprafața expusă a dentinei¹⁻⁷
- Oferi protecție continuă împotriva hipersensibilității dentinare pentru pacienții dumneavoastră – Ameliorarea sensibilității dentare poate începe din săptămâna 1⁸, și continuă să aibă un impact asupra vieții pacienților și la 6 luni de utilizare zilnică⁹



Recomandați Sensodyne® Repair & Protect pentru a vă ajuta pacienții să-și trăiască viața resimțind cât mai puțin impactul zilnic al hipersensibilității dentinare**

*Formează un strat protector pe suprafețele sensibile ale dinților. Recomandați utilizarea de două ori pe zi a pastei de dinți Sensodyne® Repair & Protect pentru protecție de durată împotriva hipersensibilității dentinare. **Comparativ cu formula anterioară. **În condițiile periajului dentar de două ori pe zi.
Referințe: 1. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 2. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 3. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 4. Parkinson CH et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 5. GSK Data on File, ML498. 6. GSK Data on File, ML584. 7. GSK Data on File, ML589. 8. GSK Data on File, R401422. 9. GSK Data on File, RH01897. CHRO/CHSENO/0051/15b/09c
Eventualele reacții adverse se pot raporta la farmacovigilanta.romania@gsk.ro



Dr. Marton G. Pantel
Președinte AMSPPR

25 DE ANI DE AMSPPR

La începutul anului 1990, câțiva colegi entuziaști și dornici de a aduce un suflu nou în ceea ce era la momentul respectiv stomatologia românească, au decis să înființeze o asociație profesională. AMSLPR, prima asociație de acest fel, a însemnat în primii 10 ani un experiment, la fel cum întreaga societate românească experimenta libertatea cu toate avantajele și dezavantajele sale. Dr. Constantin Găucan a fost cel care a condus asociația în acea perioadă, domnia sa înscriind organizația de la început în Federația Dentară Internațională. În acele vremuri își are începutul parteneriatul asociației cu Colgate, urmat de cel cu Wrigley. Începând cu 1992, revista Arta Stomatologică oferea atât informații despre evenimentele organizate de asociație, cât și valoroase articole profesionale, alături de informări legislative atât de necesare și în respectiva perioadă. Prima ediție a Congresului asociației a fost organizat tot în 1992 și pentru câțiva ani Congresul Internațional al AMSPPR era unica manifestare adresată medicilor stomatologi.

După așezarea fundației asociației, a urmat o perioadă mai tulbură, în anii 1996-1997, problemele apărute la momentul respectiv fiind rezolvate prin implicarea Dr. Ioan Savinescu și Dr. Voicu A. David. În 1998 denumirea asociației s-a transformat din AMSLPR în AMSPPR. Cei doi colegi ai noștri, pe care i-am amintit, au condus asociația câte două mandate într-o perioadă care a cuprins o dezvoltare națională susținută cu o consolidare a activității în filiale și cu creșterea numărului de membri și a recunoașterii activității asociației atât pe plan național, cât și internațional. O mențiune specială pentru cel care ne-a consiliat în această perioadă, Dr. Ralph Gutmann, fost președinte al FVDZ (Asociația Dentară Germană). Congresele organizate au fost onorate de prezența președinților FDI de mai multe ori, avându-i alături de noi pe: Dr. Katsuo Tsurumaki, Dr. Michèle Aerden, Dr. Patrick Hescot actual președinte FDI și fost președinte ERO-FDI, Dr. Gerhard Seerbeger, fost președinte ERO – FDI.

Revista asociației și-a schimbat numele din Arta Stomatologică în Viața Stomatologică în 1999 și a beneficiat de un colectiv de redacție condus într-o primă etapă de Dr. Ioan Savinescu și ulterior de Dr. Voicu A. David. Un moment special a fost reprezentat de organizarea în România a Sesiunii Plenare ORE-FDI, în 2004, ocazie cu care au fost oaspeții noștri reprezentanții de frunte ai tuturor asociațiilor europene de profil. A urmat o perioadă de declin, care a început probabil nu întâmplător chiar în anii de debut ai crizei economice. Și în perioada respectivă asociația a fost oglinda evoluției societății românești, și cred că 2008 - 2013 nu este o perioadă de care să ne amintim cu prea mult drag.

În cei 25 de ani, ceea ce s-a întâmplat în AMSPPR pentru colegi, s-a întâmplat datorită implicării voluntare a numeroșilor medici din țară, iar acest lucru mi se pare remarcabil. Din păcate, acest voluntariat nu mai este atât de la modă ca în anii '90 și primul deceniu din acest veac. O nominalizare a acestor colegi o vom face pentru că ne dorim să ne amintim de tot ce a fost frumos legat de viața asociativă stomatologică în România. Ne dorim să deschidem o rubrică despre istoria stomatologiei după 1990, din perspectiva asociativă.

În ultimii ani, în condițiile unei concurențe acerbe pe toate domeniile de interes ale AMSPPR, aceasta reușește să țină ștacheta sus: revista Dentalife este editată în condiții moderne, asigurând platforma de promovare a medicilor și lectorilor români și nu numai, Congresul asociației aduce an de an pe aceeași scenă lectori români și internaționali, care împărtășesc în cadrul prelegerilor și workshop-urilor din experiența lor, în beneficiul practicienilor din România, filialele asociației și centrele județene desfășoară atât proiecte profesionale, cât și proiecte de responsabilitate socială. Nu în ultimul rând, Ziua Mondială a Sănătății Orale, manifestare organizată sub egida FDI anual în 20 martie, este un prilej de promovare a importanței prevenției și profilaxiei în sănătatea orală și ne bucurăm că suntem amabasadorii FDI în România și pentru acest generos proiect. An de an din ce în ce mai multe organizații se implică în acest proiect, ceea ce nu poate decât să ne bucure.

Îmi exprim speranța că peste încă 25 de ani AMSPPR va rămâne aceeași asociație alături și pentru colegi.

Dr. Marton Pantel
Președinte AMSPPR

CUPRINS

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

CONCEPTUL "ONE ABUTMENT - ONE TIME" APLICAT
RESTAURĂRILOR PROTETICE ÎNȘURUBATE PE
IMPLANTURI CU CONEXIUNE CONICĂ
Dr. Sebastian Șoicu 6

PRINCIPII GENERALE DE PREPARARE A DINȚILOR
PENTRU RESTAURĂRILE INTEGRAL CERAMICE
REALIZATE CU SISTEME CAD CAM DIRECTE
Dr. Bogdan Oprea 20

SINUSLIFT INTERN MINIM INVAZIV CU AJUTORUL
FREZELOR CALIBRATE
Dr. Roland Török 33

ACTUALITĂȚI

CONGRESUL ASOCIAȚIEI DENTARE ISRAELIENE
Dr. Vlad Cristian Deac 38

EUGENOL
Dr. Vlad Lup 42

DE UNDE ÎNVĂȚĂM

DE UNDE ÎNVĂȚĂM ONLINE?
Dr. Vlad Cristian Deac 40

RECENZII

GIORDANO BRUNO ȘI DESIDERIUS ERASMUS
EDITURA RATIO ET REVELATIO ORADEA
Dr. Vlad Cristian Deac 48

PAGINI JURIDICE

REGIMUL FISCAL ÎN ANUL 2016
NOUTĂȚI INCIDENTE ÎN PROFESIA MEDICO-DENTARĂ
Av. Luciana Mihai 52

INFORMAȚII IMPORTANTE

Responsabilitatea textelor publicate aparține autorilor. Reproducerea textelor sau a unor fragmente din textele publicate fără acordul autorului sau al redacției este interzisă. Publicație protejată prin marca OSIM. Preluările din "Der Freie Zahnarzt" sunt autorizate în acord cu parteneriatul AMSPPR - FVDZ e.V. Informații suplimentare, colaborări, reclame la Sediul central al AMSPPR – București – România.

IMPORTANT • Precizare juridică:

Articolele juridice publicate se referă la acte normative în vigoare la data predării revistei.

AMSPPR nu își asumă în nici un fel responsabilitatea pentru validitatea proprietarilor, aparaturii, materialelor sau serviciilor firmelor care își fac publicitate în revista AMSPPR. Afirmațiile proprietarilor reclamelor respective sunt subiect al standardelor de piață și ale reglementărilor legislației protecției consumatorului.

anul XVIII | nr. 91 | FEBRUARIE 2016

ISSN: 1454 - 5772

COLEGIUL REDACȚIONAL

Dr. Pantel Marton Gyorgy
Dr. Bogdan Popescu
Dr. Radu Țepordei
Dr. Mihai Tozlovanu
Av. Luciana Mihai
Ing. Narcisa Carmen Șorop

COLEGIUL ȘTIINȚIFIC DE REDACȚIE:

Dr. Ionuț Branzan
Dr. Sanda Danciu
Șef. lucrări Dr. Dragoș Epistatu
Dr. Dan Lazăr
Dr. Bogdan Oprea
Conf. Dr. Ștefan I. Stratul
Șef. lucrări Dr. Liviu Zetu
Conf. Dr. Irina Zetu

REDACTOR ȘEF

Dr. Vlad Cristian Deac

SECRETARIAT REDACȚIE

Anamaria Capotescu
e-mail: redactie@dental.ro
www.viastomatologica.ro

SEDIUL CENTRAL AL AMSPPR:

Tel. 021/323.99.69
Mobil: 0722.365.753
e-mail: amsprr@dental.ro

TIPAR:

Tipografia Inbox Design
Sos. Odaii nr. 9, sector 1, București, 013601
0749 268 704
office@inboxdesign.ro
http://www.inboxdesign.ro

DTP

Flucș Silvana-Lavinia
silvana_art22@yahoo.com
Mobil: 0743 894 655

Redactare afișe și editare imagini:

Monica Butnaru
www.monicabutnaru.com



membră în



PRIN DECIZIA CONSILIULUI DIRECTOR NATIONAL AL AMSPPR DIN 12
IUNIE 2010 REVISTA AMSPPR APARE ÎN 4 NUMERE PE AN

Colgate®

Marca nr. 1 recomandată și utilizată de medicii dentiști din România*

NOUL STANDARD ÎN PROTECȚIA ÎMPOTRIVA CARIEI DENTARE

STUDII PE 14000 DE PACIENȚI
8 ANI DE CERCETARE CLINICĂ



Agent de Neutralizare
a Acizilor din Zaharuri

+
Fluor

- Luptă împotriva acizilor formați în placa bacteriană - cauza nr. 1 a cariei^{1,2}
- Remineralizare de 4X mai mare^{3,4}
- Reversarea aproape dublă a cariilor incipiente^{5,6}
- Reducerea cu 20% mai mare a incidenței cavitațiilor după 2 ani^{5,6}

Fluor



PENTRU UN VIITOR FĂRĂ CARII

* Conform studiilor din 2005, 2007, 2009, 2011, 2012 și 2014

**Rezultatele unui studiu privind la remineralizare, în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

***Rezultatele unui studiu cu durata de 6 luni pentru evaluarea îmbunătățirii stării leziunilor în smalț, folosind QLFTM (Fluorescența Cantitativă indusă de Lumină), în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

†Rezultatele unui studiu clinic cu durata de 2 ani în comparație cu pasta de dinți obișnuită, cu fluor, ambele având concentrația de 1450 ppm fluor.

QLF este marcă înregistrată a Inspektor Research Systems BV.

1. Wolff M, Corby P, Klaczany G, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A45-A54. 2. Data on file. Colgate-Palmolive Company. 3. Cantore R, Petrou I, Lavender S, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A32-A44. Yin W, Hu DY, Fan X, et al. *J Clin Dent*. 2013;24(Spec Iss A):A15-A22. 5. Data on file. Colgate-Palmolive Company. 6. Kraivaphan P, Amornchat C, Tiratana T, et al. *Caries Res*. 2013;47(6):582-590.

CONCEPTUL "ONE ABUTMENT - ONE TIME" APLICAT RESTAURĂRILOR PROTETICE ÎNȘURUBATE PE IMPLANTURI CU CONEXIUNE CONICĂ



Dr. Sebastian Șoicu

Autori:

Sebastian Șoicu

Medic Dentist - Clinica Dental House Pitești

Doctor în Științe Medicale

Asistent Universitar la Clinica de Protetică Dentară, Facultatea de Medicină Dentară

Timișoara 1998-2008; Atestat de Studii Complementare în Implantologie Orală 2006;

Medic primar stomatologie generală 2008; Doctor în științe medicale al UMF „Victor Babeș” Timișoara din 2010;

Absolvent al NYU Curriculum Certificate Program 2011-2012 (director de program

Dr. Galip Gurel).

sebsoicu@yahoo.com

Răzvan Stuparu

Medic Dentist - Clinica Dental House Pitești

Camelia Daraban

Medic Dentist - Clinica Dental Style București

INTRODUCERE

În implantologia zilelor noastre, există tendința de a înlocui, ori de câte ori este posibil, abordarea etapizată a tratamentului implanto-protetic cu una mai rapidă, care presupune o singură etapă chirurgicală - inserarea implantelor imediat postextrațional, completată deseori de realizarea concomitentă a unei restaurări provizorii imediate.¹

Din punct de vedere al calității osteointegrării, există în literatura de specialitate studii care atestă faptul că rata de succes în cazul implanturilor inserate și provizionalizate imediat, în situații clinice corect selectate, este comparabilă cu cea a implanturilor abordate stadializat.^{2,3} Trebuie menționat însă că succesul pe termen lung nu este dat doar de osteo integrarea implanturilor, ci și de stabilitatea țesuturilor moi și dure peri implantare.⁴

Este aproape unanim acceptat faptul că inserarea și încărcarea protetică a implanturilor dentare sunt însoțite de resorbție osoasă peri implantară.⁵ Resorbția osoasă precoce poate fi observată frecvent după aplicarea bontului protetic și a restaurării finale. În mod tradițional, este acceptată o pierdere osoasă de 1.5 mm după primul an de încărcare protetică și 0.2 mm anual pe toată perioada de prezență a restaurării cu sprijin implantar în cavitatea orală.⁶ De asemenea, se consideră că utilizarea unor bonturi protetice cu diametru mai redus decât cel al platformei implantului - conceptul „platform switching” - contribuie la reducerea ratei de resorbție a osului creștal periimplantar.^{7,8}

Cauza principală a acestui fenomen se presupune a fi alterarea lățimii biologice peri implantare.⁹ Există însă mulți alți factori care influențează resorbția osoasă de la nivelul colțului implantar:^{10,11,12}

- tipul de conexiune implant-bont protetic;
- dimensiunea spațiului existent la interfața implant-bont protetic;
- distanța inter implantară;
- adâncimea de inserare în raport cu creșta osoasă;
- designul porțiunii cervicale a implantului;

- adaptarea pasivă a structurii protetice pe bonturi;
- suprasolicitarea ocluzală.

Mucoasa peri implantară, care generează noțiunea de lățime biologică, constă dintr-o componentă epitelială cu o înălțime medie de 2 mm și una conjunctivă de 1-1.5 mm.¹³ Țesutul conjunctiv este bogat în fibre de colagen, care sunt dispuse majoritar paralel cu suprafața implantară, respectiv a componentelor protetice.

Alterarea lățimii biologice peri implantare poate fi cauzată de numărul de inserări/dezinsertii ale diferitelor componente protetice la nivelul implantului, în decursul etapelor clinice de realizare a restaurării protetice. Consecințele acestui fapt sunt migrarea apicală a inelului fibro-conjunctiv periimplantar și scăderea volumului țesuturilor dure și moi.^{14,15}

De aceea, realizarea unei protezări imediate utilizând un bont protetic provizoriu poate neutraliza avantajele conferite de aplicarea conceptului „platform switching”.¹⁶ Plasarea definitivă a bonturilor finale la sfârșitul etapei chirurgicale de inserare sau la descoperirea implanturilor și absența oricărei tentative de dezinserare definesc conceptul „one abut-

ment-one time" și sunt urmate de reducerea semnificativă statistic a remodelării osoase peri implantare¹⁷ și, implicit, a modificării volumului țesuturilor moi.

Din punct de vedere al tipului de agregare, restaurările fixe cu sprijin implantar pot fi cimentate, înșurubate (trans-ocluzal sau transversal) sau combinate (cimentate și înșurubate).¹⁸ Toate aceste tipuri de restaurări prezintă atât avantaje, cât și limitări, alegerea variantei de protezare făcându-se, în general, în funcție de obiectivele tratamentului, de caracteristicile și dotările protetice ale sistemului de implanturi și, nu în ultimul rând, de conceptul terapeutic al medicului protetician.^{19, 20, 21}

Conceptul „one abutment-one time” este mai ușor de aplicat restaurărilor fixe cimentate uni-implantare sau agregate la nivelul mai multor implanturi, în cazul edentațiilor parțiale sau totale.²² Restaurările înșurubate cu agregare direct la nivelul implanturilor necesită un număr variabil de cicluri de dez-/re-inserare, generat de etapele clinico-tehnice de realizare, deci este imposibilă aplicarea inițială a unui bont protetic care să nu mai fie dezinsertat ulterior.

Introducerea în uzul clinic a pieselor protetice intermediare cu conicitate mare și înălțime redusă a permis însă transferul conceptului „one abutment-one time” de la restaurările cimentate și spre cele înșurubate.

Bonturile conice scurte pot fi regăsite sub mai multe denumiri: multi-unit abutments, trans-mucosal abutments, balance base abutments, medentibase abutments etc. Acestea fac parte din categoria pieselor protetice definitive care se înșurubează direct în implanturi și transferă interfața activă de lucru de la nivel implantar (osos) la nivel gingival. Etapele de tratament ulterioare acestui transfer – inserarea/dezinsertarea stâlpilor de amprentă, probe ale infra/mezo structurii, probe ale materialului de placaj (ocluzale, coloristice, arii de contact interproximale) etc. – Se vor desfășura la distanță de conexiunea implant-bont, fapt benefic pentru sănătatea țesuturilor dure și moi peri implantare și, implicit, pentru succesul pe termen lung al tratamentului protetic.

În cele ce urmează, vom încerca să evidențiem aplicarea acestor concepte terapeutice în activitatea clinică uzuală, prin prezentarea a două cazuri clinice.

CAZURI CLINICE

CAZUL I

Pacientul EG, 45 ani, fumător, s-a prezentat în clinică pentru rezolvarea multiplelor probleme estetice și funcționale. În urma discuțiilor preliminare, a rezultat dorința pacientului de a restaura protetic, în prima etapă, hemi arcadele II și III, pentru a nu provoca un dezechilibru funcțional de durată, datorat îndepărtării simultane a tuturor restaurărilor

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

CONCEPTUL "ONE ABUTMENT - ONE TIME"

protetice de la nivelul zonelor laterale ale celor patru hemi arcade. Stabilirea acestei strategii de tratament a fost susținută și de faptul că pacientul nu prezenta simptome subiective la nivelul restaurărilor de pe hemi arcadele I și IV, care să afecteze funcționalitatea în aceste zone și care să impună o atitudine de urgență (fig. 1, 2).



