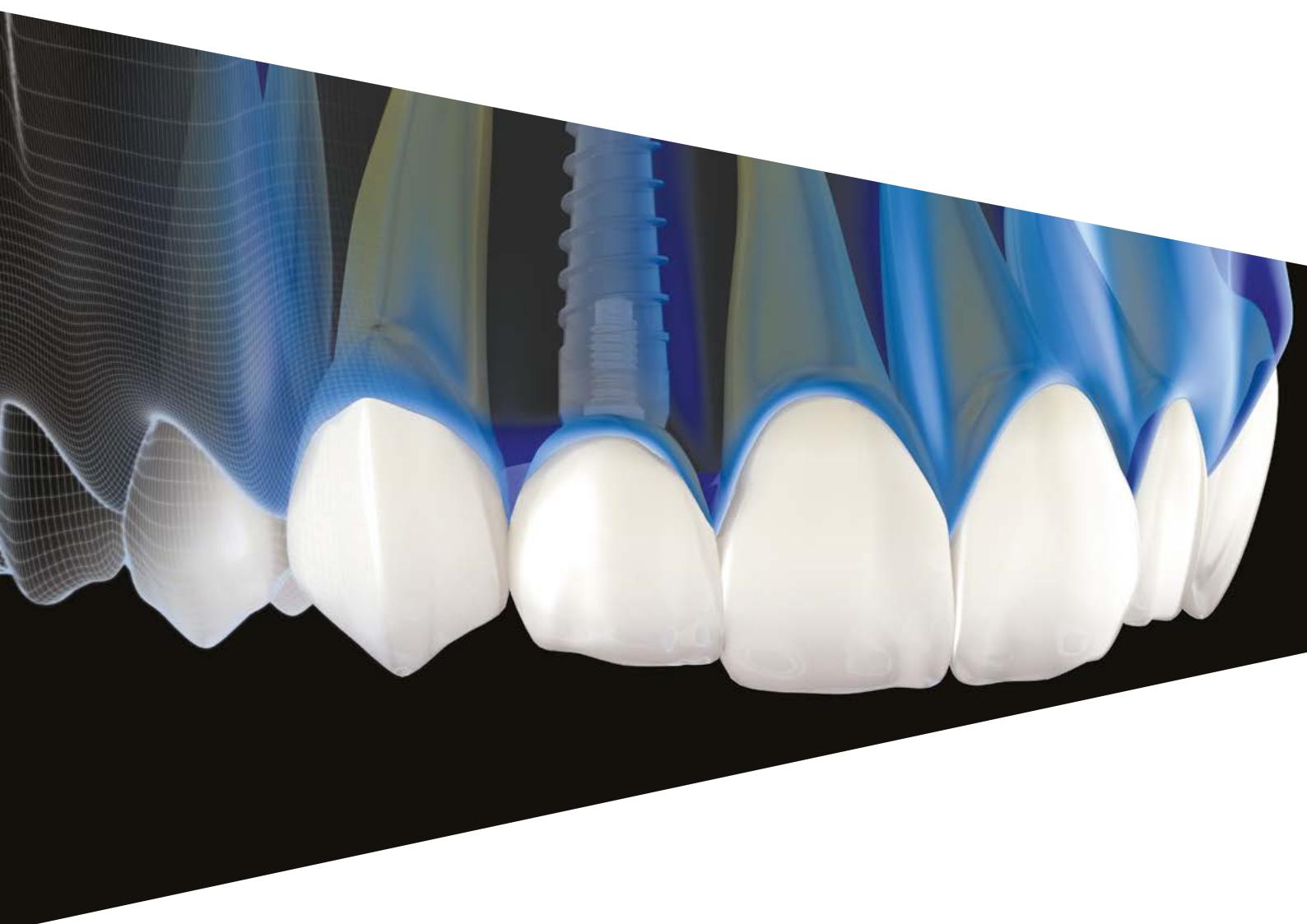


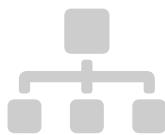
Manual protésico

PRAMA



 sweden & martina

PRAMA



Guía a la secuencia de uso de los componentes protésicos

4



Plataforma de conexión

18
18
19
19
20
22
23
24

- Prama, el primer y único implante intramucoso
- Opciones de posicionamiento
- Guía para la lectura de los códigos de los implantes
- Tabla guía para la conexión protésica única
- Detalles de la conexión
- Componentes protésicos Prama IN
- Tornillos protésicos con apoyo cónico



Instrumental protésico

25
25
26
30
29
32

- El kit Prama
- Atornilladores para tornillos de fijación
- Instrumentos opcionales no incluidos en el kit
- Screw Kit
- Carraca dinamométrica CRI5-KIT