Fig. 1. Status clinic inițial;



Fig. 2. Radiografia panoramică digitală inițială;

Pacientul a fost supus unui control ORL, care nu a evidențiat aspecte patologice relevante la nivelul sinusurilor maxilare. De asemenea, a fost examinată și leziunea prezentă la nivelul mucoasei gingivale vestibulare în dreptul premolarului 34 în apropierea joncțiunii muco gingivale (fig. 1), constatându-se că este vorba despre un nodul fibros gingival, care nu necesită nicio atitudine terapeutică (altă decât examinarea periodică) și care nu influențează conduita de tratament local.²³

Planul de tratament general a adresat afectarea parodontală generalizată, prin tratament parodontal inițial, instruirea pacientului pentru îmbunătățirea igienei cavității orale, reevaluarea parodontală după 3 luni, îndepărtarea tuturor restaurărilor protetice vechi, extracția dinților compromiși, retratamentele endodontice și reconstituirea de bonturi necesare pentru dinții stâlpi și realizarea unor restaurări protetice înșurubate implantate al nivelului tuturor breșelor de pe cele patru hemiarcade, precum și restaurări uni dentare la nivelul bonturilor dentare restante.

După igienizarea profesională și resta-

bilirea unei conduite corecte de întreținere a igienei orale personale, am realizat ablația restaurărilor metalo-acrilice vechi de la nivelul dinților 24, 34 și 35, urmată de realizarea unor coroane provizorii acrilice. Dinții susmenționați au fost, de asemenea, retratați endodontic (fig. 16 a).

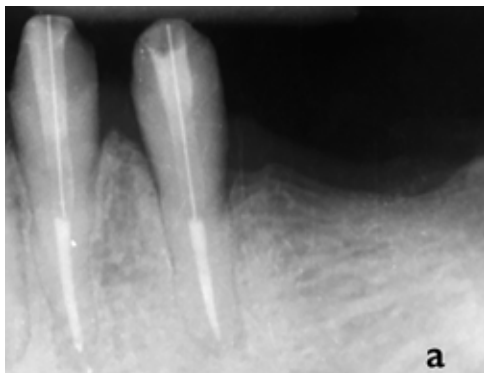


Fig. 16. Bilanțul radiologic al cazului:
a. aspectul radiologic al re-tratamentului endodontic la nivelul dinților 34, 35;

Prima etapă chirurgicală a constat în efectuarea intervenției de sinus-lift extern (elevarea membranei sinusale și augmentarea spațiului obținut cu un amestec de os autolog și os bovin), concomitent cu extracția molarului 28. Am evitat inserarea concomitentă a implanturilor datorită riscurilor la care se expun pacienții fumători.²⁴

După aproximativ trei săptămâni am trecut la etapa de inserare a implanturilor pe hemi arcada III, pe pozițiile molarilor 36 și 37, conform informațiilor oferite de CBCT (fig. 3, 4). Au fost inserate două implanturi Anky-

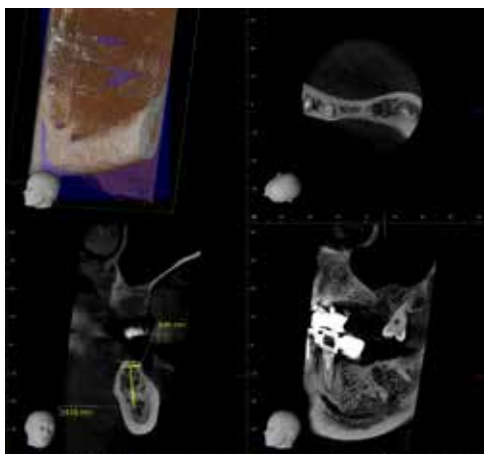


Fig. 3. CBCT-ul preoperator pentru breșa 36-37;



Fig. 4. Osteotomiile pentru inserarea implanturilor pe pozițiile 36 și 37

los (Dentsply Implants) C/X A 11 (diametru 3.5 mm, lungime 11 mm) (fig. 5) și, datorită



Fig. 5. Implanturile Ankylos inserate subcrestal;

stabilității primare la inserare de aproximativ 35 Ncm pentru ambele implanturi, am optat pentru înșurubarea bonturilor intermediare conice Balance Base Narrow Straight GH 3.0 și vindecare transgingivală (fig. 6, 7). Inse-



Fig. 6. Bontul Balance Base Narrow Straight GH 3.0



Fig. 7. Bonturile Balance Base Narrow aplicate imediat post-inserare la 25 Ncm;

rea acestor stâlpi s-a realizat la un cuplu de forte de 25 Ncm, cu ajutorul unei chei dinamometrice, aplicându-se ulterior cape de protecție (fig. 8). Sutura a fost realizată cu fir



Fig. 8. Aplicarea capelor de protecție și sutura;

mono filament ne resorbabil Seralon 5-0 (Sera-g-Wiessner). Pe lângă antibioterapie (Aug-mentin cp 1g, 2 cp/zi, 5 zile), AINS (Ketonal cp 100 mg, 2 cp/zi simptomatic) și o apă de gură antiseptică, pacientul a fost instruit să solicite cât mai puțin zona respectivă și să urmeze un regim cu alimente moi pentru o lună. Firele de sutură au fost îndepărtate după o săptămână, iar vindecarea postoperatorie a decurs fără complicații.

Pacientul a revenit pentru continuarea tratamentului după aproximativ 10 săptămâni, cu un aspect clinic corespunzător atât din punct de vedere parodontal, cât și local, la nivelul hemi arcadelor II și III. Am hotărât protezarea preparațiilor 34 și 35 cu coroane mixte metalo-ceamice și realizarea unei restaurări fixe metalo-ceramică înșurubate ocluzal la nivelul bonturilor intermediare de pe implan-turile 36 și 37.

Stâlpii de amprentă s-au înșurubat direct la nivelul bonturilor conice, nefiind nevoie de dezinserarea stâlpilor montați în etapa chi-rurgicală. Putem vorbi astfel de amprenta la nivelul platformei protetice (abutment/tissue level impression)(fig. 9). Amprenta finală s-a



Fig. 9. Stâlpii de amprentă înșurubați la nivelul bonturilor Balance Base Narrow;

realizat cu ajutorul unei linguri individuale deschise în zona implanturilor 36 și 37, folo-sind vinylsiloxanether (Identium, Kettenbach) într-un singur timp și două consistențe (heavy, respectiv light body pentru preparațiile dentare) (fig. 10). Alegerea culorii viitoarelor



Fig. 10. Detaliu al amprentei "abutment level" cu vinylsiloxanether în lingură individuală deschisă;

restaurări s-a făcut cu ajutorul cheii IVOCLAR Shade Guide.

În laboratorul dentar, tehnicianul a folosit implante analog specifice sistemului Balan-ce Base Narrow, iar în etapa de machetare s-au utilizat ca infrastructură cape de plas-tic (wax-up copings) adaptate pe platforma bonturilor conice. Ansamblul cape machetă a fost apoi ambalat, turnat și prelucrat conform

protocolului clasic.

A urmat proba scheletului metalic al re-staurărilor protetice, moment în care am ve-rificat, pe lângă adaptarea pieselor protetice pe bonturile dentare și implantare, și pasivita-tea scheletului protezei cu sprijin implantar la strângerea șuruburilor, atât clinic, cât și radio-logic. (fig. 11, 16 c)



Fig. 11. Proba scheletului metalic în cavitatea orală;

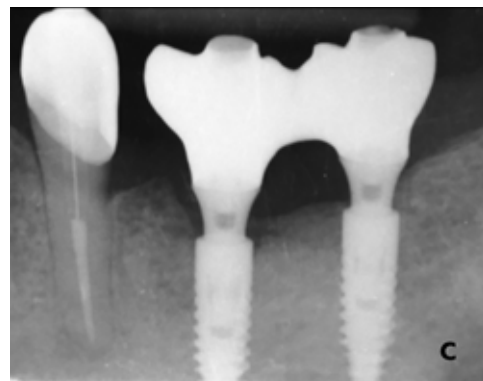


Fig. 16. Bilanțul radiologic al cazului: c. verificarea adaptării scheletului metalic la nivelul platformelor bonturilor intermediare;

Restaurările protetice au fost finalizate în laborator prin placarea cu ceramică a compo-entei metalice, aplicarea efectelor coloristice și glazurare. Am optat pentru extinderea oclu-zală a canalului metalic destinat șurubului de fixare pentru a evita zone de ceramică nesus-ținută la acest nivel și datorită faptului că pen-tru pacient au primat aspectele funcționale în fața celor estetice pentru zona molară (fig. 12).



Fig. 12. Restaurarea protetică finalizată pe model (vedere vestibulară și ocluzală) și aspectul dinspre fața mucozală;

Etapa finală de tratament protetic pentru hemi arcada III a debutat cu proba restaurărilor finalizate în cavitatea orală. Datorită absenței dinților antagoniști, principalele obiective ale acestei etape au fost verificarea orientării planului ocluzal, a adaptării marginale și a integrării morfologice și coloristice a pieselor protetice. O atenție deosebită am acordat stabilirii ariilor de contact interproximale, care să prevină impactul alimentar o dată cu restabilirea, în viitor, a integrității protetice a arcadei maxilare (fig. 13). De aseme-



Fig. 13. Verificarea ariilor de contact interproximale cu ața dentară;

nea, a fost re-testată pasivitatea la strângerea șuruburilor a protezei implanto-purtate.

Coroanele unidentare au fost cimentate cu ciment ionomer modificat cu rășini (GC Fuji Plus EWT). Restaurarea cu sprijin implantar a fost înșurubată la nivelul platformelor protetice cu ajutorul cheii dinamometrice la un cuplu de forțe de 10 Ncm. În interiorul canalului de acces la șuruburi a fost introdusă și condensată bandă de teflon, până la aproximativ 2 mm de suprafață. Pentru diminuarea efectului optic cenușiu dat de metal, am optat pentru aplicarea unui strat de rășină opacă fotopolimerizabilă (Opak, Angelus), restul spațiului fiind obturat cu material compozit, în armonie cu relieful ocluzal din vecinătate (fig. 14 a, b, c, d, e).

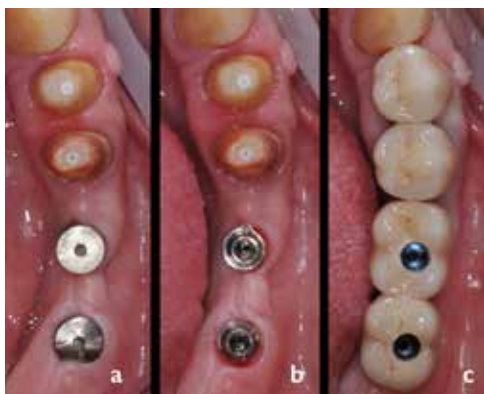


Fig. 14. Etapele inserării restaurării înșurubate la nivelul bonturilor
Balance Base:
a. înainte de îndepărtarea capelor de protecție;
b. după îndepărtarea capelor de protecție;
c. restaurarea protetică înșurubată la 10 Ncm;



Fig. 14. Etapele inserării restaurării înșurubate la nivelul bonturilor
Balance Base:
d. obturarea canalelor de acces la șuruburile de fixare cu bandă de teflon;
e. obturarea porțiunii superioare a canalelor cu rășină compozită;

Aspectul final al restaurărilor poate fi observat în fig. 15.



Fig. 15. Aspect final în cavitatea orală al coroanelor mixte metalo-ceramice 34, 35 și al protezei parțiale fixe metalo-ceramice cu sprijin implantar înșurubată;

Pacientul a primit instrucțiunile de igienizare pentru noile restaurări protetice și programarea pentru controlul periodic, care se va suprapune cu continuarea planului de tratament. Bilanțul radiologic al cazului este evidențiat în fig. 16 a, b, c, d.

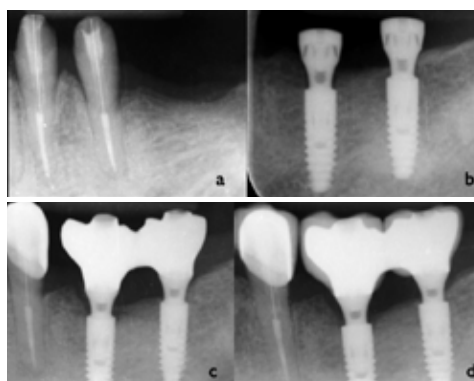


Fig. 16. Bilanțul radiologic al cazului:
a. aspectul radiologic al re-tratamentului endodontic la nivelul dinților 34, 35;
b. radiografia realizată după inserarea implanturilor și aplicarea bonturilor intermediare;
c. verificarea adaptării scheletului metallic la nivelul platformelor bonturilor intermediare;
d. restaurarea finală.

CAZUL II

Pacienta GA de 33 ani s-a prezentat în clinică pentru rezolvarea problemelor estetice și funcționale existente datorită breșei 15 (extracție realizată în urmă cu aproximativ 3 ani) și a bontului 14 (fig. 17). Acest bont a fost

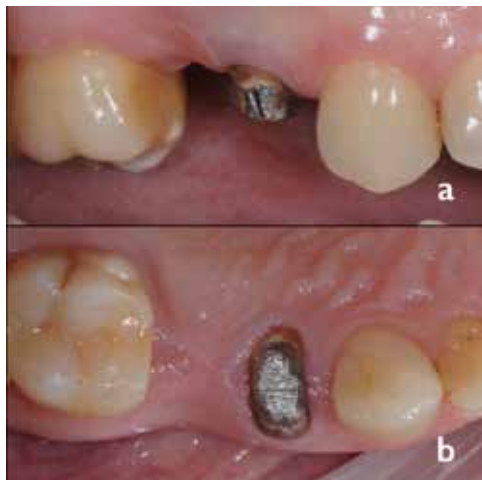


Fig. 17. Status clinic inițial;

protezat în ultimii 5 ani cu o coroană metalo-ceramică, însă, datorită afectării formelor de retenție și rezistență, dispozitivul corono-radicular metalic turnat și coroana s-au decimentat în mod repetat în acest interval de timp.

În urma realizării anamnezei și a examenelor clinic și paraclinic (fig. 18), am conclu-



Fig. 18. Radiografia panoramică digitală inițială;

zionat că pacienta nu prezintă un istoric al afecțiunilor generale sau locale (odontale, parodontale sau protetice) care să influențeze în vreun fel stabilirea planului de tratament. În urma discuțiilor cu pacienta, am convenit să realizăm tratamentul de specialitate doar la nivelul zonei premolarilor maxilari, pe ambele hemiarcade.

Planul de tratament a fost reprezentat de extracția dintelui 14, urmată de inserarea imediată a unui implant Ankylos (Dentsply Implants) în alveola postextractională, de asemenea inserarea aceluiași tip de implant pe poziția 15 și, în condițiile obținerii unei stabilități primare corespunzătoare, inserarea bonturilor conice intermediare Balance Base Narrow și fabricarea unei restaurări provizorii imediate înșurubate în etapa chirurgicală și a unei restaurări finale înșurubate ceramice pe schelet de dioxid de zirconiu. De asemenea,

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

CONCEPTUL "ONE ABUTMENT - ONE TIME"

am hotărât realizarea a două coroane integral ceramice pe bonturile 24 și 25.

Etapa chirurgicală, ghidată de CBCT (fig. 19), a debutat cu anestezia locală, realizată

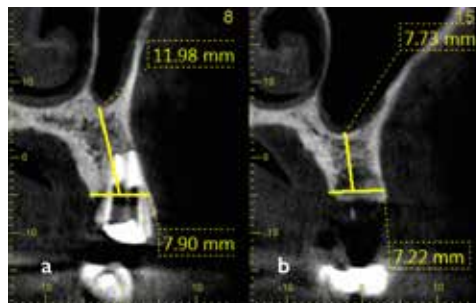


Fig. 19. CBCT-ul preoperator pentru pozițiile 14, 15;

cu Ubistesin forte 4% (3M ESPE) prin infiltrare plexală. A urmat extracția atraumatică a dintelui 14 (fig. 20 a, b), apoi debridarea atentă a alveolei postextractionale (chiuretaj și aplicarea de Doxiciclină 2 minute, fig. 20 c) și stabilirea nivelului osului crestal vestibular în raport cu marginea gingivală. Am constatat că nu există pierdere osoasă la acest nivel, adâncimea de sondare fiind de aproximativ 3.5 mm.

Osteotomia a fost realizată utilizând instrumentarul și protocolul specifice sistemului de implanturi. Preparația pe poziția 14 a fost făcută la distanță de corticala vestibulară (fig. 20 d) utilizând doar freza pilot și condensatoare de os, pentru a nu supradimensiona osteotomia și pentru a obține o stabilitate primară corespunzătoare inserării și protezării imediate. Implantul inserat (Ankylos C/X A 11



Fig. 20. Succesiunea etapelor de inserare post-extractională a implantului Ankylos A11 pe poziția premolarului 14:

- status preoperator;
- alveola postextractională după extracția atraumatică a dintelui 14;
- chiuretajul și decontaminarea alveolei post-extractionale cu Doxiciclină;
- prepararea osteotomiei pe traseul alveolei palatinale;



Fig. 20. Succesiunea etapelor de inserare post-extracțională a implantului Ankylos A11 pe poziția premolarului 14:
e. inserarea implantului la distanță de corticala vestibulară;
f. inserarea materialului de augmentare în spațiul peri-implantar;
g. înșurubarea bontului Balance Base Narrow drept GH 3.0.

mm) a avut o stabilitate primară corespunzătoare (aproximativ 30 Ncm) (fig. 20 e). În spațiul dintre implant și corticala vestibulară am introdus un substitut osos sintetic nano-cristalin pe bază de hidroxiapatită - NANO BONE (Artoss) (fig. 20 f), apoi am atașat bontul protetic conic cu un cuplu de forțe de 25 Ncm, cu ajutorul cheii dinamometrice (fig. 20 g).

Pe poziția 15 am inserat un implant Ankylos C/X A 8 mm, urmând protocolul pentru realizarea sinus-lift-ului intern. Adâncimea de preparare a fost atinsă fără a perfora planșeul sinusal, în consecință implantul a fost inserat fără a mai exista o componentă propriu-zisă de sinus-lift intern. Stabilitatea primară a fost de aproximativ 33 Ncm, acest fapt permițând de asemenea atașarea bontului Balance Base la 25 Ncm, iar pentru creșterea volumului vestibular al țesuturilor moi, am realizat tehnica roll-flap. Pentru facilitarea vindecării țesuturilor moi, am utilizat produsul biologic PRF (Process) (fig. 21 b, 24).