Protocolos de utilización

34
34
46
48
52
70
78
84
92
94
96
106
114
130
148
152
160
164
177
191
193
203
223

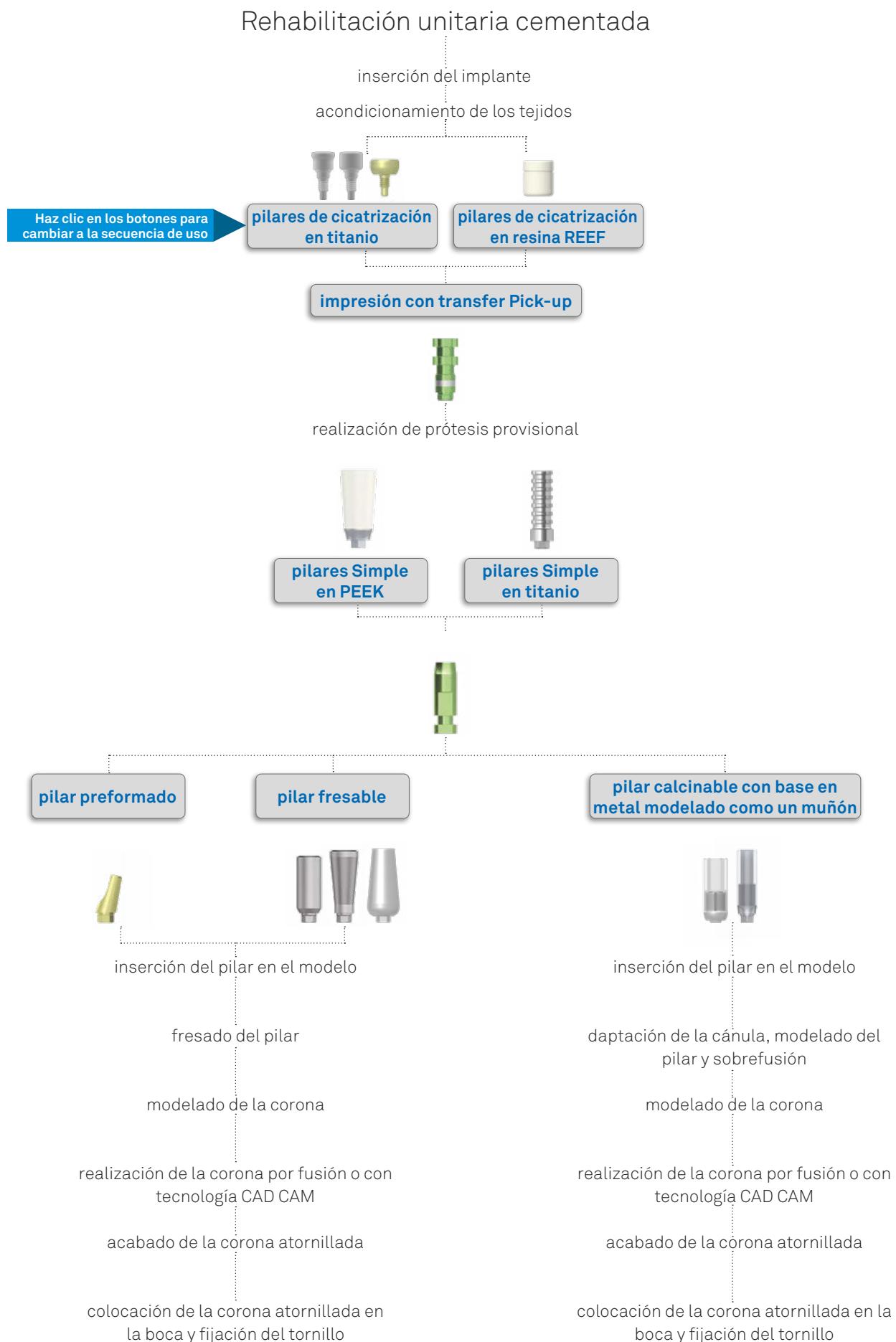
- Técnicas para la toma de impresión y realización del modelo
- Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización Prama IN
- Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización estandares
- Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares provisionales
- Rehabilitación definitiva con pilares preformados
- Rehabilitación definitiva con pilares fresables
- Rehabilitación definitiva con Dynamic Abutment
- Pilares calcinables estandares con base en metal
- Rehabilitación definitiva con pilares calcinables Prama IN con base de metal
- Rehabilitación definitiva con Pilares totalmente calcinables
- Rehabilitación provisional y definitiva con abutment PLAIN
- Rehabilitación provisional y definitiva con abutment P.A.D.
- Rehabilitación provisional y definitiva con abutment P.A.D.
- Rehabilitación provisional con cánulas para estructuras múltiples atornilladas
- Rehabilitación provisional y definitiva con técnica conométrica Conico
- Cofias para necesidades especiales
- Rehabilitación definitiva con elementos intermedios para técnica cemento-atornillada
- Anclaje con abutment Locator
- Abutment Locator R-Tx
- Accesorios para sobredentaduras sobre abutment Locator R-Tx
- Anclaje con ataches de bola
- Barra fundidas o soldadas



Informaciones generales

233

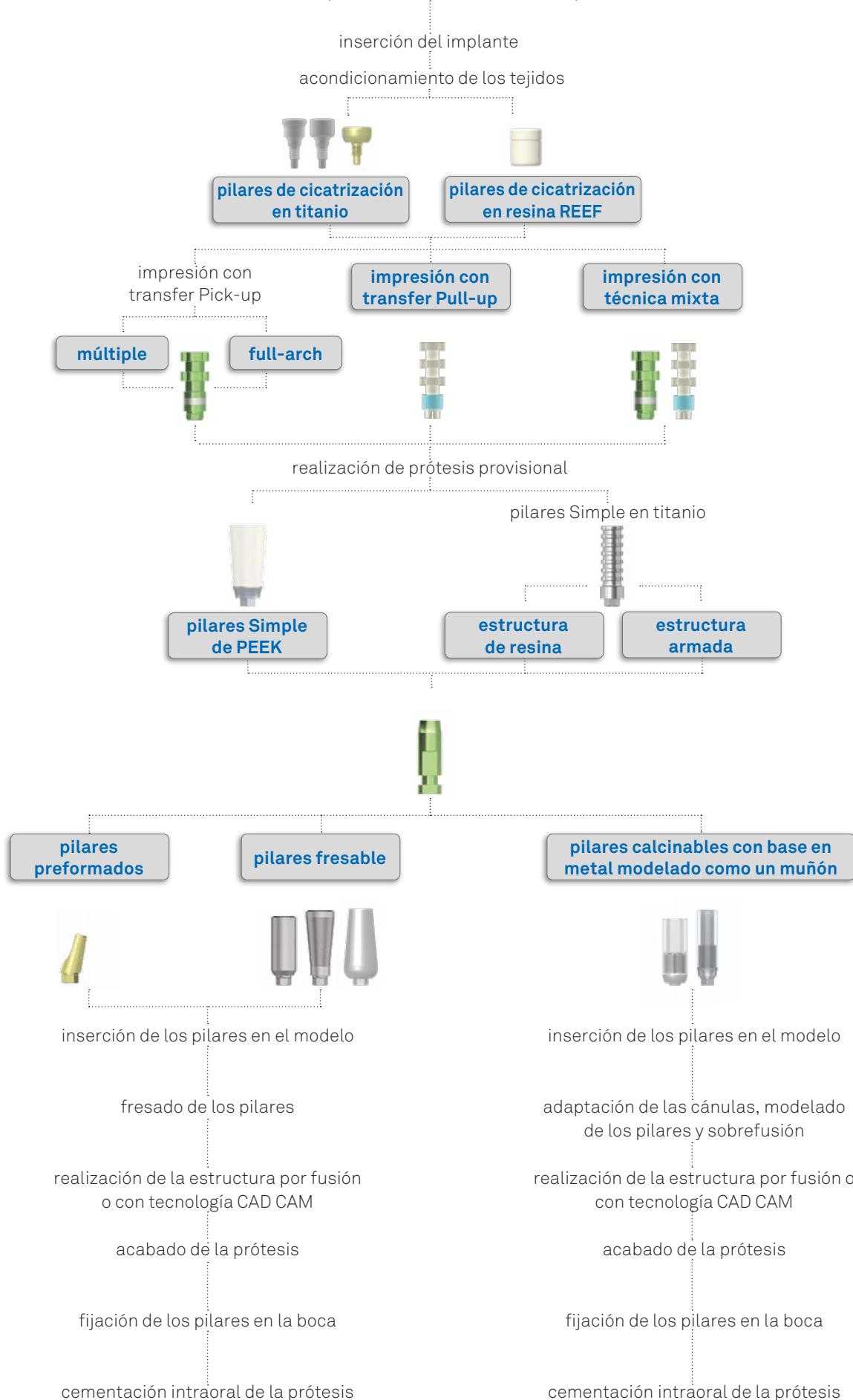
Guía a la secuencia de uso de los componentes protésicos