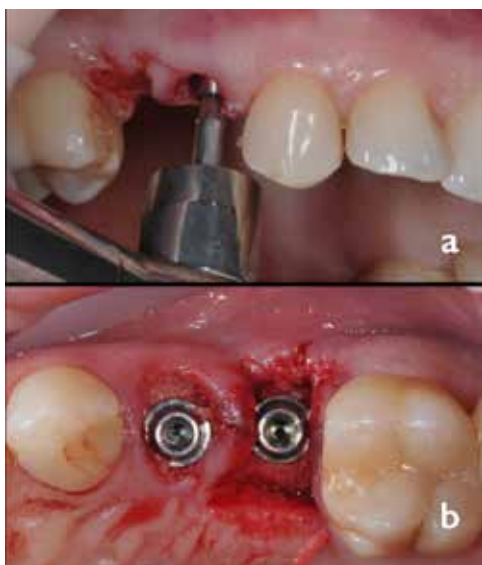


Fig. 21. a, b. Detalii din etapa de înșurubare a bonturilor conice la nivelul implanturilor 14, 15 cu ajutorul cheii dinamometrice;

A urmat înșurubarea și adaptarea capelor de plastic proprii sistemului, care au servit drept suport pentru realizarea restaurării provizorii înșurubate (fig. 22). Suprafața externă



Fig. 22. a, b. Capele de plastic adaptate și montate la nivelul bonturilor intermediare;

a acestor cape a fost sablată și pensulată cu adeziv, iar cu ajutorul unui index de silicon s-a realizat suprastructura provizorie (Luxatemp, DMG) (fig. 23 a, b, c, d). După re-

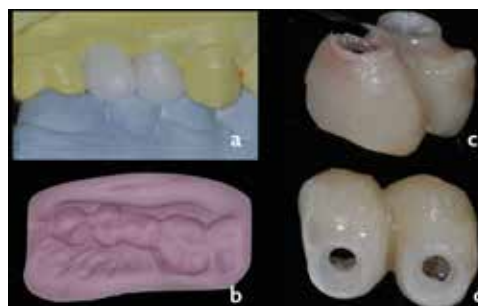


Fig. 23. a, b, c, d. Restaurarea provizorie înșurubată obținută cu ajutorul indexului din silicon chitos, realizat pe modelul cu wax-up;

perarea capetelor șuruburilor și îndepărtarea lucrării provizorii, am completat zonele cu imperfecțiuni și am finisat și lustruit restaurarea, verificând totodată absența oricăror contacte ocluzale statice sau dinamice cu antagoniștii. Piesa protetică provizorie a fost înșurubată cu 10 Ncm, orificiile de acces obturate cu compozit, iar pentru fixarea lamboului rotit dinspre palatinal am realizat suturi de stabilizare cu fir monofilament neresorbabil Seralon 5-0 (Sera-Wiessner) (fig. 24). Pacientei i s-au pre-



Fig. 24. Finalul etapei chirurgicale, după poziționarea vestibulară a lamboului palatinal, adăugarea produsului PRF, înșurubarea restaurării provizorii și sutură;

scris antibiotic Augmentin 2g/zi 5 zile și AINS Ketonal 2cp/zi simptomatic, precum și clătiri cu apă de gură antiseptică. De asemenea, ea a fost instruită cu privire la conduita alimentară specifică provizionalizării imediate. Firele de sutură au fost îndepărtate după 8 zile.

Tratamentul a fost reluat după aproximativ 4 luni, perioadă în care vindecarea a decurs fără evenimente neplăcute, pacienta fiind programată în acest interval de 3 ori pentru supravegherea evoluției vindecării și pentru control ocluzal. Restaurarea provizorie a fost îndepărtată și s-a realizat o amprentă cu alginat în vederea fabricării lingurii individuale, apoi restaurarea provizorie a fost re aplicată pe câmpul protetic.

Lingură individuală a fost confecționată cu sprijin tripodal (pe incisivi centrali și molarii secunzi maxilari), fiind perforată la nivelul celor două implanturi. Pentru amprentare am utilizat stâlpii de amprentă specifici bonturilor Balance Base Narrow în combinație cu șuruburile de fixare extra-long. Cu toate că în condițiile date era o manevră opțională, pentru o acuratețe cât mai mare a amprentei, am solidarizat cei doi stâlpi, utilizând ață dentară și rășină acrilică Pi-Ku Plast HP 36 (Bredent), respectând un timp de polimerizare de 20 de minute (fig. 25 a, b, c). Pentru amprentare



Fig. 25. Montarea și etapele de solidarizare a stâlpilor de amprentă specifici sistemului;

am folosit o combinație de vinylsiloxanether light- și heavy body (Identium, Kettenbach), atât pentru amprentarea poziției bonturilor conice implantare, cât și a preparațiilor 24, 25 (fig. 26).

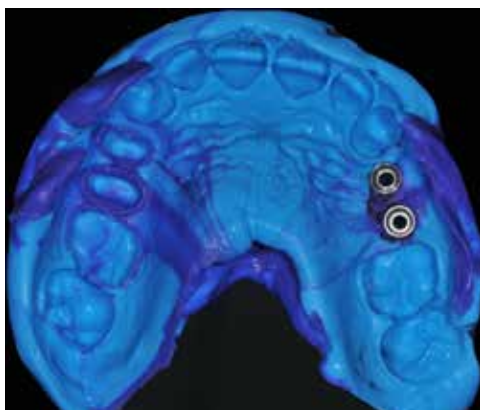


Fig. 26. Amprenta în lingură individuală deschisă;

În laborator, tehnicianul dentar a utilizat cape de titan prefabricate la nivelul bonturilor Balance Base Narrow. Aceste cape au fost frezate la izoparalelograf la 2°, iar ulterior scanate. Suprastructura din dioxid de zirconiu a fost realizată prin frezare, fiind apoi placată cu ceramică.

În etapa finală, restaurarea provizorie a

fost îndepărtată de pe bonturi. Vindecarea țesuturilor moi peri-protetice poate fi remarcată în fig. 27. Restaurarea protetică propriu-zisă



Fig. 27. Aspectul esuturilor moi peri-protetice înainte de aplicarea restaurării finale;

(fig. 28 a) constă din capele de titan, șuruburile de fixare și suprastructura estetică. Acest ansamblu a fost aplicat în cavitatea orală, verificându-se aspectul general, ariile de contact cu dinții vecini și cu cei antagoniști.

Lipirea componentei estetice la capele metalice s-a realizat în cavitatea orală, urmând următorii pași: sablarea suprafeței externe a componentei metalice și a suprafeței interne din dioxid de zirconiu cu particule de oxid de aluminiu (diametru < 50 microni) la presiune redusă, aplicarea primerului monocomponent (silan+primer) Monobond Plus (Ivoclar Vivadent) și lipirea propriu-zisă cu

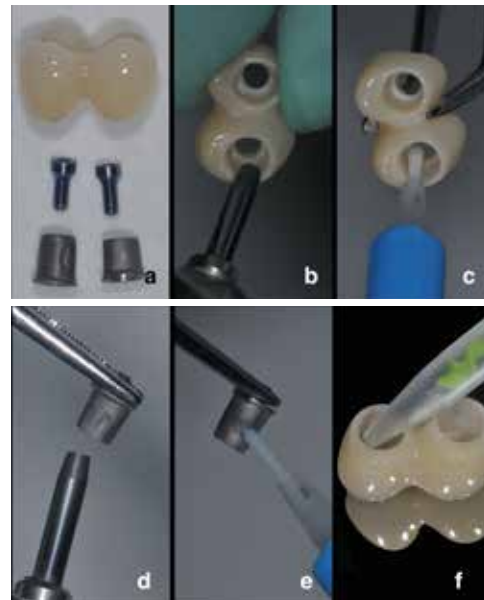


Fig. 28.

- a. – Componentele restaurării protetice: cape de titan, șuruburi de fixare, suprastructura estetică;
- b. – Sablarea suprafeței interne a scheletului de dioxid de zirconiu;
- c. – Pensularea primerului Monobond la nivelul scheletului;
- d. – Sablarea suprafeței externe a capelor de titan;
- e. – Pensularea primerului Monobond la nivelul capelor metalice;
- f. – Aplicarea cimentului în interiorul restaurării.

ciment compozit cu polimerizare duală Variolink Esthetic DC (Ivoclar Vivadent) (fig. 28 b, c, d, e, f, 29). După dezinserarea restaurării de



Fig. 29. Lipirea componentei estetice pe capele de titan în cavitatea orală;

la nivelul bonturilor, îndepărtarea extra orală a excesului de ciment și lustruirea interfeței coroane-cape, lucrarea a fost înșurubată cu cheia dinamometrică la 10 Ncm, iar orificiile canalelor de acces au fost obturate cu bandă de teflon și rășină compozită (fig. 30).



Fig. 30. Înșurubarea restaurării finale după îndepărtarea resturilor de ciment și lustruire;

Aspectul final al restaurării poate fi observat în fig. 31, iar bilanțul radiologic în fig. 32.

Ambele cazuri au fost rezolvate în colaborare cu laboratorul de tehnică dentară PROTODENT din Timișoara.



Fig. 31. Aspectul final al restaurării în cavitatea orală;



Fig. 32. Bilanțul radiologic al cazului: a. aspect radiologic după inserarea implanturilor și protezare provizorie imediată; b. radiografia realizată la finalul etapei de protezare finală.

DISCUȚII

Tratamentul edentației parțiale sau totale prin restaurări cu sprijin implantar este o modalitate predictibilă și eficientă de refacere a funcționalității și esteticii, fapt susținut de evoluția din ultimul deceniu în domeniul sistemelor de implanturi, a componentelor protetice și a tehnicilor și conceptelor chirurgicale și protetice.^{25, 26}

Subiectul restaurărilor înșurubate versus cimentate a fost și este intens dezbătut în literatura de specialitate, existând numeroase studii care evidențiază atât beneficiile, cât și limitările restaurărilor înșurubate în relație cu cele agregate tradițional.^{19, 20 21, 27} Avantajul major al restaurărilor agregate prin înșurubare constă din posibilitatea de dezinserare predictibilă și facilă a piesei protetice, în vederea remedierii unor probleme biologice sau tehnice apărute la intervale de timp variabile de la inserarea protezei în cavitatea orală sau, pur și simplu, în scopul realizării unei igienizări eficiente.

Un alt aspect pozitiv al restaurărilor înșurubate este reprezentat de lipsa cimentului pentru fixare (temporar sau definitiv), deci și a riscului de apariție a complicațiilor periimplantare datorate cimentului rezidual sub gingival. Când luăm în considerare restaurările cimentate, în ciuda măsurilor de precauție pe care numeroși practicieni le iau în momentul fixării, nu sunt puține situațiile clinice în care, în șanțul peri-implantar, persistă resturi de ciment sau/și de fire de retracție gingivală. Consecințele sunt de obicei grave, fiind nevoie de îndepărtarea restaurării protetice (uneori cu compromiterea acesteia) și o conduită terapeutică de suprimare a manifestărilor patologice locale.^{28, 29}

În cazul restaurărilor combinate (cimentate și înșurubate), cimentarea poate avea loc atât intra-, cât și extra oral. Indiferent de tipul de cimentare, medicul sau tehnicianul dentar au posibilitatea de a îndepărta surplusul de ciment de la interfața bont/coroană și de a lustrui această zonă extra oral.

Restaurările înșurubate sunt de preferat în condițiile existenței unui spațiu protetic redus, însă au și o serie de limitări. Orificiile ocluzale ale canalelor de acces la șuruburi sunt uneori inestetice, în special atunci când scheletul restaurării este metalic. Poziționarea deschiderii ocluzale în zone active ocluzal pre-dispune la fracturi ale materialului de placaj

nesuștinut și la uzura mai pronunțată a rășinii compozite cu care se obținează segmentul ocluzal al canalului de acces la șurubul de fixare. Înșurubarea ocluzală poate fi imposibil de realizat în zona anterioară maxilară, datorită angulației specifice a procesului alveolar, existând riscul proiecției canalului de acces la nivelul marginii incizale sau chiar pe suprafața vestibulară a restaurării.³⁰

Există studii în literatura de specialitate care afirmă că singurele construcții protetice care respectă principiul pasivității sunt cele cimentate, datorită spațiului de 25-30 de microni rezervat cimentului.³¹

Protezele parțiale sau totale înșurubate direct la nivelul implantelor generează în mod frecvent tensiuni de diferite amplitudini la nivelul șuruburilor de fixare și, implicit la nivelul conexiunii și a coletului implantar, acest fapt având ca și consecințe deșurubarea frecventă sau ruperea șurubului de fixare sau, în cazuri extreme, resorbție osoasă peri implantară sau chiar fracturarea coletului implantar.^{32,33} Lipsa pasivității se datorează imposibilității de a insera mai multe implanturi perfect paralele tridimensionale.

Folosirea bonturilor protetice „non-engaging” sau ajustările realizate în laborator de către tehnicianul dentar la nivelul porțiunii intra-implantare a bonturilor „engaging” pot îmbunătăți pasivitatea protezelor parțiale fixe înșurubate tradiționale, dar afectează ireversibil calitatea conexiunii bont-implant, cu efecte negative asupra sănătății țesuturilor periimplantare.

Bonturile conice scurte au fost utilizate inițial de sistemul Brånemark la începutul anilor '80, pentru realizarea restaurărilor înșurubate, dovedind însă destule neajunsuri^{34, 35}. Aceste piese protetice au evoluat de-a lungul timpului, ajungându-se în zilele noastre ca numeroase sisteme de implanturi să le includă în portofoliul protetic. Aceste bonturi pot fi drepte sau angulare (până la 30°), fiind proiectate pentru diferite înălțimi gingivale. Alegerea bontului potrivit (fig. 6) se poate face de către clinician prin evaluare directă în cavitatea orală sau de către tehnicianul dentar pe modelul rezultat în urma turnării unei amprente luate la nivel implantar.

Acest tip de bonturi protetice este destinat realizării restaurărilor înșurubate la nivelul a cel puțin două implanturi.³⁶ De asemenea, aceste structuri pot susține cu succes lucrări protetice de amplitudini mai mari, inclusiv proteze fixe totale, atât la maxilar, cât și la mandibulă, pornind de la minimum patru implanturi.^{36, 37, 38}

Conicitatea mare a stâlpilor protetici intermediari de tip Balance Base (15°) compensează lipsa de paralelism între implanturi și permite obținerea unei pasivități reale a suprastructurii protetice la nivelul mezostructurii, fiind de fapt singura soluție predictibilă pentru a obține acest deziderat la o restaurare înșurubată, fără afectarea calității conexiunii implant-bont.

Fabricarea restaurărilor cimentate la nivelul bonturilor conice scurte reprezintă o contraindicație datorită înălțimii reduse și suprafeței de contact coroană-bont insuficiente, același lucru fiind valabil și în cazul coroanelor uni-implantare înșurubate, datorită absenței unui dispozitiv antirotațional.³⁶

Inserarea acestor stâlpi protetici la nivelul implantului se realizează cu chei dinamometrice la un cuplu de forțe prestabilit de producător, de obicei 25 Ncm, în timp ce lucrarea protetică este indicat să se înșurubeze cu 10-15 Ncm. Șuruburile de fixare sunt de dimensiuni reduse, ele având rolul de a aplica și menține restaurarea protetică la nivelul platformei protetice.

În cazul suprasolicitării ocluzale funcționale sau para funcționale a unei proteze parțiale fixe cimentate sau în situația în care aceasta nu este pasivă, pot apărea alterări ireversibile: fracturări ale materialului de placaj, deșurubarea/fracturarea șurubului de fixare a bontului protetic, fracturarea bontului protetic, resorbția osoasă creștală peri-implantară și chiar fracturarea coletului implantar în zona conexiunii. Problemele astfel apărute sunt greu de surmontat, fiind deseori nevoie de refacerea restaurării, înlocuirea bontului protetic sau chiar de tratamentul leziunii osoase peri-implantare sau explantare. Când luăm în considerare restaurările înșurubate la nivelul bonturilor intermediare, în aceleași condiții de suprasolicitare sau de lipsă de pasivitate, șuruburile scurte de fixare sunt de obicei primele care cedează (deșurubare sau fracturare). Chiar dacă acest fapt nu este de dorit, reînșurubarea sau înlocuirea șurubului nu sunt manevre costisitoare și sunt relativ ușor de realizat prin canalele de acces ocluzale.

Protocolul standard pentru restaurarea protetică a unui implant constă dintr-un număr variabil de inserări/dezinerări ale diferitelor componente protetice (stâlpi de vindecare trans gingivală, stâlpi de amprentă, bonturi protetice provizorii și definitive). În urma studiilor in vivo realizate atât pe animale, cât și pe subiecți umani, s-a constatat că orice agresiune asupra barierei epitelio-coniunctive poate induce modificări ireversibile la nivelul țesuturilor moi și dure peri-implantare. Mai precis, un studiu pe câini Beagle din 1997^{15a} a demonstrat că o succesiune de cinci dez-/re-inserări ale componentelor protetice la nivelul implanturilor de pe o hemi arcadă au ca și consecință re-poziționarea apicală a barierei de țesut epitelio-coniunctiv peri-implantar și o remodelare (resorbție) osoasă concomi-

tentă, comparativ cu hemi arcada contra laterală, unde s-a aplicat conceptul „one abutment–one time”. Resorbția osoasă poate fi rezultatul tendinței organismului de a restabili lățimea biologică.

Un studiu uman din 2011 ¹⁷concluzionează că absența oricărui ciclu de inserare/dezinsere a bonturilor protetice plasate în etapa chirurgicală la nivelul implanturilor cu conexiune conică Morse (Ankylos, Dentsply Implants), inserate subcrestal, similar celor folosite la rezolvarea cazurilor clinice din prezentul articol, are ca și rezultat reducerea semnificativă a remodelării osoase orizontale peri-implantare, comparativ cu situația clinică în care restaurările protetice au fost realizate conform protocolului clasic.

Un alt studiu uman din 2013 ¹⁴concluzionează că două cicluri de dez-/re-inserare a bonturilor protetice la nivelul implanturilor plasate crestal nu induce modificări patologice în țesuturile peri-implantare, sugerând astfel un comportament biologic similar cu absența oricărui ciclu intermediar de inserare/dezinsere a vreunei componente protetice.

De asemenea, s-a constatat că un număr de patru cicluri de inserare/dez-insereare în cazul implanturilor care încorporează conceptul „platform switching” (cum este și cazul sistemului Ankylos utilizat în cazurile din acest articol) determină o resorbție osoasă peri-implantară mai redusă comparativ cu implanturile fără „platform switching”.³⁹ Una dintre observațiile acestui studiu a fost aceea că un singur ciclu de dezinsere/reinsereare a componentei protetice în cazul implantelor cu „platform switching” produce modificări minime la nivelul țesuturilor peri-implantare. Prezența unui dinte mezial sau distal de un implant din categoria susmenționată pare să determine scăderea ratei de remodelare osoasă.

În consecință, cu cât numărul de cicluri de dez-/re-inserare a pieselor protetice este mai redus sau egal cu zero (principiul „one abutment–one time”), cu atât țesuturile moi și dure peri-implantare se vindecă și se conformează mai corect în jurul porțiunii lustruite de sub platforma protetică (efectul „o-ring”⁴⁰), iar stabilitatea lor este mai durabilă în timp. Se poate astfel vorbi de existența unui concept „one trans-mucosal abutment–one time”.

La fel ca și stâlpii protetici destinați cimentării, bonturile conice intermediare pe care se vor realiza restaurări înșurubate sunt plasate la nivelul implanturilor, fie în etapa chirurgicală de inserare (cu posibilitatea de vindecare transgingivală sau de provizionizare imediată), fie la descoperire (în cazul abordării stadializate).

Varianta protetică folosită în prezentul articol - Balance Base Abutments Narrow (Ankylos, Dentsply Implants) (fig. 6) prezintă câțiva parametri specifici³⁶:

- diametrul platformei de 4.2 mm;
- înălțimea porțiunii conice de angajament protetic de 1.3 mm;

- angulația acestei porțiuni este de 15°;
- lățimea pragului de sprijin al platformei de 0.5 mm;
- înălțimea porțiunii transgingivale este variabilă: 0.75, 1.5, 3 și 4.5 mm, în funcție de adâncimea de inserare a implantului și de lățimea gingiei marginale;
- există atât bonturi drepte (angulație 0°), cât și angulate, la 15° și 30°, cu înălțimi ale porțiunii transgingivale de 3 și 4.5 mm (conceptul SmartFix);
- porțiunea internă a conului permite înșurubarea trans-ocluzală a suprastructurii protetice, folosind un șurub calibrat de dimensiuni reduse, care se strânge dinamometric la un cuplu de forțe de 10 Ncm.