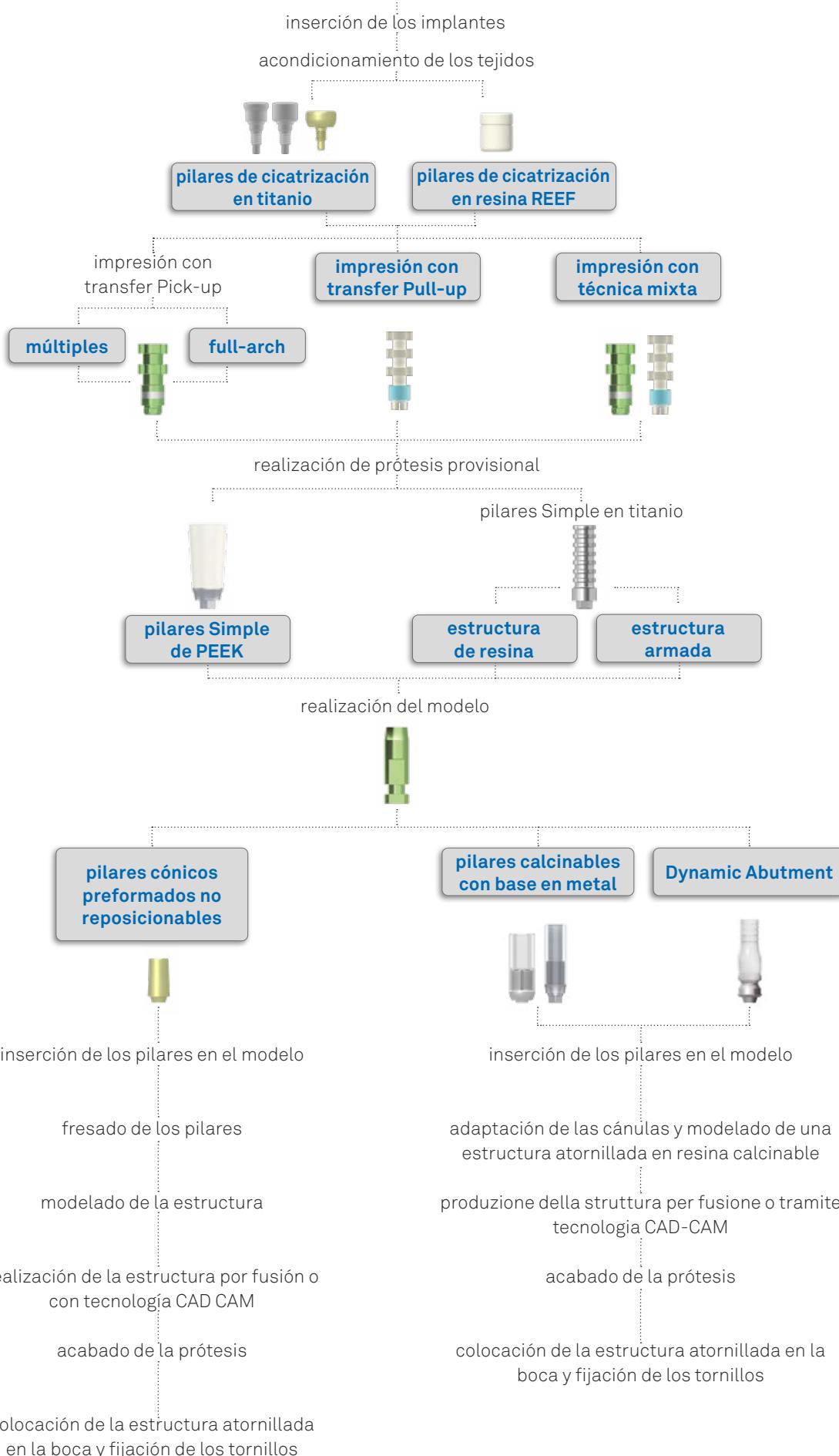
Rehabilitación unitaria atornillada



Rehabilitación múltiple o de arcada completa cementada



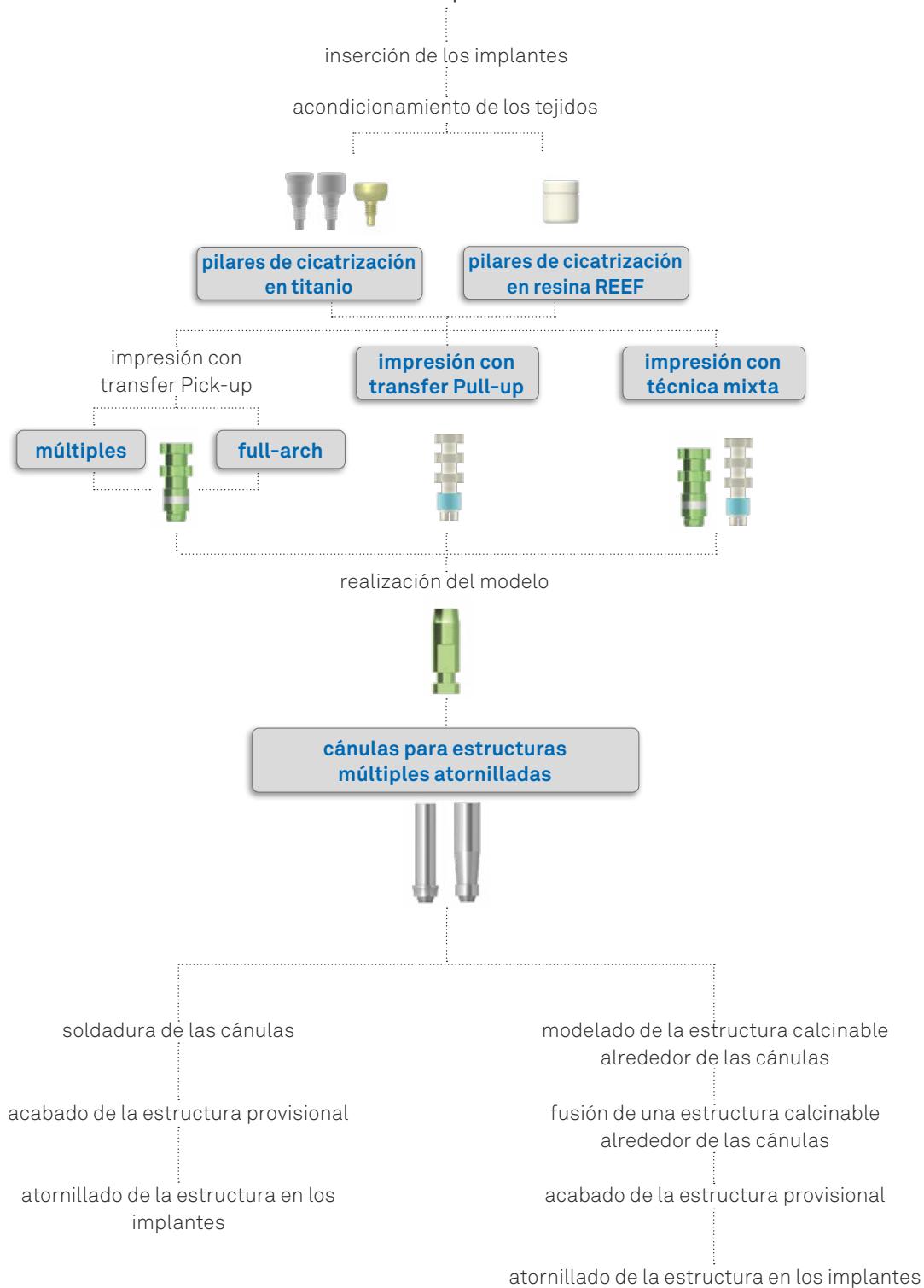