În cazul bonturilor conice drepte șurubul de fixare la nivel implantar face corp comun cu stâlpul propriu-zis, ceea ce reprezintă un avantaj semnificativ, datorită absenței microspațiului dintre șurubul de fixare și pereții interni ai bontului protetic. Dispare astfel o cale importantă de contaminare bacteriană prin intermediul salivei cu bacterii, pe ruta cavității orale–interfața coroană/bont–interiorul bontului–microspațiul din jurul șurubului de fixare–lumenul implantului–conexiunea implant/bont–țesuturi dure și moi periimplantare, cu riscul de dezvoltare a perimucositei, respectiv periimplantitei.⁴¹

Angulația de 15° a conului de angajament protetic al bonturilor drepte permite o compensare a diferențelor de paralelism între implanturi de până la 30°. Axul de inserție al restaurării protetice poate fi corectat suplimentar prin utilizarea bonturilor angulate 15° sau 30°. Stâlpii protetici conici angulați sunt utilizați îndeosebi pentru a compensa inserarea înclinată a implanturilor distale la maxilar sau mandibulă (cu scopul de a evita interferența cu canalul mandibular sau sinusurile maxilare)⁴², pentru reabilitarea protetică a edentațiilor totale cu ajutorul a patru sau șase implanturi³⁸. În anumite situații, bonturile angulate pot fi utilizate și pentru compensarea înclinației vestibulo-orale a implantelor, mai ales la maxilar, inclusiv în zona estetică.^{43, 44}

Primul caz clinic a prezentat o posibilitate de protezare a unei breșe aflate în zona molară mandibulară printr-o restaurare cu sprijin implantar înșurubată la nivelul bonturilor transmucosale Balance Base Narrow. Plasarea acestor bonturi încă din etapa chirurgicală a determinat vindecarea trans-gingivală și menținerea volumului țesuturilor dure și moi peri-implantare, datorită influențelor benefice pe care le-au generat calitatea conexiunii conice Morse, conceptele „one abutment–one time” și „platform switching”, care caracterizează sistemul de implanturi folosit. Transferul platformei protetice de la nivelul implantar (osos) la cel gingival și absența ciclurilor de dez-/re-inserare au determinat absența contaminării microbiene suplimentare a conexiunii bont-implant, precum și realizarea mai facilă a etapelor de amprentare și de verificare a calității scheletului și restaurării finale. Am-

prenta în lingură deschisă „abutment-level” realizată cu stâlpii specifici prezintă mai puține tensiuni comparativ cu cea „implant-level”, la care bonturile de amprentă se înșurubează în implanturi. În aceste condiții, solidarizarea unui număr de până la trei stâlpi de amprentă în lingură deschisă devine opțională⁴⁵. O atenție deosebită am acordat evaluării pasivității restaurării protetice și conformării unei arii de contact interproximale corecte între restaurarea cu sprijin implantar și coroana dentară mezială. Testarea și verificarea pasivității au fost realizate atât la proba de schelet, cât și la proba finală a restaurării, prin aprecierea manuală a rezistenței la strângere a șurubului de fixare și prin evaluarea radiologică a adaptării piesei protetice pe pragurile de sprijin ale bonturilor intermediare (fig. 16 c, d). Intensitatea contactului proximal (fig. 13) a fost evaluată după înșurubarea restaurării cu sprijin implantar la cuplul de forțe de 10 Ncm și verificată cu ajutorul aței dentare, ținând cont de particularitățile parodontale ale implanturilor și dinților (anchiloză funcțională vs parodontiu de susținere).

Al doilea caz a prezintă în plus față de cazul precedent posibilitatea de a realiza o proteză parțială fixă provizorie imediată înșurubată, în aceeași etapă cu inserarea imediat post-extracțional a unui implant. Particularitatea cazului constă, în principal, în plasarea bonturilor conice scurte imediat post-inserare și fabricarea restaurării provizorii imediate. Prin comparație, protezele provizorii înșurubate clasic la nivelul implanturilor necesită îndepărtarea bonturilor temporare și înlocuirea lor cu cele definitive, apărând astfel succesiunea de dez-/re-inserări descrisă mai devreme, cu posibile efecte nefaste asupra țesuturilor dure și moi peri-implantare.

În plus, pentru o adaptare ideală a restaurării protetice la nivelul bonturilor Balance Base, am utilizat cape de titan prefabricate, ca alternativă la piesele rezultate din turnarea capelor de plastic (folosite în cazul anterior). Etapele clinice s-au succedat asemănător, cu diferența că scheletul metalic de la cazul precedent a fost înlocuit cu unul din dioxid de zirconiu translucid. Lipirea suprastructurii estetice la capele de titan, frezate în prealabil la izoparalelograf, s-a realizat intraoral. Îndepărtarea excesului de ciment, finisarea și lustruirea interfeței dintre capele metalice și suprastructura estetică s-au realizat extraoral, cu control vizual direct și eficiență maximă, permițând obținerea unei zone de trecere fără ciment restant. La fel ca și în cazul precedent, am acordat atenție deosebită pasivității restaurării, relației proximale cu dinții vecini, cât și contactelor ocluzale cu dinții antagoniști.

Ambii pacienți au fost instruiți să folosească mijloace suplimentare de igienizare, pe lângă periajul uzual: dental floss, periuțe interdentare sau duș bucal, clătirea cavității orale după periaj cu apă de gură fără alcool. Ședințele de control au fost stabilite la 2 săptămâni, o lună, 3 luni, apoi o dată la 6 luni, în

funcție și de evoluția în timp a situației clinice și de complianța pacienților.

Atât medicul, cât și pacienții au fost satisfăcuți de rezultatul final funcțional și estetic al tratamentelor protetice.

CONCLUZII

Restaurările protetice cu suport implantar înșurubate la nivelul bonturilor conice intermediare reprezintă o variantă terapeutică de succes în protezarea edentațiilor parțiale laterale, atât la maxilar, cât și la mandibulă. Posibilitatea de asociere a acestui tip de protezare cu principiul „one abutment-one time” și obținerea unei pasivități reale a restaurării în raport cu mezo- și infrastructura pot conduce la obținerea stabilității durabile a țesuturilor moi și dure peri-implantare și a succesului pe termen lung a tratamentului protetic, mai ales în condițiile utilizării unui sistem implanto-protetic care are încorporat principiul „platform switching”.

Bonturile conice scurte prezentate în acest articol, prin structura lor monolitică, previn contaminarea bacteriană peri-implantară. Absența ciclurilor de dez-/re-inserare („one trans-mucosal abutment-one time”), precum și suprafața concavă de sub platforma de sprijin a acestor stâlpi favorizează creșterea volumului țesuturilor moi și realizarea efectului „o-ring”. După inserarea bonturilor intermediare, toate etapele clinice se realizează la nivel gingival, dispărând astfel riscul contaminării bacteriene la nivel implantar și al migrării apicale a barierei epitelio-conjunctive peri-implantare. De asemenea, toate manoperele ulterioare (amprentare, probele scheletului și a restaurării finale) sunt mai ușor de realizat. Un avantaj suplimentar este oferit de absența complicațiilor date de persistența resturilor de ciment la nivelul spațiului peri-implantar.

La final, trebuie remarcat faptul că pe acest tip de bonturi nu se realizează restaurări uni-implantare și nici proteze parțiale sau totale fixe cimentate.

BIBLIOGRAFIE

1. Glauser R, Zembic A, Hämmerle CHF – A systematic review of marginal soft tissue at implants subjected to immediate loading or immediate restoration. Clin Oral Imp Res 2006;17 (Suppl. 2):82-92.
2. Engstrand P, Gröndahl K, Ohnell LO. – Prospective follow-up study of 95 patients with edentulous mandibles

- treated according to the Brånemark Novum concept. *Clin Implant Dent and Relat Res* 2003;5:3-10.
3. Romeo E, Chiapasco M, Lazza A. – Implant-retained mandibular overdentures with ITI implants. A comparison of 2-year results between delayed and immediate loading. *Clin Oral Imp Res* 2002;13:495-501.
 4. Bahat O, Sullivan RM. – Parameters for successful implant integration revisited part II: algorithm for immediate loading diagnostic factors. *Clin Implant Dent and Relat Res* 2010;12:13-22.
 5. Pozzi A, Tallarico M, Moy PK. – Three-year post-loading results of a randomised, controlled, split-mouth trial comparing implants with different prosthetic interfaces and design in partially posterior edentulous mandibles. *Eur J Oral Implantol* 2014;7(1):47-61.
 6. Albreksson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson RA. – The longterm efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria for success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986;1:11-25.
 7. Atieh MA, Ibrahim HM, Atieh AH. – Platform switching for marginal bone preservation around dental implants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Periodontology* 2010;81:1350-66.
 8. Lazzara RJ, Porter SS. – Platform switching: a new concept in implant dentistry for controlling postrestorative crestal bone levels. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006;26:9-17.
 9. Oh TJ, Yoon J, Misch CE, Wang HL. – The causes of early implant bone loss: myth or science? *J Periodontol* 2002;73:322-33.
 10. Pozzi A, Agilardi E, Tallarico M. – Clinical and radiological outcomes of two implants with different prosthetic interfaces and neck configurations: randomized, controlled, split-mouth clinical trial. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2014 Feb;16(1):96-106.
 11. Elian N, Bloom M, Dard M – Effect of interimplant distance (2 and 3 mm) on the height of interimplant bone crest: a histomorphometric evaluation. *J Periodontol* 2011;82:1749-56.
 12. Koo KT, Lee EJ, Kim JY. – The effect of internal versus external abutment connection modes on crestal bone changes around dental implants: a radiographic analysis. *J Periodontol* 2012;83:1104-9.
 13. Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I. – The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res* 1991;2:81-90.
 14. Koutouzis T, Koutouzis G, Gadalla H. – The Effect of Healing Abutment Reconnection and Disconnection on Soft and Hard Peri-implant Tissues: A Short-Term Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013;28:807-14.
 15. Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J. – The mucosal barrier following abutment dis/reconnection. An experimental study in dogs. *J Clin Periodontol* 1997;24:568-72.
 16. Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R. – Immediate positioning of a definitive abutment versus repeated abutment replacements in post-extractive implants: 3-year follow-up of a randomised multicentre clinical trial. *Eur J Oral Implantol* 2010;3(4):285-96.
 17. Degidi M, Nardi D, Piattelli A. – One abutment at one time: non-removal of an immediate abutment and its effect on bone healing around subcrestal tapered implants. *Clin Oral Implants Res*. 22, 2011; 1303-7.
 18. Sailer I, Mühlemann S, Zwahlen M. – Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates. *Clin Oral Implants Res*. 2012 Oct;23 Suppl 6:163-201.
 19. Campbell WF. – Choosing between Screw-Retained and Cement-Retained Implant Crowns, *Inclusive Magazine* 2011.
 20. Wittneben JG, Milen C, Brägger U. – Clinical performance of screw- versus cement-retained fixed implant-supported reconstructions--a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29 Suppl:84-98.
 21. Chee W, Jivraj S. – Screw versus cemented implant supported restorations. *Br Dent J*. 2006;201(8):501-7.
 22. Romanos GE. – Bone Quality and the Immediate Loading of Implants—Critical Aspects Based on Literature, Research, and Clinical Experience. *Implant Dentistry* 2009;18(3):203-8.
 23. Srivathsa SH, Guledgud MV, Patil K – Gingival Fibrous Nodule: Report of Four Cases, *J Res Pract Dent* 2013;(2013):1-8.
 24. Liddelow G., Klineberg I – Patient-related risk factors for implant therapy. A critique of pertinent literature. *Australian Dental Journal* 2011; 56:417-26.
 25. Romeo E, Storelli S. – Systematic review of the survival rate and the biological, technical, and aesthetic complications of fixed dental prostheses with cantilevers on implants reported in longitudinal studies with a mean of 5 years follow-up. *Clin Oral Implants Res*. 2012;23:39-49.
 26. Mangano C, Iaculli F, Piattelli A, Mangano F. – Fixed restorations supported by Morse-taper connection implants: a retrospective clinical study with 10–20 years of follow-up. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2014, 1-8.
 27. Michalakis KX, Hirayama H, Garefis PD. – Cement-retained versus screw-retained implant restorations: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2003;18(5):719-28.
 28. Wadhvani C, Ansong R. – Complications of Using Retraction Cord Protection of the Peri-implant Soft Tissues Against Excess Cement Extrusion. *A clinical report Implant Realities* 2012;(1):20-3.
 29. Schoenbaum TR, McLaren EA – Retrieval of a Defective Cement-Retained Implant Prosthesis. *Compendium* 2013;34(9):692-6.
 30. Chio A, Hatai Y. – Restoration of 2 Astratech Implant Fixtures utilising custom Atlantis Abutments and transverse screw-retained 3M ESPE LAVA metal-free zirconia crowns. *Australasian Dentist* 2011;80-5.
 31. Taylor TD, Agar JR, Vogiatzi T. – Implant prosthodontics: Current perspective and future directions. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:66-75.
 32. Assenza B, Scarano A, Leghissa G. – Screw-vs cement-implant-retained restorations: An experimental study in the beagle. Part 1. Screw and abutment loosening. *J Oral Implantol* 2005;31:242-246.
 33. Lekholm U, van Steenberghe D, Herrmann I. – Osseo-integrated implants in the treatment of partially edentulous jaws: A prospective 5-year multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1994; 9:627–635.
 34. Quirynen M, De Soete M., van Steenberghe D. – Infectious risks for oral implants: a review of the literature. *Clinical Oral Implants Research* 2002;13:1–19.
 35. Sadaqah N, Al-Wahadni A, Abu Alhija E. – Implant Abutment Types: A Literature Review – Part 1. *J Impl Adv Clin Dent* 2010;2(3):93-8.
 36. Ankylos Prosthetic Manual (www.dentsplyimplants.com) pp. 17, 18, 48-61.
 37. Romanos GE, Nentwig GH. – Immediate functional loading in the maxilla using implants with platform switching: five-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009; 24 (6): 1106-12.
 38. Weinstein R, Agliardi E, Fabbro MD. – Immediate Rehabilitation of the Extremely Atrophic Mandible with Fixed Full-Prosthesis Supported by Four Implants. *Clin Implant Dent and Relat Res* 2012;14(3):434-41.
 39. Rodriguez X, Vela X, Mendez V. – The effect of abutment dis/reconnections on peri-implant bone resorption: A radiologic study of platform-switched and non-platform-switched implants placed in animals. *Clin. Oral Impl. Res.* 2011;00:1–7.
 40. Schoenbaum TR. – Abutment Emergence Profile and Its Effect on Peri-Implant Tissues. *Compendium of Continuing Education in Dentistry* 2015;36(7):474-9.
 41. Bichacho N, van Dooren E, Fradeani M. – Tissue management and prosthetic considerations with immediate implantation in the anterior maxilla. *Quintessence Publishing* 2011:118-9.
 42. Eger DE, Gunsolley JC, Feldman S. – Comparison of angled and standard abutments and their effect on clinical outcomes: A preliminary report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000; 15:819–23.
 43. Bruggenkate CM, Sutter F, Oosterbeek HS, Shroeder A. – Indications for angled implants. *J Prosthet Dent* 1992; 67:85-93.
 44. Maló P, Rangert B, Nobre M – All-on-4 Immediate-Function Concept with Brånemark System® Implants for Completely Edentulous Maxillae: A 1-Year Retrospective Clinical Study. *Clin Implant Dent and Relat Res* 2005;7(1):S88-S94.
 45. Buzayan M, Baig MR, Yunus N. – Evaluation of accuracy of complete-arch multiple-unit abutment-level dental implant impressions using different impression and splinting materials. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013;28(6):1512-20.

parodontax®



gama de paste de dinți care ajută
la îndepărtarea plăcii bacteriene
chiar și din zonele greu accesibile¹



Îndepărtare mai bună a
plăcii bacteriene* cu până
la

31,8%

Suprafață dentară linguală
posteroară ($p=0,0011$)

Îndepărtare mai bună a plăcii
bacteriene* cu până la

55,8%

Spațiu interdental lingual posterior
($p=0,0007$)



Includeți pastele de dinți **parodontax®** între
recomandările dumneavoastră pentru a ajuta la
prevenirea problemelor gingivale^{2,3}

* Avantaj procentual pentru pasta de dinți parodontax® vs. o pastă de dinți fără bicarbonat de sodiu conform modificării Indicelui de placă bacteriană Turesky în funcție de localizarea dintelui.

Referințe:

1. Akwagyriam I, et al. Poster 174485 presented at the International Association of Dental Research, Seattle, WA, March 2013.
2. Yankell SL, et al. *J Clin Dent* 1993;4(1):26-30.
3. Data on file, RH01530, January 2013.

parodontax® este marcă înregistrată a grupului de companii GlaxoSmithKline.

PRINCIPII GENERALE DE PREPARARE A DINȚILOR PENTRU RESTAURĂRILE INTEGRAL CERAMICE REALIZATE CU SISTEME CAD CAM DIRECTE



Dr. Bogdan Oprea

Dr. Bogdan Oprea (Sibiu, România)
Dr. Angelica Oprea (Sibiu, România)
Stud. Dana Rusu (Sibiu, România)

Apariția sistemelor CAD CAM directe (pentru cabinet) sau indirecte (de laborator) a deschis o nouă eră în ceea ce privește realizarea restaurărilor protetice simple sau complexe.

După ce în articolul publicat în nr.86 din ianuarie 2015 am trecut în revistă principalele avantaje ale sistemelor CAD CAM directe (în particular sistemul CEREC) ne propunem să continuăm cu o serie de articole dedicate tehnicilor particulare de preparare a dinților pentru aceste tipuri de restaurări CAD CAM.

Desigur că utilizarea sistemelor CAD CAM implică modificarea mai multor etape din seria operațiunilor necesare realizării unei piese protetice. În cadrul acestei serii de articole ne concentrăm asupra etapei de preparare a dinților.

Prepararea dinților reprezintă un act chirurgical care impune două aspecte importante:

1. eliminarea țesuturilor cariate sau distruse

2. obținerea unei forme 3D a preparației care să permită la rândul ei:

- conservarea la maxim a structurilor dentare sănătoase și protecția vitalității dentare (acolo unde este cazul).

- realizarea în condiții optime a amprentei optice și implicit obținerea unui model virtual adecvat.

- proiectarea unei piese protetice care să aibă capacitatea de a rezista la solicitările mecanice și în același timp să transmită în mod corespunzător forțele ocluzale către parodontiu.

- un design interior al piesei protetice care să permită frezarea cât mai ușoară și precisă.

- protecția parodontală prin plasarea marginilor preparației la distanța de zona cervicală acolo unde situația clinică o permite.

Tehnicile de preparare pentru restaurările protetice realizate cu sisteme CAD CAM trebuie să se bazeze pe înțelegerea modului de lucru al mașinilor de frezat și a formei și dimensiunilor frezelor pe care aceste mașini le folosesc. Frezele pe care medicii le folosesc la nivelul dinților trebuie să reprezinte corespondentul celor din mașinile de frezat iar forma preparațiilor dentare trebuie să fie adaptată la modul în care interiorul acestor piese este frezat în etapa de frezare. În acest fel se poate obține o corespondență ideală între interiorul piesei protetice și forma preparației dentare care va crește nivelul preciziei adaptării.

Dr. Jaques Raynal în cartea sa "Guide pratique des preparations assistees par guida-

ges" și-a prezentat conceptul legat de tehnicile de preparare pentru restaurările CAD CAM. Aceste preparații particulare se referă la:

- fațete
- V prep/ endo V prep
- coroane
- endo coroane
- endo coroane V prep

Conceptul PAG („Preparation Assistes par guidages”) are ca obiectiv obținerea rapidă și perfect calibrată a preparațiilor dentare care să corespundă imperativelor tehnicilor CAD CAM directe sau indirecte.

În cadrul acestui prim articol vom trece în revistă tehnica „V prep” precum și aplicabilitatea ei practică.

Tehnica "V prep" a fost descrisă pentru prima dată de Mike Birkhoff în 1996 ca o soluție de ameliorare a preciziei ocluziei și frezării fețelor interne a piesei pentru sistemul CEREC 2. Odată cu apariția sistemului CEREC 3 la începutul anilor 2000 V prep și-a găsit un loc bine meritat în conceptul stomatologiei adezive ceramice directe.

Acest tip de preparație se adresează dinților laterali vitali.

Indicațiile sunt:

- leziuni ocluzale mari Si-Sta 1-3, Si-Sta 1-4 (după clasificarea lui Hume și Mount) fără depășirea conturului anatomic al dintelui.

- leziuni carioase sau traumatice care se întind și la nivelul fețelor proximale.

- înlocuirea unor restaurări necorespunzătoare de dimensiuni mari.

- remodelarea fețelor ocluzale

- redimensionarea în plan cervico-incizal a înălțimii coronare.

Caracteristicile preparației:

- conturul exterior are aspectul unei succesiuni de litere "V" (conform numelui). Această formă a conturului va oferi restaurării primare o stabilitate crescută și o ușurință a poziționării corecte. Joncțiunea dintre piesă și dinte se face similar "dinților de crocodil".

- zona de joncțiune se face într-o zonă cu smalț puternic și mare în suprafață. Practic la aceste preparatii există o creștere de 20-40% a suprafeței de conexiune în smalț comparativ cu preparațiile clasice.

- nu există zone de retenție primară ceea ce face imposibilă realizarea de restaurări provizorii. Din acest motiv, acest tip de preparații este destinat exclusiv tehnicilor CAD CAM directe.

- restaurările realizate sunt integral ceramice și sunt destinate fixării exclusiv prin tehnici adezive.

- trebuie să aibă o grosime constantă de 2mm.

Avantajele preparației în "V"

- biomimetismul

- exploatarea avantajelor materialelor vitro-ceramice care au parametri fizico-mecanici apropiați de cei ai smalțului dentar.

- fixarea prin tehnici adezive duce la creșterea rezistenței mecanice și capacității de rezistență la forțele ocluzale naturale.

- estetică generată de calitățile optice ale vitro ceramicii.

- protecție parodontală prin plasarea marginilor mult deasupra limitelor gingivale.

- tehnica poate fi extinsă și la dinții cu distrucții mai extinse permițând conservarea la maxim a structurilor dentare restante.

Toți acești parametri estetici și mecanici sunt legați direct de grosimea minimă de 2 mm pe care trebuie să o respecte aceste piese protetice.

"Endo V prep" reprezintă o variație a tehnicii "V" care se adresează dinților laterali care sunt devitali. Și în cazul acestor dinți se păstrează aceleași principii descrise pentru "V prep" cu diferența că în aceste cazuri preparația se întinde și la nivelul camerei pulpare și eventual pe primul sfert al canalului radicular.

În cele ce urmează vom prezenta doua cazuri clinice care să ilustreze tehnica realizării și avantajele preparației "V" și un caz clinic pentru endo V prep.

La realizarea cazurilor clinice care vor fi prezentate a fost folosit kitul de preparații creat de dr Jacques Raynal și care se adresează preparațiilor pentru restaurări realizate prin tehnologie CAD CAM.

Piesele protetice au fost realizate cu ajutorul sistemului CEREC AC Blue Cam - Sirona (pentru etapa de amprentă optică), softwareul SW 4.4- Sirona (etapa de proiectare) și mașina CEREC MCXL-Sirona (pentru frezarea pieselor protetice).

Piesele protetice au fost realizate din cuburi de ceramică Empress CAD- Ivoclar (leucite reinforced glass ceramic) iar fixarea adezivă s-a făcut cu sistemul NX3 -Kerr.



Fig.1, 2: setul pentru tehnica P.A.G. conceput de dr. Jacques Raynal

CAZ CLINIC NR. 1

Utilizarea preparației "V" pentru reglarea înălțimii în sens cervico-ocluzal a molarului 4.6 (ușor egresat) pentru stabilirea unui plan de ocluzie corespunzător care să permită realizarea în condiții optime a unei punți superioare pe hemiarcada 1.



Fig.3 situația clinică inițială - se observă o ușoară egresiune a molarului 4.6 care perturbă planul de ocluzie. Pentru realizarea punții superioare este necesară o reducere a înălțimii coronare a molarului 4.6



Fig.4 utilizarea frezei de ghidaj pentru realizarea șanțurilor de ghidaj calibrate la 2mm adâncime.



Fig.5 vedere ocluzală după trasarea șanțurilor de ghidaj. Au fost trasate 3 șanțuri în sens V-O care trec prin vârful cuspizilor și prin șanțul intercuspidian și 1 șanț în sens M-D care trece la nivelul șanțului principal intercuspidian M-D.



Fig.6 Îndepărtarea substanței dentare simultan cu obținerea formei de "V" caracteristică.



Fig. 7 aspectul final al preparației (vedere ocluzală). Se observă pe de o parte forma specifică a preparației iar pe de altă parte calitatea optimă a structurii dentare pe care se va face adeziunea: perimetru cu lățime bună de smalț sănătos și dentină superficială cu o densitate redusă de canalicule dentinare (dentina optimă pentru adeziune). De asemenea remarcăm capacitatea acestei preparații de a proteja vitalitatea pulpei prin plasarea "V" ului exact deasupra cornelor pulpare.



Fig.8 aspectul feței interne a piesei protetice.

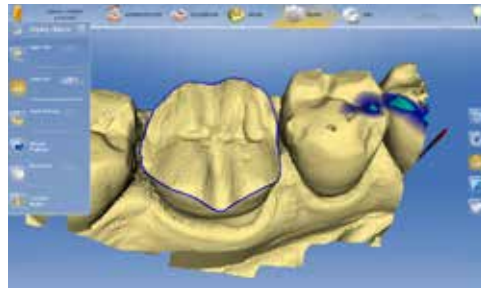


Fig.9 modelul virtual obținut prin amprentă optică (print screen CEREC SW 4.4).

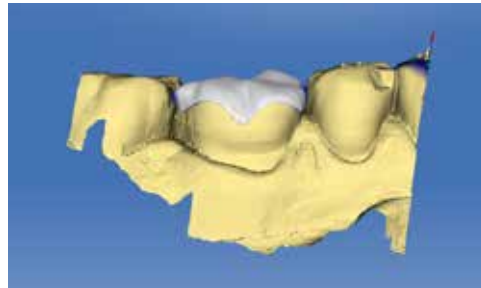


Fig.10 proiectul piesei protetice (print screen CEREC SW 4.4)



Fig.11 dintele izolat și pregătit pentru fixarea adezivă a piesei protetice.



Fig.12 Aspectul final. Se observă îndeplinirea obiectivelor: reglarea înălțimii coronare, conservarea structurii dentare și a vitalității, integrare estetică și biologică.

CAZ CLINIC 2

Molarul 4.6 cu obturație din compozit voluminoasă D-O și carie M care a întrerupt creasta marginală mezială



fig.13 situația clinică inițială.



Fig.14 tehnica preparației, similară cu cea de la primul caz.

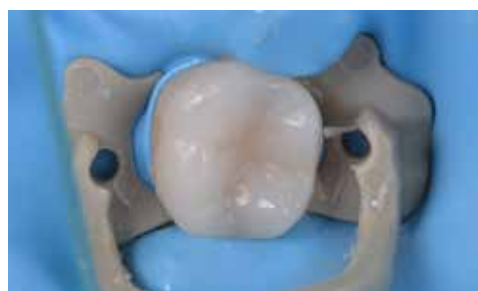


Fig.16 piesa protetică cimentată adeziv; vedere ocluzală



Fig.15 piesa protetică ieșită din mașina de frezat (CEREC MCXL), fața ocluzală și fața internă a piesei.



Fig.17 aspectul final, vedere vestibulară după îndepărtarea digii

CAZ CLINIC 3

Fractura coronară la nivelul dintelui 2.5



Fig.18 aspectul clinic inițial; vedere ocluzală.



Fig.19 aspectul clinic inițial; vedere vestibulară în ocluzie.



Fig.20 preparația pregătită pentru scanare.



Fig.21 piesa protetică finalizată și pregătită pentru fixarea adezivă.



Fig.22 rezultatul final, imediat după cimentare; vedere ocluzală.



Fig.23 rezultatul final, imediat după cimentare; vedere vestibulară.

CONCLUZII:

Utilizarea sistemelor CAD/CAM directe dă medicilor posibilitatea să ofere pacienților o nouă experiență în cabinetul stomatologic.

Eliminarea surselor de eroare din lanțul clinico-tehnic clasic este un avantaj incontestabil care conferă o creștere a procentului de succes și supraviețuire pe termen lung a acestor piese protetice.

Adaptarea tehnicilor de preparare la specificitățile sistemelor CAD/CAM este un pas necesar pentru a putea exploata la maxim calitatea și precizia oferite de aceste sisteme. Această adaptare nu este foarte complicată și nu necesită modificări majore ale tehnicilor clasice pe care deja medicii le stăpânesc.

Bibliografia la autor



KAPS 900 Microscop dentar

10 RATE
FIXE a
4945 lei



Microscop dentar cu iluminare led prin fibra optica, durata de viata 50000 ore. Cupla inclinabila 45", tub binocular inclinabil 210", 5 trepte de magnificare si obiectiv F-250M cu fine focus, filtru protectie UV. Optional: tub 45" cu beam splitter monolateral 50:50; adaptor foto Sony Nex; Variflex 100 f=220-320mm cu protectie lentile inclusa.

Pret lista ~~59.250~~⁰⁰ lei
Pret plata ~~46.900~~⁰⁰ lei
CASH



6 RATE
FIXE a
482 eur

2 ANI GARANTIE

X-MIND DC aparat rx intraoral

Pret lista: ~~4.340~~⁰⁰ eur
Pret plata ~~2.750~~⁰⁰ eur
CASH

Generator DC, intensitate de 4 sau 8 mA. Tensiune radiogena constanta de 60 kV sau 70 kV. Spatiu de instalare de 6 m².



10 RATE
FIXE a
648 eur

2 ANI GARANTIE

DIGORA OPTIME UV scanner digital cu placi imagine

Pret lista: ~~9.187~~⁰⁰ eur
Pret plata ~~6.150~~⁰⁰ eur
CASH

Ecran LCD pentru previzualizarea radiografiilor. Include soft de utilizare in limba romana si 10 placi imagine asortate de diferite marimi.

Preturile sunt exprimate in LEI sau EUR si includ valoarea TVA - 20%.

Oferta este valabila, in limita stocului disponibil, pana la data de 30.04.2016

SC Derom Dental Int'l SRL este autorizata la ANSPDCP cu numarul 5029/2007.

Informatiile despre articole si preturi sunt prezentate sub rezerva erorilor de tipar.

La unele articole, pot interveni modificari de pret, datorate unor aspecte neimputabile noua.

Transport gratuit la comenzi cu valoare de peste 300 RON si cu greutatea sub 3 kg.

www.ddi.ro

DEROM DENTAL INTERNATIONAL SRL

Str. Prof. I. Inculeț nr. 3, 700720 - Iasi
Tel: 0232/225.276, 0332/401.335
Fax: 0232/211.448, e-mail: mail@ddi.ro

ddi[®]
derom dental
international

HIGH 5



FIFTH CONGRESS OF THE EUROPEAN SOCIETY
OF MICROSCOPE DENTISTRY

April 21-23, 2016
Vilnius, Lithuania
Kempinski Hotel Cathedral Square



**ZÂMBETUL TĂU ESTE MAI PUTERNIC
DECÂT CREZI!**



NOU
LISTERINE
Advanced White
DINȚI MAI ALBI
ÎN DOĂR 2 SĂPTĂMÂNI

CONFERINȚE /
WORKSHOP-URI /
ACTUALITĂȚI LEGISLATIVE /
COMUNICĂRI /

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

LECTORI

Rareș Buduru
Smaranda Buduru
Hadar Better, *Israel, lector FDI*
Dragoș Epistatu
Ligia Stanca Muntianu
Sergiu Mureșan
Sergiu Nicola
Joseph Nissan, *Israel*
Oscar von Stetten, *Germania, lector FDI*
Ștefan Ioan Stratul
Sebastian Șoicu
Roland Török, *Germania*
Liviu Zetu

HANDS ON

- 3**
MARTIE Full mouth reconstruction pornind de la edentația totală
Conf. Dr. Ligia Stanca Muntianu
- 4**
MARTIE Tehnici directe de refacere a morfologiei pe zona posterioară
Dr. Sergiu Mureșan
- 4**
MARTIE Take out the myth of Apexlocation and canal enlargement with the Morita OTR system.
MORITA
- 5**
MARTIE Tratatamentul mecanic prin mișcarea de reciprocitate - VDW Reciproc
Dr. Sergiu Nicola

Congresul "Zilele paro-protetice ale AMSPPR" - ediția XXII
face parte din Programul de Educație Continuă
al Federației Dentare Internaționale (FDI)

CONTRIBUȚIE DE PARTICIPARE

Până la 20 februarie

- 250 lei - membri AMSPPR
- 350 lei - nemembri
- 250 lei - medici rezidenți
 - medici în primii 3 ani de activitate
 - pensionari
- 100 lei - studenți

După 20 februarie

- 350 lei - membri AMSPPR
- 450 lei - nemembri
- 300 lei - medici rezidenți,
medici în primii 3 ani de activitate,
pensionari
- 100 lei - studenți

CONTRIBUȚIA DE PARTICIPARE SE ACHITĂ

prin transfer bancar în contul AMSPPR: nr. RO31 RNCB 0074 0292 1527 0001 BCR Sector 3, cod fiscal 5330891
sau online: www.dental.ro/plata-online/
(Pentru facturare - datele de identificare ale plătitorului se vor trimite pe adresa: amsppr@dental.ro)

Calea Dorobanților, nr. 50B, București
detalii pe www.dental.ro și telefon: 0722 365 753; 021 323 99 69
Dosarul congresului este deus la CMDR pentru creditare.

organizatori



GOLD sponsor



SILVER sponsor



DENTAL EVENTS CALENDAR

partener media

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI



Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR



HANDS ON

Conf. Dr. Ligia Stanca Muntianu

Full mouth reconstruction pornind de la edentația totală

3

MARTIE

PARTE TEORETICĂ

- Transmiterea datelor cu arc facial
- Înregistrarea grafică a RC și a mișcărilor mandibulare
- Reabilitări protetice pe implanturi
- Analiza spațiului protetic disponibil în realizarea planului de tratament
- Stabilirea axei de inserție și dezinsertie a unei reabilitări protetice pe implanturi

DEMONSTRAȚIE PRACTICĂ ȘI HANDS ON

- Montarea arcului facial și înregistrarea datelor
- Înregistrarea grafică a RC și a mișcărilor mandibulare utilizând centrofizul



Hands on ul se va desfasura la hotelul Marshal Garden

Număr de locuri limitate | Contribuția de participare: 800 lei

Înscrierea la hands on este condiționată de înscrierea la congres;

Contribuția de participare la congres pentru medicii care se înscriu la hands on este de 150 lei;

Înscrieri și informații suplimentare: amsppr@dental.ro; 0722 365 753

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI



Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR

HANDS ON

Workshop endodonție MORITA

Take out the myth of Apexlocation and canal enlargement with the Morita OTR system.

ORA 10.00-13.00

4

MARTIE

Participanții sunt rugați să aducă dinți extrasi cu un canal obturat (ideal, molar inferior cu canalul distal obturat).

La sfârșitul workshopului fiecare participant va primi un set de ace OTR (NiTi, echivalent a 28 eur), gratuit.



Număr de locuri limitate

Contribuția de participare: 200 lei

Înscrierea la hands on este condiționată de înscrierea la congres

Contribuția de participare la congres pentru medicii care se înscriu la hands on este de 150 lei

Înscrieri și informații suplimentare: amsppr@dental.ro; 0722 365 753



MORITA

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR



WORKSHOP

Dr. Sergiu MUREȘAN

Tratamentul mecanic prin mișcarea de reciprocitate - VDW Reciproc

ORA 10.00

4

MARTIE

Tratamentul leziunilor carioase pe zona posterioară reprezintă o parte importantă a practicii de zi cu zi a fiecărui medic stomatolog. Dezvoltarea rășinilor compozite și a sistemelor adezive a permis restaurarea directă a acestor leziuni într-o manieră estetică și minim invazivă. Cu toate acestea, refacerea corectă a morfologiei ocluzale, a suprafeței de contact, finisarea și integrarea estetică rămâne o provocare în practica noastră cotidiană.

Workshop-ul își propune să descrie și să ilustreze etapele de urmat pentru obținerea unor restaurări directe corecte din compozit pe zona posterioară.