Rehabilitación múltiple o de arcada completa atornillada



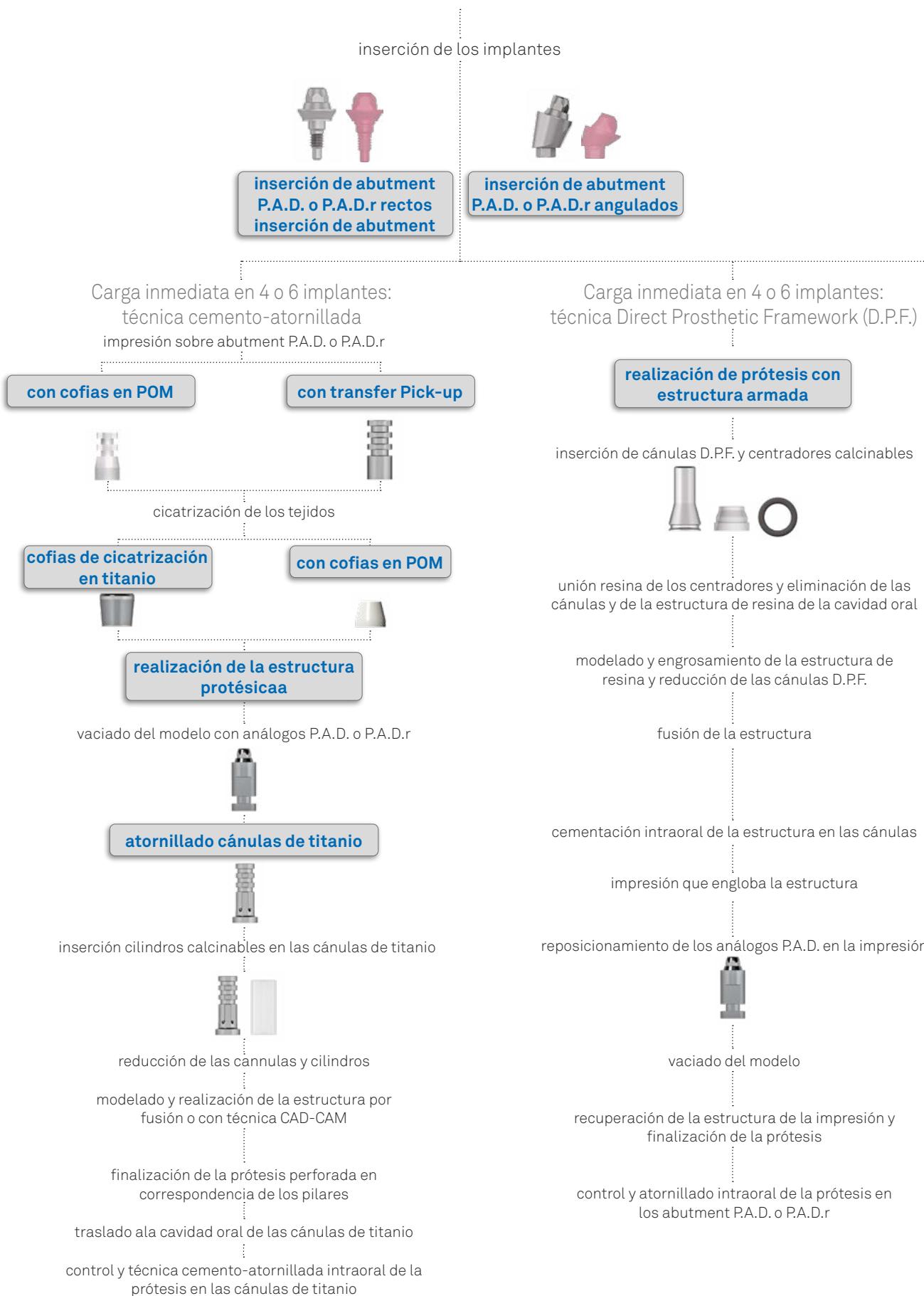
Rehabilitación atornillada
múltiple o de arcada completa
con abutment PLAIN