Workshopul se va desfășura la sediul GC EEO - România
str. Gen. Nicolae C. Dona, nr. 22-24, et. 1, ap. 13, sector 1, interfon 13

Număr de locuri limitate | Contribuția de participare: 450 lei
Înscrierea la workshop este condiționată de înscrierea la congres.
Contribuția de participare la congres pentru medicii
care se înscriu la workshop este de 150 lei

Înscrieri și informații suplimentare: amsppr@dental.ro; 0722 365 753

partener

GC

3-5 martie 2016
HOTEL MARSHAL GARDEN
BUCUREȘTI

Congresul de
Paro-Protetică
al AMSPPR



HANDS ON

Dr. Sergiu Nicola

Tratamentul mecanic prin mișcarea de reciprocitate - VDW Reciproc

ORA 10.00

5
MARTIE

- Mișcarea reciprocă vs. mișcarea în rotație continuă - beneficii
- Tratamentul mecanic cu sistemul VDW Reciproc principii teoretice și practice
- Obturația de canal cu conuri calibrate VDW Reciproc



Hands on-ul se va desfășura la hotelul Marshal Garden

Număr de locuri limitate

Contribuția de participare: 450 lei

Înscrierea la hands on este condiționată de înscrierea la congres

**Contribuția de participare la congres pentru medicii care se înscriu
la hands on este de 150 lei**

Înscrieri și informații suplimentare: amsppr@dental.ro; 0722 365 753

parteneri

ddi[®]
derom dental
international

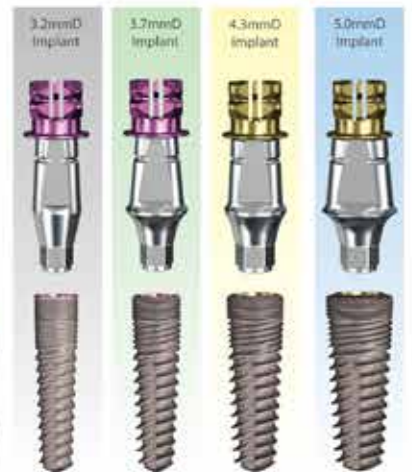
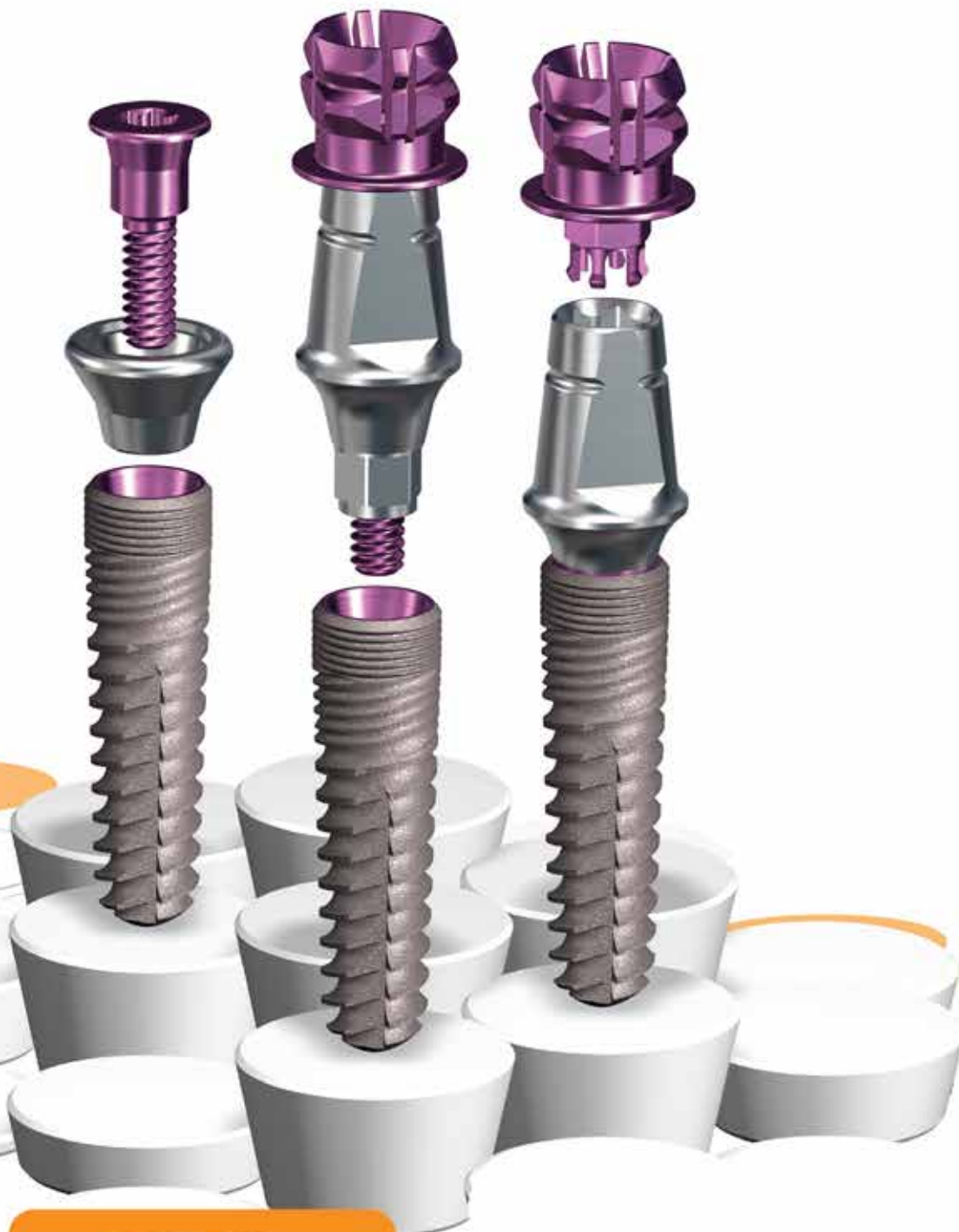
VDW[®]

TI PLATINUM

TI PLATINUM IMPLANT & DENTAL SUPPORT

Vă prezintă

InterActive™ System



Pentru informații:

Sonya Mihuț

0723.383.910

Dorel Danci

0729.006.222

Implant Direct
simply smarter.



InterActive™
12° Conical
Hex Connection



Spectra™
Proprietary Internal
Hex Connection



Legacy™
Internal
Hex Connection



Swish™
Internal
Octagon Connection



RePlant™
Internal
Tri-Lobe Connection

SINUSLIFT INTERN MINIM INVAZIV CU AJUTORUL FREZELOR CALIBRATE

CRESTAL APPROACH SINUS KIT

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Sinuslift intern minim invaziv



Dr. Roland Török

Autori:
Roland Török
Bianca Török
Alexandru Bucur

REZUMAT

În trecut au fost descrise multe metode prin care se poate aborda cavitatea sinusului maxilar, cum ar fi sinus-lift deschis descris de Hält Tatum, unde sinusul se abordează endo-bucal printr-o fereastră creată lateral în peretele osos lateral al sinusului maxilar după decolarea unui lambou muco-periostal și se creează un spațiu de regenerare osoasă prin „lifting” = elevarea membranei Schneideriene spre cranial, spațiu care se umple cu material de augmentație. Mai târziu Summers a descris o metodă mai puțin invazivă pentru elevarea mucoasei sinusale prin abordarea cavității sinusului la nivelul crestei alveolare, la nivelul căreia se face o osteotomie cu ajutorul frezelor până la 1 mm de planșeul sinusal care apoi se fracturează cu osteotoame speciale calibrate și se împinge membrana schneideriană spre cranial cu ajutorul acestor instrumente după care se pot insera implantele în aceeași ședință chirurgicală. Această metodă este limitată și se recomandă o ridicare maximă a mucoasei (pentru pacient este neplăcută abordarea) cu ajutorul osteotoamelor prin lovituri de ciocan.

În studiul metodei abordării cavității sinusale cu ajutorul CAS Kit vom încerca să prezentăm avantajele și dezavantajele acestei metode care ne asigură o abordare crestală a sinusului cu ajutorul unor freze speciale cât și elevarea membranei Schneideriene prin presiune hidrolică.

INTRODUCERE

Multiplele metode descrise în procedeele de sinus-lift au determinat o perfecționare permanentă a metodelor chirurgicale și se pare că astăzi putem aborda crestal sinusul maxilar cu inserarea concomitentă a implantelor la o grosime osoasă a crestei edentate laterale maxilare de numai 4 mm.

Prin metoda CAS Kit suntem limitați, dacă lățimea crestei este de sub 8mm, atunci recomandăm efectuarea unui sinus lift deschis cu augmentare concomitentă a pereților alveolari în direcția laterală.

Avantajul major al acestei metode este confortul pacientului în timpul și după intervenția chirurgicală cât și posibilitatea controlului integrității membranei Schneideriene în timpul intervenției chirurgicale



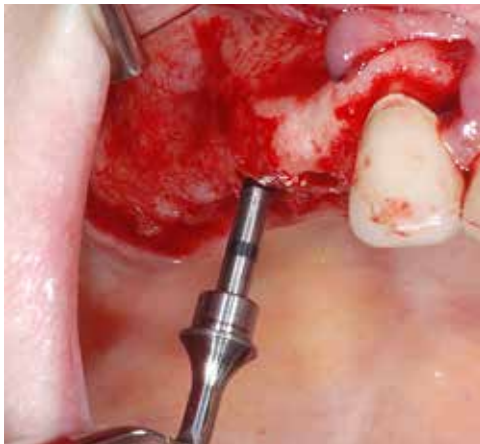
METODĂ ȘI MATERIALE

Abordarea sinusului se face printr-un lambou mucoperiostal după incizia paracrestală mediană. Dacă creasta alveolară are o lățime de minim 8mm prepararea lamboului va fi cât mai minimă pentru a nu denuda peretele osos vestibular al sinusului.

După măsurarea exactă a grosimii osoase alveolare cu ajutorul unei ortopantomografii, DVT sau CT se face osteotomia cu freza pilot cu un stopper până la 1 mm de planșeul sinusal.

Apoi toate frezele cu diametre de la 2,8 până la 4,1mm vor fi folosite exclusiv cu stopperele din kit, cu prima freză de 2,8 vom merge pas cu pas până la perforarea planșeului sinusal iar lungimea finală o vom menține pentru toate frezele până la osteotomia finală pentru a nu penetra prea adânc în sinus și a reduce riscul lezării membranei sinusale.

Diferența dintre frezele acestui kit și frezele normale folosite în osteotomia în scopul inserării unui implant este geometria lor, care spre deosebire de frezele din trayurile implantologice, spanul osos provenit din forare este împins spre vârful activ al frezei și de aceea în momentul în care perforăm planșeul sinusal membrana nu va fi lezată de vârful activ al frezei de osteotomie



După prepararea osteotomieii până la diametrul dorit în scopul inserției implantului se trece la elevarea mucoasei sinusale cu ajutorul unei seringi sterile de unică folosință, tubului de silicon și capul activ care se aplică pe orificiul creat anterior prin osteotomie. Pentru a ridica membrana se umple siringa cu ser fiziologic steril cu un volum prestabilit, se aplică piesa de silicon cu presiune pe orificiul osteotomieii, după care se injectează serul în sinus cu o presiune moderată.



După îndepărtarea piesei de silicon fluidul injectat se va scurge în cavitatea bucală, dacă nu, înseamnă că membrana Schneideriană este perforată și se va trece la deschiderea laterală a sinusului cu acoperirea perforației și augmentarea sinusului prin tehnica FISH.

Membrana fiind intactă se trece la augmentarea sinusului prin cavitatea creată anterior cu ajutorul aplicatorului de material de augmentare fără a exercita presiune



Materialele de augmentat folosite în cazurile rezolvate cu ajutorul CAS Kit au fost un amestec de os xenogen și alogen în proporție de 50%/50% în combinație cu lichid obținut prin metoda de centrifugare L-PRF.

Implantele au fost inserate după augmentare și în cazurile unde grosimea peretelui osos vestibular a fost sub 2 mm s-a augmentat și această regiune.



Regiunea augmentată a fost acoperită cu membrane PRF și cu membrane de colagen cu un timp de resorbție de 4 luni



În toate cazurile operate după acest protocol s-a trecut la deschiderea implantelor și rezolvarea protetică a cazurilor după 4 luni.

DISCUȚII

Această metodă a fost aplicată în 67 de cazuri, unde într-un singur caz membrana sinusală a fost perforată și cazul a fost rezolvat prin metoda sinus-lift deschis în aceeași intervenție. Pacienții au prezentat edeme mult mai reduse după intervenție și în două cazuri au apărut hematoame postchirurgicale care au dispărut în interval de 5 până la 7 zile după tratamentul local cu unguent pe bază de heparină.

Amestecul materialelor de augmentat folosite ne ajută prin materialul alogen în combinație cu PRF (Plated Rich Fibrin) să realizăm o regenerare osoasă rapidă iar materialul xenogen ne asigură stabilitatea volumetrică pe termen lung a osului nou format.

CONCLUZII

Rata de succes de 97% ne arată că această metodă este sigură și foarte bine tolerată, prezentând o morbiditate mult mai redusă a pacienților tratați prin metoda descrisă anterior. Timpul operator este mai scăzut și riscul perforării membranei Schneideriene este redus.

Experiența noastră cu acest procedeu arată că există alternative la metoda sinus liftului închis descrisă de Summers cu ajutorul osteotoamelor care sunt împinse în cavitatea sinusală cu ajutorul loviturilor de ciocan ce presupune o experiență mare a chirurgului.

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Sinuslift intern minim invaziv

BIBLIOGRAFIE

Orale Implantologie 2011

FISH-Technik und Angioselektivität

Neues aus der Welt der Kollagenmembranen
D. Rothamel¹, R. Torök², J. Neugebauer^{1,3},
T. Fienitz¹, M. Scheer¹, M. Kreppel¹, R. Mischkowski^{1,4}, J. Zöller¹

¹Universitätsklinikum Köln, Klinik für Mund-, Kiefer und Platische Gesichtschirurgie und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie ² Privatpraxis, Nürnberg ³ Praxis für Zahnheilkunde Landsberg am Lech, Landsberg am Lech

⁴ Klinikum der Stadt Ludwigshafen, Klinik für Mund-, Kiefer und Platische Gesichtschirurgie

J Periodontol. 2009 Dec;80(12):2056-64.

Sinus floor augmentation with simultaneous implant placement using Choukroun's platelet-rich fibrin as the sole grafting material: a radiologic and histologic study at 6 months.

Mazor Z, Horowitz RA, Del Corso M, Prasad HS, Rohrer MD, Dohan Ehrenfest DM.

Eur J Oral Implantol. 2010 Autumn;3(3):221-32.

Crestal sinus lift for implant rehabilitation: a randomised clinical trial comparing the Cosci and the Summers techniques. A preliminary report on complications and patient reference.

Checchi L, Felice P, Antonini ES, Cosci F, Pellegrino G, Esposito M.

Rev Belge Med Dent (1984). 2001;56(2):107-24.

[Less invasive sinus lift using the technique of Summers modified by Lazzara].

[Article in French]

Defrancq J, Vanassche B.

Rev. de Chirurgie Oro-maxilo-Faciala 2011 Nr.1

Benefits of bone augmentation with lyophilized bone blocks in sinus lift

(Article in Rumanian)

Roland Török, Mihai-Bogdan Bucur, Gabriela Tanase

Minerva Stomatol. 2000 Jul-Aug; 49 (7-8): 369-81.

[Maxillary sinus surgical lift. Summers' te-

chnique versus lateral surgical approach].

[Article in Italian]

D'Amato S, Borriello C, Tartaro G, Itrò A.

Dent Clin North Am. 2012 Jan;56(1):219-33, x.
Sinus lift procedures: an overview of current techniques.

Stern A, Green J.

Implant Dent. 2011 Dec;20(6):476-9.

Survival rates of implants inserted in the maxillary sinus area by internal or external approach.

Uçkan S, Tamer Y, Deniz K.

Implant Dent. 2011 Dec;20(6):439-44.

Crestal sinus lift with sequential drills and simultaneous implant placement in sites with <5 mm of native bone: a multicenter retrospective study.

Bernardello F, Righi D, Cosci F, Bozzoli P, Carlo MS, Spinato S.

Curr Pharm Biotechnol. 2011 Jul 8. [Epub ahead of print]

Current Knowledge and Perspectives for the Use of Platelet-Rich Plasma (PRP) and Pla-

EDUCAȚIE PROFESIONALĂ

Sinuslift intern minim invaziv

telet-Rich Fibrin (PRF) in Oral and Maxillo-facial Surgery. Part 2: Bone Graft, Implant and Reconstructive Surgery.

Simonpieri A, Del Corso M, Vervelle A, Jimbo R, Inchingolo F, Sammartino G, Dohan Ehrenfest DM.

Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 Aug;40(8):815-20. Epub 2011 May 18.

Evaluation of the capability of a new water lift system to reduce the risk of Schneiderian membrane perforation during sinus elevation.

Bensaha T.

redlds
luxury dental services

"Luxury Dental Clinics" promovează clinicile dentare de top care folosesc exclusiv Hu-Friedy, liderul mondial în instrumentar dentar.

Felicitări medicinei dentare românești!

"Luxury Dental Clinics" promotes top quality dental clinics that are exclusively using Hu-Friedy, the world leader in dental instruments.

Congratulations to Romanian dentistry!

Hu-Friedy

How the best perform

red

RESOURCES FOR
EXCELLENCE
IN DENTISTRY

www.redlds.ro

www.redinternational.ro

NEXT GENERATION OF ENDODONTICS

Revolutionary Technology
of Root Canal Procedures

FluidFile

Endo Technology

NEW METHOD OF ROOT CANAL CLEANING PROCESS
IMPROVING & REDUCING CHAIR TIME

All-in-One: 4 steps in 1 procedure in Less than 35-40 sec per single root canal
Cleaning > Widening > Irrigation > Disinfection

- ✓ **No Files or Drills**
- ✓ **Maximum Accessibility & Effectiveness** to different and complicated root canal types and shapes
- ✓ **No Smear Layer**, No grooves and compression debris in canal walls
- ✓ **Close to 100% Cleaning of Canal Surface** maximum surface cleaning & liquid penetration into complicated root canal surface area
- ✓ **3D Cleaning & Widening** of natural canal shape
- ✓ **Controlled Canal Widening** - minimal tooth weakening
- ✓ **Low Cost:** \$15 per root canal
- ✓ **Mild Disinfection** Bacteria disinfection with less concentrated solution
- ✓ **Minimum Tooth Opening** Preserves the tooth and prevents crown
- ✓ **Patents:** Internationally patented device & procedure

A group of dentists is forming for investment in FluidFile Company

For more information contact: Amnon Dar-Lifshitz, Founder & CEO

Phone: +972-54-826-1900 | Email: info@FluidFile-Endo.com

10 Havatzelet Ha'Sharon, Herzliya Pituach, ISRAEL

Congresul Asociației Dentare Israeliene (IDA)

ACTUALITĂȚI

Am avut onoarea de a participa în calitate de invitat de onoare al Asociației Dentare Israeliene, la Tel-Aviv, la Congresul Științific al IDA în perioada 12-13 noiembrie 2015. Manifestarea fiind evenimentul cel mai important din domeniul medical dentar din Israel, a reunit în aceeași locație lectori de renume cu expuneri interesante, o expoziție a firmelor de specialitate care și-au prezentat ofertele, fiind în același timp o modalitate de a îmbina utilul cu plăcutul în domeniul nostru.

În urma parteneriatului încheiat între AMSPPR cu Asociația Dentară Israeliană a

fost posibil acest schimb de experiență, iar în martie la Congresul de paro-protecție al AMSPPR îl vom avea invitat pe Prof. Joseph Nissan în baza aceluiși parteneriat.

Le mulțumesc și îi felicit pe această cale pe organizatorii evenimentului, dr. Itzhak Chen – Președinte al IDA, dr. Mendel Segal – Președinte al Comitetului Central al IDA.

Îmi exprim speranța că vizitele acestea să fie baza unei colaborări pe termen lung între cele două asociații profesionale.

Dr. Vlad Cristian Deac



Deschiderea Congresului



Aspecte din sală



De la stânga spre dreapta
dr. Mendel Segal, dr. Vlad Deac, dr. Zighi Zilberman.



Aspecte din expoziție



Aspecte din expoziție



Aspecte din expoziție

CEREC.

SOLUȚIE COMPLETĂ DE CABINET



Restaurări protetice
într-o singură ședință,
în 3 pași simpli:

AMPRENTARE DIGITALĂ



DESIGN



PRODUCȚIE



SIRONA VĂ AȘTEAPTĂ ÎN SHOWROOM!

Vă invităm în SHOWROOM-ul SIRONA din București pentru a lua parte la o demonstrație live a sistemului CEREC și a vă convinge de beneficiile acestuia.

Contact:
stefan.tataru@sirona.com
0737 028 111
Str. Vulturilor 98A, parter, sector 3, București.

SIRONA.COM

The Dental Company

sirona.

De unde învățăm online?

DE UNDE INVĂȚĂM

Dincolo de cursurile și workshopurile organizate de asociațiile și societățile profesionale din întreaga țară sau internațional, sunt și modalități online de educație. Chiar dacă acestea nu sunt supuse reglementărilor privind educația medicală continuă a CMDR, merită un pic de atenție fie și din perspectiva diversificării cunoștințelor privind practica colegilor noștri. Câteodată, și din ce în ce mai mult în ultima perioadă, socializarea online (pe internet pentru circotașii neologismelor tehnice din engleză) își spune cuvântul și într-un mod util. Așadar, iată câteva variante de educație online.

Comunitatea Eugenol

Site: www.eugenol.ro

Un forum de discuții, și nu numai, unde puteți găsi foarte multe informații utile, discuții interesante din cadrul profesiei, articole, recenzii diverse de la cărți la materiale ori instrumentar și aparatură. Accesul pe Eugenol se face constituindu-vă un cont gratuit pe site și apoi autentificându-vă online aveți acces la informație.



Grup Nexus

Site:

www.facebook.com/groups/kendonexus

Nexus este un grup de discuții închis, pentru profesioniștii din domeniul stomatologic. Aici puteți găsi articole interesante, discuții, filmulețe sau chiar reclame la diverse produse. Accesul pe grup se face autentificându-vă din contul personal de facebook la adresa menționată mai sus, apoi solicitând înscrierea în grup prin butonul existent în pagină.



Revista online Up-to-date Magazine

Site: <http://uptodatemagazine.ro>

Primul număr al acestei reviste a ieșit online de foarte puțin timp. Aici găsiți prezentări interesante, cazuri rezolvate, manifestări științifice la care puteți participa național și internațional, interviuri. Poate fi accesată pe site-ul revistei fără o autentificare suplimentară. Este o revistă nou apărută pe piață și îi dorim mult succes!



Akademia Eugenol (Ake)

Grup pe facebook. Poți deveni membru solicitând membrilor Ake înscrierea.



Dr. Vlad Cristian Deac

up-to-date

Nr. 1/2016

www.uptodatemagazine.ro

Dental Art

Restaurari directe minim invazive in
zona anterioara intr-o singura sedinta

Augmentarea osoasa
Tehnica Khoury

Endodontie minim invaziva
concepte contemporane

Restaurari directe
in zona anterioara

Fatetele dentare
pe masa refractara

Planificarea tratamentului endodontic

Dificultati in atingerea armoniei gingivale

Eugenol

Al 2-lea capitol dintr-o poveste frumoasă

OPINII

Decembrie 2006. Eram un tânăr student al Facultății de Medicină Dentară cu multă sete de cunoștințe. În plină iarnă, după un curs lung, într-o vineri, mă abordează un coleg: „Trebuie neapărat să-ți faci un cont pe Eugenol”. După sutele de întrebări adresate ajung acasă, deschid calculatorul și mă pregătesc să iau parte, fără să știu atunci, la ceva mareț. Îmi fac cont pe Eugenol. O comunitate de medici dentiști foarte bine structurată și pusă la punct. Descopăr acolo o lume nouă. Medici care pun o grămadă de întrebări, medici care își arată cazurile de zi cu zi, cu bune cu rele, medici care își rup din timpul lor prețios pentru a posta învățături prețioase și medici bine documentați care își motivau răspunsurile prin studii de specialitate și foarte actuale.

Cred că mi-a luat vreo două luni bune să mă pun la curent cu tot ce era scris până atunci pe forum, zi și noapte, când prindeam puțin timp liber, eram pe Eugenol. După ce mi-am lămurit unele probleme am început să postez cazuri personale. Am rămas plăcut surprins să văd că medici de renume își rupeau din timpul lor să se uite peste cazurile mele, să îmi spună ce am greșit, de ce sau cu ce, și să îmi ofere sfaturi, texte, tips&trick-uri personale pentru a putea evolua.

A venit timpul în care a început să mă pasioneze serios endodonția și în care știam că o să ajung să fac doar endodonție. Cu ajutorul Eugenolului am reușit să ma documentez corespunzător, să cresc în evoluție de la caz la caz și să beneficiaz de mici ghionturi în direcția cea bună.

Timpul a trecut și, din păcate, cu evoluția rețelelor sociale care au acaparat grupurile de discuții, Eugenolul a intrat într-o perioadă de stagnare. A rămas același forum plin de informații prețioase și oameni binevoitori, dar a devenit accesat de tot mai puțină lume. Medicii sau studenții novici au găsit mai la îndemână probabil rețelele sociale decât forumurile. Dar Eugenolul și spiritul său, acela de a ajuta pe oricine dorește să învețe, a rămas în noi, în generația care a fost formată de Eugenol.



Astfel, când poate multă lume credea că Eugenolul s-a stins, a apărut nostalgia vremurilor în care ne petreceam nopțile în fața ecranelor discutând cazuri cu noii noștri prieteni virtuali. Așadar s-a trecut repede la treabă. Dacă rețelele sociale sunt la modă, cu ajutorul lor s-a creat un grup populat uluitor de repede cu membrii Eugenol. S-a discutat despre acel spirit al Eugenolului și în foarte scurt timp s-a pus la cale organizarea unei întâlniri sub egida Eugenol în care medici și-au rupt din timpul lor pentru a împărtăși din cunoștințele lor, fără nici un folos material, celor dornici de cunoaștere, așa cum au fost și ei cândva.

Așa a luat ființa prima întâlnire Eugenol, la Hunedoara, în data de 19 decembrie 2015. Colegul nostru, Ștefan Uscat s-a ocupat impecabil de organizare ținând cont că totul s-a făcut într-un entuziasm și avânt de nedescris. Și-au anunțat disponibilitatea Victor Dragoș Stănciulescu din Timișoara, Radu Brata din Cluj, Vlad Lup din Oradea și Sorin Sirbu din București. Ajunși în Hunedoara am rămas impresionați. Ne așteptam să fie interes dar cred că nici unul din noi nu se aștepta la asemenea interes. Sala s-a umplut în câteva zile de la mediatizarea evenimentului și cererile au continuat să vină. Am avut participanți din toate colțurile țării, medici și studenți, toți entuziaști și cu sete de cunoaștere. Cu toții au rezistat eroic, o zi întreagă, în care au fost bombardati din toate părțile cu informații care mai de care mai prețioase. Toată lumea s-a simțit bine, toată lumea a fost fericită, dar poate cea mai mare surpriză a fost prezența la eveniment a fondatorului Eugenol. Mulți dintre noi l-am cunoscut personal pentru prima dată și împreună am stat și am depănat amintiri din așa zisa perioadă de grație a Eugenolului.

Weekendul și ziua de curs a trecut poate prea repede pentru noi. Am plecat mulțumiți, satisfăcuți și cu dorința de ceva mai mult. Cu încredere că întâlnirile Eugenol vor căpăta amploare, în diferite zone ale țării, cu cât mai mulți lectori valoroși, pentru ca informația de valoare să ajungă tuturor care o vor, pășim încet într-un nou capitol a unei povești atât de frumoase că e și păcat să se termine vreodată.

Dr. Vlad Lup



PENTRU DINȚI CURAȚI ȘI SĂNĂTOȘI



Secretul unui zâmbet sănătos nu mai este de mult un secret. De fapt, este foarte simplu: tot ce trebuie să faci este să urmezi cei 4 pași esențiali care compun ritualul îngrijirii orale:

pasul 1

Periază-ți dinții de două ori pe zi

Cu toate acestea, nu te spăla imediat după expunerea smalțului dinților la acizii care se găsesc în anumite alimente sau băuturi.

pasul 2

Ai grijă de dinții tăi și când ești în mișcare

Asigură-te că îți păstrezi obiceiurile sănătoase și atunci când ai o zi aglomerată sau când călătorești: mestecă gumă fără zahăr după orice masă sau gustare.

pasul 3

Mergi la medicul dentist în mod regulat

Este foarte important să mergi la un control stomatologic cel puțin o dată pe an. Astfel, medicul stomatolog va putea să identifice probleme de sănătate din timp.

pasul 4

Adoptă o dietă echilibrată și sănătoasă

Cea mai bună rețetă pentru dinți sănătoși este o dietă echilibrată! Mănâncă fructe și legume, dar evită expunerea îndelungată a dinților la substanțe acide, pentru a preveni eroziunea smalțului.

Beneficiile gumei de mestecat fără zahăr și sănătatea dinților

Guma de mestecat fără zahăr stimulează producția de salivă și susține rolul ei în igiena orală, contribuind la prevenirea apariției cariilor:

- Elimină resturile de mâncare din gură și zaharurile;
- Neutralizează acizii;
- Previne demineralizarea smalțului.



Admira® Fusion – Primul material restaurativ pur ceramic

Cu Admira Fusion VOCO prezintă primul material restaurativ universal pur ceramic. Acest lucru a fost posibil prin inovația de a combina tehnologia nano-hibridă deja certificată, cu cea ORMOCER® elaborată în colaborare cu Institutul Fraunhofer pentru Cercetare în Silicate ISC.

Lansând la începutul anilor 1999 Admira, primul sistem restaurativ bazat pe ORMOCER® -i urmat în anul 2003 de Grandio, primul compozit nanohibrid, cercetări intensive au făcut posibilă pentru VOCO combinarea avantajelor acestor două sisteme restaurative. Oxidul de siliciu este compusul chimic de bază al noului compozit nanohibrid ORMOCER® Admira Fusion, nu numai la nivelul particulelor de umplutură ci și - și aceasta reprezintă realizarea inovativă - la nivelul matricii organice. Această tehnologie unică pur silicată oferă o serie de avantaje remarcabile cum ar fi faptul că Admira Fusion, prin comparație cu alte materiale compozite disponibile pe piață, are cea mai redusă contracție de polimerizare (1.25% din volum) și cuplat cu aceasta un stres de contracție foarte redus.

ORMOCER®ii (Cermică Modificată Organic) utilizați în producerea compozitului Admira Fusion îi conferă o mare biocompatibilitate, deoarece nu are în compoziție monomer clasic, care ar putea rămâne nepolimerizat. Compozitul fotopolimerizabil, radioopac, nanohibrid ORMOCER® are 84%(din masă) conținut de particule anorganice de umplu-

tură și acoperă un spectru larg de indicații. Acestea includ printre altele: obturații de clasa I-V, lineri pentru cavitățile de clasa I și II, reconstrucția dinților anteriori afectați traumatic, imobilizarea dinților mobili, sigilarea extinsă a fisurilor, reconstituirea bonturilor dentare și fabricarea de inlay-uri compozite. Stabilitatea coloristică deosebit de înaltă îi conferă un avantaj adițional permițându-i o utilizare absolut universală - pentru cele mai înalte cerințe atât în regiunea anterioară cât și în cea posterioară. Fiind un material foarte omogen, oferă o manipulare deosebit de facilă și este compatibil cu toate sistemele adezive convenționale.

Sistemul restaurativ este completat de Admira Fusion x-tra, care permite aplicarea în straturi cu o grosime de până la 4 mm asigurând aceleași proprietăți fizice. Versiunea rapidă, convinge de asemenea printr-un nivel scăzut de contracție de polimerizare precum și o biocompatibilitate deosebită. Nuanța universală U simplifică și mai mult manipularea, deoarece asigură rezultate estetice în zona posterioară, adaptându-se prin efectul cameleon la țesuturile dentare învecinate. Admira Fusion și Admira Fusion x-tra sunt disponibile în seringi rotative precum și în capsule pentru aplicarea directă.

Producător: VOCO GmbH,
Anton-Flettner-Straße 1-3,
27472 Cuxhaven, Germania,
www.voco.com,
info@voco.com

den ta

ORĂDEANĂ 2016

Congres de MEDICINĂ DENTARĂ

Creditat cu 24 puncte EMC

Oradea Trade Center 11 - 13 martie

Lectori:

Conf. univ. Dr. Simion Bran

Conf. univ. Dr. Cristian Rațiu

Conf. univ. Dr. Horațiu Rotaru

Șef lucr. Dr. Dan Bonta

Șef lucr. Dr. Smaranda Buduru

Șef lucr. Dr. Sanda Cîmpean

Șef lucr. Dr. Anca Porumb

Dr. Rareș Buduru

invitat: Dr. Carlo Gobbo - președinte Hospitadella Medical Center, Milano

**Prezentări orale, postere, hands-on, masă rotundă,
expoziție de materiale, tombolă**

Program complet: www.cmdbh.ro

Taxa de participare: 270 ron până la data de 1 martie 2016
330 ron după data de mai sus

Informații și înscrieri: secretariat CMDDBH tel. 0359.431029



den ta

ORĂDEANĂ 2016

Congres de MEDICINĂ DENTARĂ

Creditat cu 24 puncte EMC

Oradea Trade Center 11 - 13 martie

Vineri 11 martie

Hands-on: Dr. Mihnea Cafadaru

*Realizarea de restaurări estetice cu tehnica
Style Italiano a unei cavitați de clasa I,
începând de la diga, demineralizant, adeziv,
material compozit, până la pigmenți.*



Nr maxim de persoane: 15

Taxa hands-on 200 lei

Sâmbătă 12 martie

Hands-on: Dr. Cristina Mindrescu

*Precizia amprentării cu Variotime
și Dynamix speed*



Nr maxim de persoane: 20

Taxa hands-on 100 lei

Informații și înscrieri: secretariat CMDDBH tel. 0359.431029

Giordano Bruno și Desiderius Erasmus

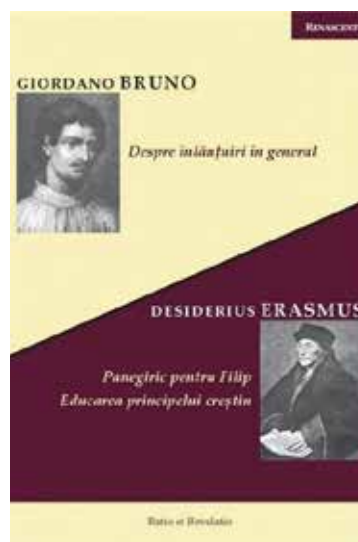
Editura Ratio et Revelatio Oradea

RECENZII

Doi mari filosofi în același volum, de la editura Ratio et Revelatio Oradea. Unul executat pentru opinii împotriva Bisericii Catolice și tot ceea ce reprezintă fundamentul creștinismului, fiind acuzat de divinație și magie. Celălalt, cunoscut pentru susținerea nevoii de reformare a bisericii, dar totodată afișând o atitudine moderată, adept al liberului arbitru și toleranței religioase.

Despre înlănțuiri în general. Bruno a scris lucrarea în 1588. O lucrare de referință, care arată într-un limbaj foarte accesibil legăturile ce se formează în natură, între diversele entități. Interrelaționarea expusă de Bruno este caracterizată de I.P. Culiianu ca fiind un veritabil manual de manipulare, nimeni și nimic nescăpând de înlănțuiri sub o formă sau alta. Traducerea și expunerea în limba română este una bună, editura Ratio et Revelatio aducând în prim-planul editorial românesc mai multe lucrări interesante.

Panegiricul pentru Filip și Educarea principelui creștin, lucrare a lui Erasmus (cunoscut și ca Erasmus din Rotterdam) aduce



în fața cititorului câteva principii interesante și importante ale educației unui principe, nefiind străină metoda de înlănțuirii de care ne vorbește Bruno în tratatul despre înlănțuiri. Felul în care încearcă modelarea lui Filip este acela de a aduce un elogiu amplu și apoi principii de educație a unui cap încoronat.

Dr. Vlad Cristian Deac

SPONSORI AMSPPR



DENTA

Expoziție internațională de produse și echipamente
pentru medicină și tehnică dentară

14 - 16 APRILIE 2016

ROMEXPO
www.denta.ro



Organizator:



Partener:



CRITERII DE PUBLICARE ÎN REVISTĂ

Revista AMSPPR având o tradiție a unei apariții regulate de peste 18 ani, îmbracă haine noi începând cu anul 2013. Începând cu numărul 3 / 2013 revista Viața Stomatologică este DENTALIFE.

Nu putem să nu ținem cont de realitățile stomatologiei mondiale și nu putem ignora evoluția societății românești în ultimii ani, dar mai ales ca membră UE. DENTALIFE nu este doar o revistă. Ea reprezintă vocea, opinia, dilema, soluția, întrebările, răspunsurile, știința practicianului privat din țara noastră. Având toate aceste aspecte în vedere, dorim ca revista să reflecte viața stomatologică actuală, atât din punct de vedere științific și profesional cât și de hobby și timp liber la un standard înalt. Având în vedere viziunea noastră asupra acestei publicații, pentru cei care doresc să publice articole în revistă, mai jos găsim criteriile tehnice de publicare.

DATE TEHNICE DESPRE REVISTĂ

Tradiție:

Revista AMSPPR DENTALIFE o apariție regulată cu vechime de 18 ani. Imprimare: calitate deosebită a imprimării, full-color, aprox. 50 pagini A4, 4 coperte plastifiate I.S.S.N.: 1454-5772.

Distribuție:

națională, gratuită în toate județele; de asemenea, se distribuie la expozițiile la care participă AMSPPR, la Congresul AMSPPR; într-un ambalaj de plastic astfel încât să nu fie deteriorate până la destinatar.

Conținut:

actualități legate de practica dentară, opinii ale practicienilor, articole științifice (studii de caz, statistici), prezentări de produse de uz stomatologic, activitate internațională, manifestări științifice, oferte produse, recenzii de carte, probleme legale, interviuri, alte aspecte de interes.

Piața țintă:

medicii dentiști, studenții stomatologi, tehnicienii dentari, asistenții de stomatologie, autorități.