Rehabilitación provisional múltiple o de arcada completa con cánulas para estructuras múltiples atornilladas



Rehabilitaciones totales con abutment P.A.D. (Prótesis Atornillada Disparalela) o P.A.D.r (Prótesis Atornillada Disparalela reduced)



Carga diferida en 4 o 6 implantes

**realización de la prótesis definitiva
por fusión o con tecnología CAD-CAM**

remoción de la prótesis provisional

**impresión en abutment P.A.D. o P.A.D.r
con transfer Pick-up**



recolocación de la prótesis provisional en la boca

**fusión del modelo con análogos
P.A.D. o P.A.D.r**



**colocación en el modelo de los pilares
calcinables con o sin base en metal**



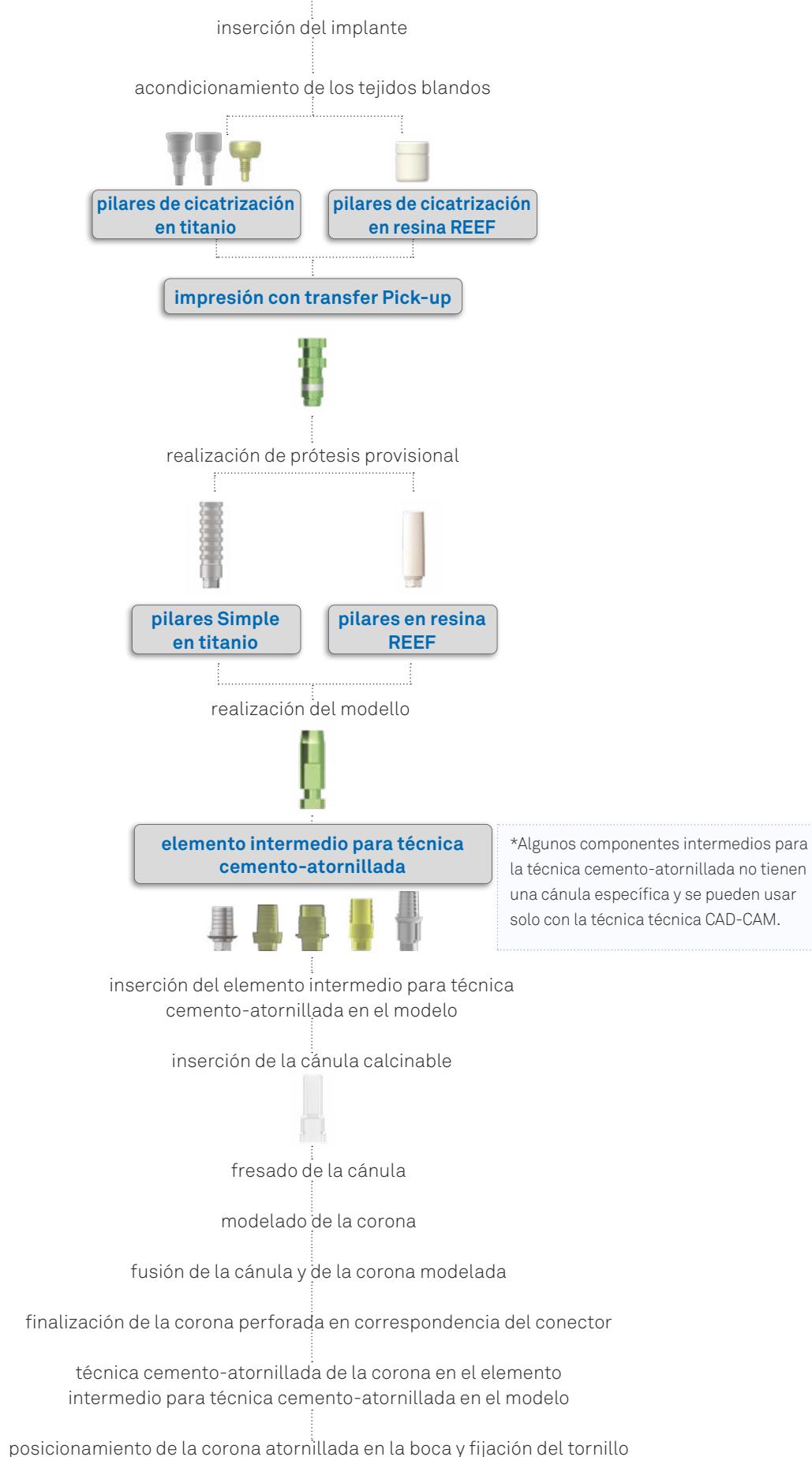
modelado de la estructura

realización de la estructura por fusión o con tecnología
CAD CAM

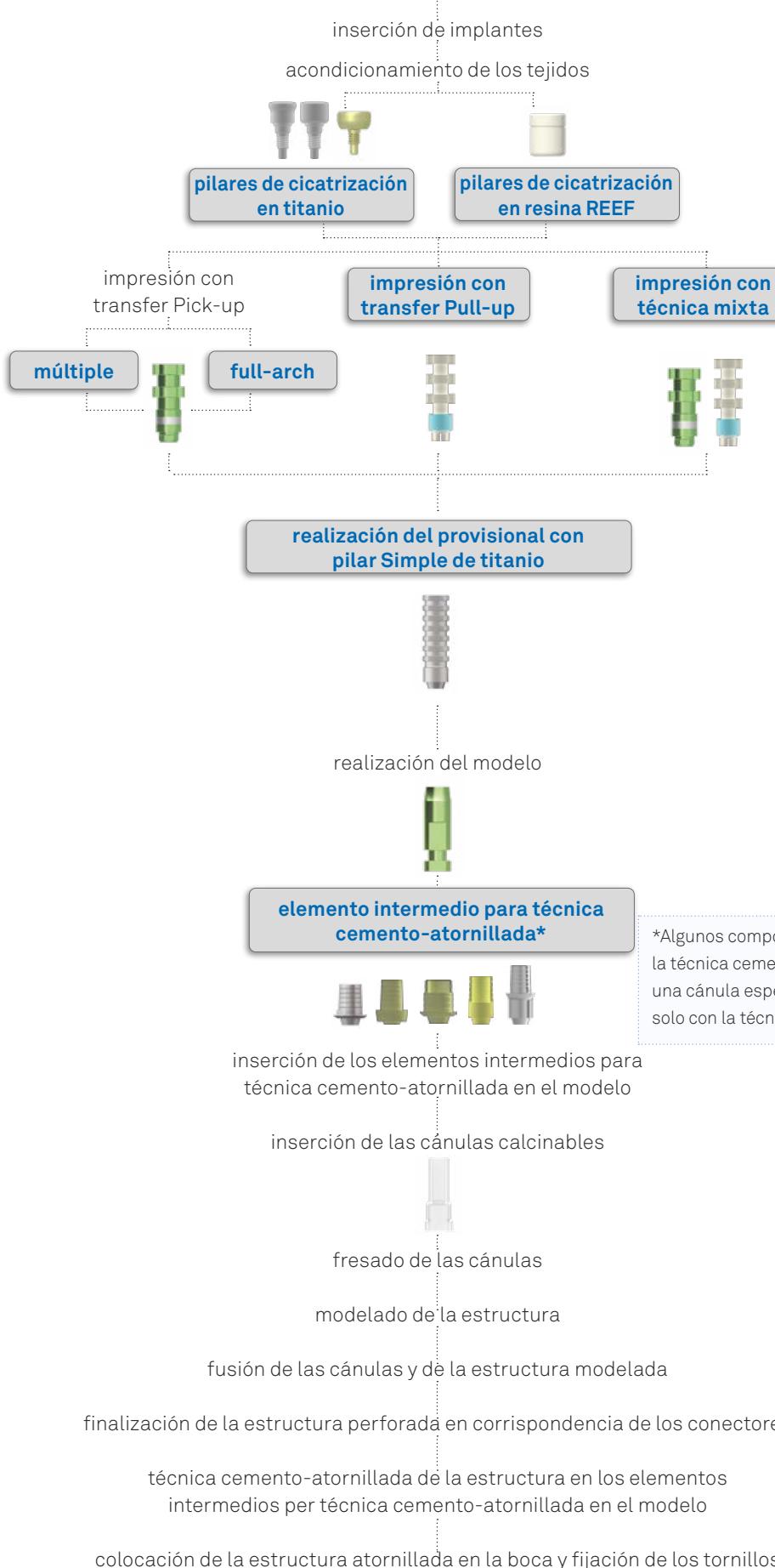
acabado de la prótesis

colocación de la prótesis en la boca y fijación de los
tornillos

Rehabilitación individual atornillada con elementos intermedios para técnica cemento-atornillada



Rehabilitación múltiple o de toda la arcada atornillada con elementos intermedios para técnica cemento-atornillada



Rehabilitación individual con prótesis conométrica Conico

inserción implante
pilar Conico



Impresión con cofia de PEEK

realización del modelo



Inserción de la cofia en el análogo en el modelo



modelado de la corona
producción para fusión o a través de
tecnología CAD-CAM de la corona

finalización de la prótesis

inserción de la cofia en el pilar y
activación de la conometría

técnica cemento-atornillada de la
corona en la cofia en la boca