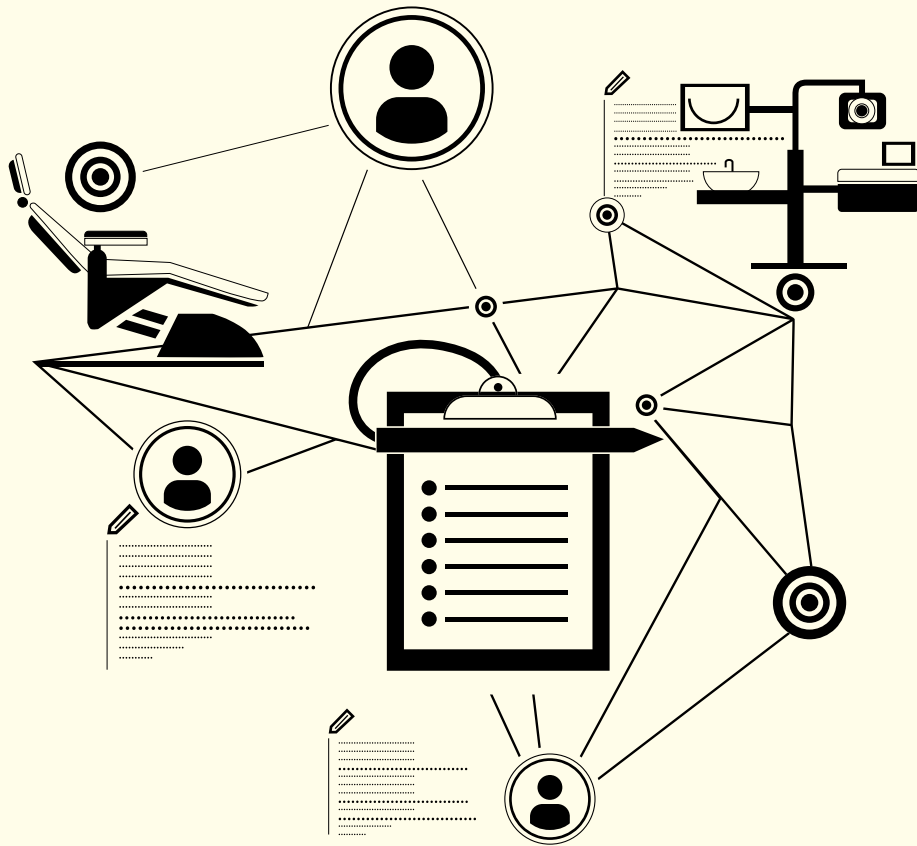
CARACTERISTICI TEHNICE ALE MATERIALELOR TRIMISE:

a TEXTUL

1. Textul să fie redactat și salvat sub formă de document Word
2. Textul redactat să aibă diacriticele trecute (ă, ș, ț, â, î) și i să fie scris cu tipul de caractere „Times New Roman”
3. Nu inserați imagini în cadrul textului, nu casetați, tabelați sau colorați textul.
4. Fiecare material trimis (acolo unde este cazul) trebuie să fie însoțit de fotografia și un scurt CV profesional ale celui care trimite alături de adresa de email unde acesta poate fi contactat permanent
5. Pe lângă criteriile de editare impuse de revista Viața Stomatologică, articolele științifice vor respecta „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio-medical Journals” în ceea ce privește conținutul articolelor, calitatea și relevanța clinică, etica problematicii și imaginilor incluse în studiu
6. Este necesar acordul scris al pacienților cu privire la publicarea cazurilor în cazul în care aceștia pot fi identificați.
7. Este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor preluați sau traduși.
8. Prin trimiterea articolului spre publicare, autorul își asumă în întregime responsabilitatea conținutului acestuia. Revista AMSPPR nu va publica articole care aduc prejudicii drepturilor fundamentale ale omului.
9. În cazul solicitării dreptului la replică, acesta va fi acordat în cadrul revistei la rubrica „DREPTUL LA REPLICĂ”, având aceleași caracteristici tehnice ale textului cu cel la care se referă.
10. Articolele științifice vor avea un scurt rezumat (4-5 rânduri) și cuvinte cheie (3-4) în limba engleză.

b FOTOGRAFIILE

1. Imaginile (fotografiile, grafice, statistici, etc.) care vor apărea în text vor fi salvate separat ca fișiere imagine (*.jpg, *.bitmap, *.pdf.) și numite cu cifre (1,2,3 etc.). Numărul imaginii va fi trecut în text pentru ca la tehnoredactare să se știe unde va fi poziționată imaginea. Pentru ca toți cititorii să poată avea o imagine clară asupra materialului pe care îl lecturează, într-un tabel vă rugăm să notați: numărul fotografiei, denumirea ei scurtă sau după caz persoanele care intră în imagine, în ordine de la dreapta spre stânga.
2. Fotografiile vor fi originale, iar în cazul de preluări este necesar acordul scris de cedare de copyright din partea autorilor
3. Fotografiile trebuie să respecte un standard de minimă calitate pentru a fi publicate (contrast, culoare, încadrare, claritate, corelare cu textul, fără persoane în mișcare, etc.), rezoluție 300 dpi.
4. În cazul unor fotografii numeroase sau de înaltă rezoluție, dificil de trimis pe e-mail se recomandă trimiterea lor la redacție prin intermediul site-ului www.transfer.ro e-mail redactie@denal.ro



Pentru că AMSPPR dorește să sprijine profesia de medic dentist și din punct de vedere al conformării de legalitate, vă invităm să ne adresați întrebările dvs. pe teme de management juridic medical pe adresa de email: lucianamihai@gmail.com.

Primul număr al revistei aduce în prim-plan un subiect de mare interes: noutăți fiscale în 2016.

Parcurgând articolul descoperim lesne că sarcina fiscală ce este pusă pe seama micilor independenți ori persoanelor cu profesii liberale care le și exercită ca atare (nu devin salariați și nici nu își înființează în mod artificial o micro întreprindere) a devenit mult prea oneroasă.

Deși pledăm pentru stabilitate legislativă și agreăm ideea că în domeniul fiscal modificările legislative pot opera numai începând cu anul următor, apreciem că de fege ferenda trebuie luată povara fiscală, concentrată pe categoria „celor mici” și împărțită cu „cei mari” sau că trebuie să existe și alte soluții pentru ca statul român să mai poată susține plata pensiilor.

Lucrurile trebuie să se schimbe și pentru că nu vrem ca exodul medicilor să se datoreze și unei cote excesive de CAS care nu profită celui care o plătește.



Av. Luciana Mihai

REGIMUL FISCAL ÎN ANUL 2016 NOUTĂȚI INCIDENTE ÎN PROFESIA MEDICO-DENTARĂ

Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, publicată în M. Of. nr. 688/10.09.2015, cu modificările și completările ulterioare, împreună cu Legea nr. 339/2015 a bugetului de stat pe anul 2016 și Legea nr. 340/2015 a bugetului asigurărilor sociale de stat pe anul 2016, instituie cadrul legal din punct de vedere fiscal pentru toate formele de organizare a profesiei medico-dentare în prezent.

Plătitorii de impozit pe venit conform art. 58 din Codul fiscal - medic dentist persoană fizică independentă sau cabinet medical individual - trebuie să plătească impozitul de 16 % pe venit (ca și până acum) dar și alte contribuții, care din acest an au caracter obligatoriu.

Contribuții cu caracter obligatoriu sunt: contribuțiile de asigurări sociale (CAS) în cotă de 10,5% sau 26,3%, în funcție de opțiunea contribuabilului, care se calculează la venitul net obținut și contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS) în cotă de 5,5%.

Pe lângă acestea, plătitorul de impozit pe venit poate opta și pentru plata altor contribuții lunare, contribuții opționale, precum: asigurarea pentru șomaj de 0,5% din venitul asigurat, ori contribuția pentru concedii și indemnizații de 0,85% din venitul supus impozitului pe venit.

Prezintă interes major contribuțiile cu caracter obligatoriu, respectiv contribuțiile de asigurări sociale și contribuțiile de asigurări sociale de sănătate.

Cotele stabilite prin lege pentru anul 2016 sunt următoarele:

- **Pentru CAS**, plătitorul de impozit pe venit (persoană fizică independentă și titular de cabinet medical individual) trebuie să plătească cel puțin cota de 10,5% sau cel mult 26,3% calculată la venitul net realizat și nu la o bază de calcul aleasă de contribuabil, așa cum era statuat înainte de 1 ianuarie 2016.

Opțiunea între cota de 10,5% sau cota de 26,3% aparține exclusiv contribuabilului dar trebuie subliniat că alegând plata cotei de 10,5% nu se asigură un stagiul complet de cotizare pentru pensie, ci numai o treime din stagiul complet. Astfel că doar plătind cota integrală de 26,3% contribuabilul își poate asigura un stagiul complet de cotizare, la fel ca în sistemul salarial.

Opțiunea exercitată pentru cota de CAS la 10,5% sau 26,3% este valabilă în cursul anului respectiv și nu poate fi schimbată decât pentru anul următor.

De subliniat faptul că începând cu 1 ianuarie 2016 plata cotei la CAS de minim 10,5% aplicată la venitul net realizat se achită obligatoriu chiar și de către persoanele care sunt plătitori de impozit pe venit dar au și calitatea de salariat în baza unui contract individual de muncă.

Până la 31 decembrie 2015 cei care aveau și calitatea

de salariat nu datorau plata CAS dacă erau și plătitori de impozit pe venit în baza unei autorizări independente - de ex. Un medic salariat și înregistrat ca persoană fizică independentă.

În prezent, venitul net la care se realizează calculul pentru aplicarea cotei ce trebuie plătită nu poate fi mai mic de 35% din câștigul salarial mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat și nici mai mare decât echivalentul a de 5 ori salariul mediu brut utilizat la fundamentarea bugetului asigurărilor sociale de stat (care în prezent este statuat la suma de 2681 lei).

Contribuția la asigurări sociale presupune declararea veniturilor care reprezintă baza lunară de calcul prin depunerea la autoritatea fiscală de domiciliu a formularului 600 - declarație privind venitul asigurat la sistemul public de pensii. În baza acestei declarații organul fiscal emite decizia de impunere în care stabilește contribuția socială anuală și termenele de plată.

Contribuția la asigurări sociale se achită trimestrial, în patru rate egale, până la data de 25 a ultimei luni din fiecare trimestru.

- **Pentru CASS**, plătitorul de impozit pe venit (persoană fizică independentă și titular de cabinet medical individual) trebuie să plătească contribuția la sănătate în cota de 5,5%, în cazul în speță, în sistem real.

Cum modalitatea de impunere a profesiilor medicale se face în sistem real, arătăm că pentru impunerea în sistem real baza de calcul este reprezentată de venitul net anual realizat, adică diferența dintre totalul veniturilor încasate și cheltuielile efectuate în scopul realizării acestor venituri, exclusiv cheltuielile reprezentând contribuții sociale.

Plata CASS se realizează anticipat, în cursul anului, în baza deciziei de impunere pentru plăți anticipate, urmând regularizarea sumelor datorate anual.

Decizia de impunere pentru plăți anticipate care stabilește quantumul CASS datorată anticipat și termenele de plată este emisă de organul fiscal în baza declarației de venit estimat - formularul 220, sau a declarației de venit realizat - formularul 200, care se depun la autoritatea fiscală de domiciliu.

Plata se efectuează trimestrial, în patru rate egale, până la data de 25 a ultimei luni din fiecare trimestru.

Regularizarea sumelor se realizează după încheierea anului fiscal, în baza declarației de venit realizat (formularul 200) depusă de contribuabil. Organul fiscal emite decizia de impunere anuală prin care regularizează sumele datorate cu titlu de plăți anticipate și stabilește obligațiile anuale de plată a CASS.

Plata acestor sume se realizează în termen de maxim

60 de zile de la data comunicării deciziei de impunere anuală (decizia finală). Sumele achitate anticipat în plus se compensează sau se restituie, potrivit prevederilor legale.

În ceea ce privește calificarea prestației medicale ca activitate independentă reiterăm că potrivit criteriilor care în prezent sunt stipulate în art. 7 pct. 1 din Codul fiscal, activitatea profesională desfășurată de medicul dentist înregistrat fiscal ca persoană fizică independentă se încadrează în definiția legală a activității independente, deoarece îndeplinește cel puțin 4 din aceste criterii, care sunt:

1. Persoana fizică dispune de libertatea de alegere a locului și a modului de desfășurare a activității, precum și a programului de lucru;

2. Persoana fizică dispune de libertatea de a desfășura activitatea pentru mai mulți clienți;

3. Riscurile inerente activității sunt asumate de către persoana fizică ce desfășoară activitatea;

4. Activitatea se realizează prin utilizarea patrimoniului persoanei fizice care o desfășoară;

5. Activitatea se realizează de persoana fizică prin utilizarea capacității intelectuale și/sau a prestației fizice a acesteia, în funcție de specificul activității;

6. Persoana fizică face parte dintr-un corp/ordin profesional cu rol de reprezentare, reglementare și supraveghere a profesiei desfășurate, potrivit actelor normative speciale care reglementează organizarea și exercitarea profesiei respective;

7. Persoana fizică dispune de libertatea de a desfășura activitatea direct, cu personal angajat sau prin colaborare cu terțe persoane în condițiile legii.

Reiterăm deasemenea că în raport cu condițiile specifice profesiei medicale rezultă că sunt îndeplinite cel puțin criteriile 1, 2, 3, 5 și 6, posibil și 4, în sensul că medicul care își desfășoară activitatea ca persoană fizică independentă:

1. Dispune de libertatea de a alege cabinetul/cabinetele în care lucrează, modul de desfășurare a activității având independență decizională în plan profesional și a programului de lucru;

2. Dispune de libertatea de a colabora cu mai multe cabinete;

3. Riscurile inerente activității, în speță riscul de mal-

praxis, sunt asumate de medic, care este obligat prin lege să dețină o asigurare de răspundere civilă - asigurarea pentru malpraxis;

4. Poate participa la realizarea activității medicale și prin utilizarea patrimoniului propriu, contribuind la achiziția de materiale, echipamente de lucru specifice etc. În acord cu înțelegerea părților (medic - cabinet);

5. Realizează activitatea medicală prin utilizarea cunoștințelor de specialitate și a capacității intelectuale, în limitele propriei competențe dovedite cu actele de studii;

6. Este ținut de obligația legală de a se înscrie și face parte din ordinul profesional (în speță, Colegiul Medicilor Dentiști din România) și de a respecta reglementările adoptate de acesta, profesia medicală fiind reglementată prin lege specială (L. nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare).

Trebuie menționat și faptul că noul Cod fiscal redefinește profesiile liberale ca fiind ocupații exercitate pe cont propriu de persoane fizice, potrivit actelor normative speciale care reglementează organizarea și exercitarea profesiei respective (art. 7 pct. 34 din Codul fiscal).

În ceea ce privește organizarea profesiei sub forma de societate comercială cu obiect unic de activitate - activități de asistență stomatologică - în baza O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare și a L. nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, trebuie făcută distincția între societățile care, din punct de vedere fiscal, pot fi încadrate ca microîntreprinderi și cele care vor plăti impozit pe profit.

Pot fi încadrate ca microîntreprinderi societățile care în cursul anului nu depășesc cifra de afaceri de 100 000 EUR dar pentru ca o societate să poată fi înscrisă ca microîntreprindere în anul fiscal 2016 trebuie ca în anul anterior să nu fi depășit plafonul care era în vigoare, adică 65 000 EUR.

Cabinetele organizate ca societate cu răspundere limitată și declarate microîntreprinderi vor plăti în 2016 un impozit pe venit în cote diferențiate de 1 - 3% în funcție de numărul de angajați, astfel:

- Cota de impozitare de 1% se aplică microîntreprinderilor cu cel puțin doi angajați;

- Cota de impozitare de 2% se aplică microîntreprinderilor cu cel puțin un angajat;

- Cota de impozitare de 3% se aplică microîntreprinderilor care nu au angajat.

Cabinetele organizate ca societate cu răspundere limitată care nu sunt sau nu pot fi considerate microîntreprinderi plătesc impozitul pe profit în cota de 16%, ca și în anul anterior dar există totuși și aici o serie de modificări.

În acest sens, atragem atenția asupra termenului de depunere a declarației de impozit pe profit, care nu mai este 25 ianuarie a anului următor, ci 25 decembrie a anului în curs, în cazul în care se aplică sistemul de plăți anticipate. Astfel, atât plata cât și declararea impozitului pe profit pentru trimestrul IV se vor face până pe 25 decembrie anul curent.

Regimul de impozitare a dividendelor, indiferent dacă societatea este microîntreprindere sau plătește impozit pe profit, este același, fiind modificat la 5%. Atragem atenția însă că începând cu 1 ianuarie 2017 pe lângă impozitul de 5% pentru dividende se va plăti și CASS de 5,5%.

În ceea ce privește impozitarea proprietăților imobiliare, trebuie subliniat faptul că noul Cod fiscal aduce o schimbare a modului de impozitare, în sensul că impozitul pe clădiri nu se va mai calcula diferențiat în funcție de calitatea proprietarului de persoană fizică ori persoană juridică, ci în funcție de destinația clădirii, rezidențială sau nerezidențială.

Astfel, începând cu anul 2016, cota de impozitate aplicabilă proprietăților nerezidențiale (adică unde se desfășoară orice tip de activitate - comercială, independentă, profesie liberală etc.) este:

- Cuprinsă între 0,2% și 1,3%, dacă respectiva proprietate a fost dobândită, construită sau reevaluată în ultimii cinci ani;

- De până la 2%, dacă nu îndeplinește condiția de a fi fost cel puțin reevaluată în ultimii cinci ani.

Cotele de 0,2 - 2% se aplică la valoarea statistică a imobilului iar quantumul exact aplicabil se stabilește de către consiliile locale.

Atragem atenția și asupra faptului că și în activitatea medico-dentară este incidentă obligația persoanei fizice care deține în proprietate un imobil cu destinație nerezidențială sau mixtă (unde există sediu activ de firmă sau persoană fizică independentă) de a depune până la data de 31 martie a.c. o declarație conform Modelului 2016 - ITL aprobat prin Ordinul comun MFP/MDRAP nr. 4087/2069 din 22 decembrie 2015.

Pentru clădirile cu destinație mixtă, definitoriu în calculul impozitului este decontarea sau nu pe cheltuială agentului economic a utilităților clădirii utilizate ca sediu, potrivit prevederilor art. 459 din noul Cod fiscal.

#WOHD16

#ItAllStartsHere



WOHD.org



World Oral
Health Day

20 March 2016



AMSPPR alături de FDI și partenerii nostri vă invită să celebrați cu noi Ziua Mondială a Sănătății Orale:

- pentru a preveni problemele cavității orale,
- pentru a ne informa cu privire la modalitățile de prevenire a problemelor cavității orale,
- pentru a ne bucura de tot ceea ce ne oferă un zâmbet sănătos,
- și pentru a înțelege că un zâmbet sănătos = o viață mai fericită.

1. Ce este ZMSO?

Ziua Mondială a Sănătății Orale se serbează pe 20 martie, din inițiativa Federației Dentare Internaționale (FDI), pentru a celebra beneficiile unei guri sănătoase și pentru a sublinia importanța igienei orale în vederea scăderii incidenței bolilor cavității orale.

2. Cine suntem?

FDI (Federația Dentară Internațională) este o organizație care reprezintă peste 1 milion de medici stomatologi din întreaga lume, dezvoltă programe educaționale de profil, conferințe, este vocea internațională a membrilor săi și susține asociațiile membre, cum este și cazul nostru, Asociația Medicilor Stomatologi cu Practică Privată din România (AMSPPR).

AMSPPR este o asociație profesională non-profit care promovează și reprezintă interesul medicilor stomatologi din România în exercitarea în mod liber a profesiei medicale în sistem privat.

3. De ce?

Sărbătorim ZMSO pentru că:

- 90% din oameni vor avea de-a lungul vieții probleme cu cavitatea bucală și considerăm că prin acțiunea noastră putem face ca această cifră să scadă;
- Între 60-90% din școlari au carii;
- În majoritatea țărilor, cancerul oral apare o incidență între 1-10 din 100000;
- Riscul de a dezvolta o formă de cancer oral este de 15 ori mai mare când este asociat cu consumul de tutun și alcool;
- Durerile de dinți sunt motivul numărul 1 de absentism din multe școli;
- Consumul zahărului este cel mai mare factor de risc pentru caria dentară și dezvoltarea diabetului;
- și nu în ultimul rând - pentru a zâmbi.

4. De ce pe 20 martie?

- Deoarece copiii au 20 de dinți de lapte;
- Seniorii /vârstnicii ar trebui să aibă minim 20 de dinți la sfârșitul vieții;
- Dacă punem luna înaintea zilei, rezultatul este 3/20, deci 32 de dinți cu 0 carii.

5. Cum sărbătorim?

Totul începe de aici. O gură sanatoasă, un corp sănătos.

Organised by:

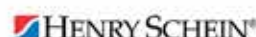


Media Partner:



Essential Dental Media

In Partnership with:



REDUCE APARIȚIA CARIEI DENTARE** PRIN NEUTRALIZAREA ACIZILOR DIN PLACA BACTERIANĂ



Tehnologia cu Agent de Neutralizare a Acizilor din Zaharuri™ reduce apariția cariei** neutralizând acizii rezultați din descompunerea carbohidraților în placa bacteriană.



NOUL STANDARD ÎN PROTECȚIA ÎMPOTRIVA CARIEI DENTARE**

Prima și singura pastă de dinți cu Agent de Neutralizare a Acizilor din Zaharuri™, care reduce incidența cariei cu până la 20%**, oferind protecție superioară, dovedit clinic.

Colgate®

Marca NR. 1 recomandată și utilizată de medicii dentiști din România*

* Conform studiilor din 2005, 2007, 2009, 2011, 2012 și 2014

**Studii clinice efectuate în comparație cu o pastă de dinți obișnuită, ce conține doar fluor în aceeași concentrație, 1450 ppm; Caries Res 2013; 47:582-590; Journal of Clinical Dentistry 2015; 26:7-12