Rehabilitación múltiple con prótesis conométrica Conico

inserción implantes
pilares Conico



Impresión con cofia de PEEK

realización del modelo



Inserción de las cofias en los análogos en el modelo



modelado de la estructura

producción por fusión o a través de
tecnología CAD-CAM de la estructura

finalización de la prótesis

inserción de las cofias en los pilares y
activación de la conometría

técnica cemento-atornillada de la
estructura en las cofias en la boca

Sobredentaduras: método directo

inserción de los implantes

inserción de los abutment Locator



colocación de los anillos espaciadores y cofias en los abutment Locator



perforación de la sobredentadura ya existente y rebase en la boca

acabado de la sobredentadura y sustitución de los insertos de retención grado cero con los grados más adecuados

inserción de los abutment R-Tx



inserción de los ataches de bola



colocación de los retenedores y corrección de socavaduras con materiales plásticos



CAP-TIT-1

CAP-TFL-1

CAP-1

perforación de la sobredentadura ya existente y rebase en la boca

acabado de la sobredentadura

Sobredentadura: método indirecto

inserción de los implantes

inserción de los abutment Locator



impresión con transfer Locator y realización del modelo



colocación de los anillos espaciadores y cofias grado 0 en análogos



acabado de la sobredentadura y sustitución con retenedores más apropiados

inserción de los abutment R-Tx



inserción de los ataches de bola



impresión en los accesorios de los ataches de bola y realización modelo con análogos dedicados



colocación de los retenedores

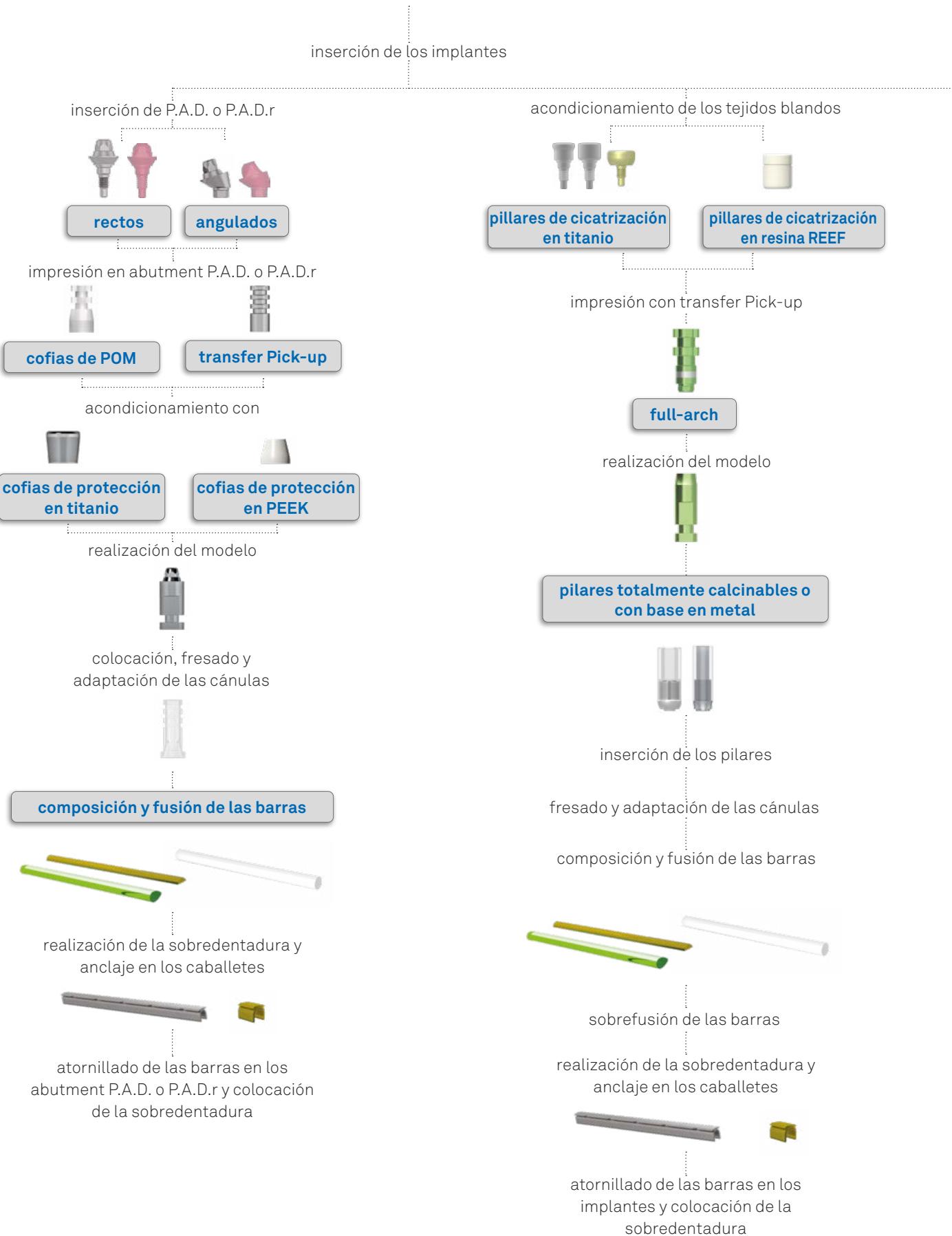
CAP-TIT-1

CAP-TFL-1

CAP-1

realización de la sobredentadura con las cofias englobadas

Sobredentaduras ancladas con barras



**impresión con transfer Pick-up
para abutment PLAIN**



acondicionamiento de los tejidos blandos
con copias de cicatrización PLAIN



realización del modelo



abutment PLAIN



inserción de los abutment PLAIN
en el modelo

composición y fusión de las barras



realización de la sobredentadura y
anclaje en los caballletes

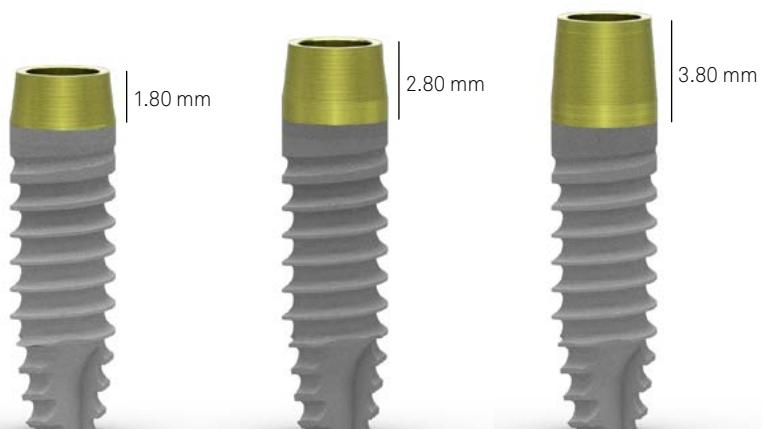


atornillado de las barras en los
abutment PLAIN y colocación de la
sobredentadura

Prama: el primero y el único implante intramucoso

Prama ha sido diseñado con un cuello intramucoso convergente para maximizar el espesor de los tejidos blandos. Para responder a todas las situaciones clínicas están disponibles tres diferentes alturas del cuello intramucoso: Short Neck de 1.80 mm, Regular Neck de 2.80 mm y Long Neck de 3.80 mm.

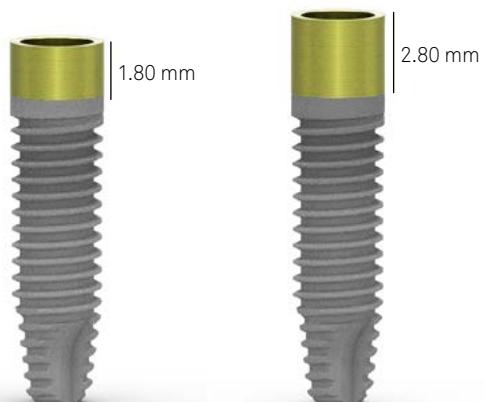
Regular Neck y Long Neck prevén un tramo cilíndrico de 0.80 mm de altura entre la porción convergente y el cuerpo endo-óseo con el que es más sencillo compensar eventuales discrepancias en caso de sitios post-extracción o crestas asimétricas.



Short Neck

Regular Neck

Long Neck



Ø 3.30 Short Neck

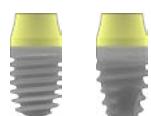
Ø 3.30 Regular Neck

Para las áreas con dimensión horizontal escasa se ha desarrollado Prama Slim, la solución con cuello intramucoso recto con altura de 1.80 mm o de 2.80 mm. Con la misma morfología endo-ósea las operaciones de preparación son las mismas más allá de la altura del cuello.

Prama está disponible con diferentes morfologías endo-óseas y espiras



Prama Slim: implante cilíndrico con una rosca triangular, con diámetro de 3.30 mm



Prama Short: implantes tronco-cónicos con altura de 6.00 mm



Prama: implante cilíndrico con ápice achaflanado y rosca reverse buttress

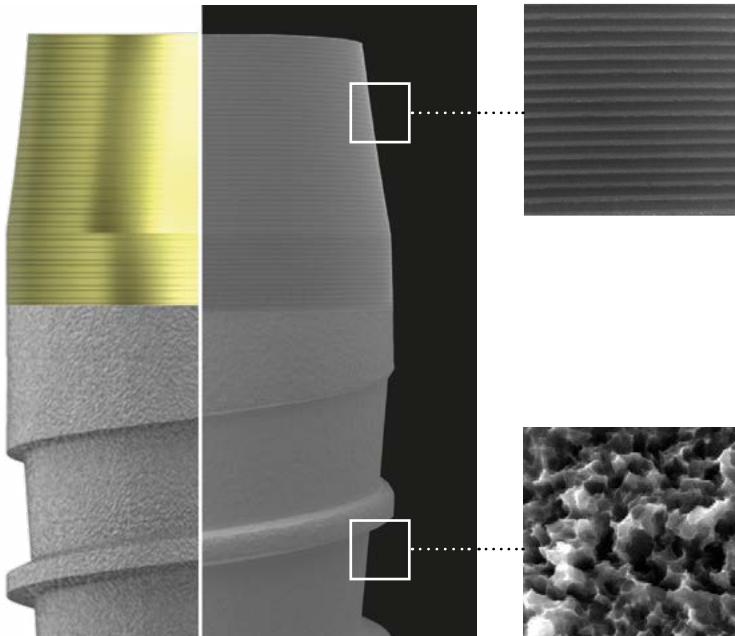


Prama RF: implante cónico con un ápice redondeado y rosca con profundidad constante a lo largo del cuerpo del implante

Prama RF SL: implante cónico con ápice plano y rosca con profundidad gradualmente mayor en la dirección ápico-coronal

Opciones de posicionamiento

Prama presenta dos tratamientos de la superficie:



Cuello > UTM - Superficie con microrosca y anodizada, ideal para la organización de los tejidos blandos. El posicionamiento tradicional prevé que esté alojado en el tramo mucoso, si bien su osteo-integración se manifiesta cuando está en contacto con los tejidos duros. Por este motivo simplifica la gestión de los alvéolos post-extracción y de las crestas irregulares, además de permitir un posicionamiento más profundo del implante, cuando sea necesario.

Cuerpo endo-óseo > ZirTi - Superficie chorreada ideal para la osteointegración. Toda la porción de los implantes Prama con tratamiento ZirTi se debe insertar en el hueso.

El espesor de los tejidos blandos del sitio que se debe tratar influye en la elección del cuello: Short, Regular y Long. En caso de tramo mucoso de 2.00 mm, por ejemplo, se podrá optar por un implante Short Neck. De otra forma, se podrá posicionar un Regular Neck, sumergiendo el cuello en el hueso de manera parcial.

Guía para la lectura de los códigos de los implantes

Prama con morfología cilíndrica

Morfología y cuello	superficie	diámetro	longitud
LAS: 1.80 mm - Short Neck LA: 2.80 mm - Regular Neck LAL: 3.80 mm - Long Neck	ZT: superficie ZirTi y cuello UTM	330: 3.30 mm Prama Slim 380: 3.80 mm 425: 4.25 mm 500: 5.00 mm	060: 6.00 mm 085: 8.50 mm 100: 10.00 mm 115: 11.50 mm 130: 13.00 mm 150: 15.00 mm
ejemplo: LAS-ZT-380-100			
LAS-	ZT-	380-	100

Prama con morfología cónica

Morfología y cuello	superficie	diámetro	rosca		longitud
			regular	ancha	
LSS: 1.80 mm - Short Neck LS: 2.80 mm - Regular Neck LSL: 3.80 mm - Long Neck	ZT: superficie ZirTi y cuello UTM	330: 3.30 mm 380: 3.80 mm 425: 4.25 mm 500: 5.00 mm	-	SL	060: 6.00 mm 085: 8.50 mm 100: 10.00 mm 115: 11.50 mm 130: 13.00 mm 150: 15.00 mm
ejemplo: LSL-ZT-380SL-100					
LSL-	ZT-	380-		SL-	100

Tabla guía para la conexión protésica única

	morfología cilíndrica			
Ø endo-óseo del implante	3.30 mm	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Código de color				
Ø plataforma de conexión	Collex ONE Ø 3.30	Collex ONE Ø 3.30	Collex ONE Ø 3.30	Collex ONE Ø 3.30
Ø interior del collar				
Análogos de los implantes				
Transfer Pick-up				
Transfer Pull-up				
Tornillos con apoyo cónico para pilares definitivos				
Tornillo de fijación para pilares provisionales				

morfología cónica



Detalles de la conexión

La conexión está caracterizada por un collar Collex, avalado por decenios de éxitos clínicos, que funciona para estabilizar la prótesis y para distribuir correctamente las cargas masticatorias. La ferulización de la prótesis sobre el cuello del implante contribuye a maximizar ambos estos aspectos junto a la estética.

Advertencia importante

En los sectores distales, las coronas individuales deben ser fertilizadas por lo menos a 0.5 mm en el cuello del implante, para aumentar la resistencia mecánica a las cargas masticatorias típicas de los molares.

Para facilitar la elección del cuello en estos casos, en la tabla que sigue hay diferentes opciones de ferulización con los implantes sobre los que se pueden realizar.

	Prótesis estándar de apoyo en la plataforma del implante	Prótesis Prama IN 0.50 mm	Prótesis Prama IN 1.00 mm	Prótesis Prama IN 1.50 mm
Cuello				
1.80 ∅ 3.30		✓	✗	✗
2.80 ∅ 3.30		✓	✗	✗
1.80 ∅ 3.80 ∅ 4.25		✓	✗	✗
2.80 ∅ 3.80 ∅ 4.25 ∅ 5.00		✓	✓	✓
3.80 ∅ 3.80 ∅ 4.25 ∅ 5.00		✓	✓	✓

Componentes protésicos Prama IN

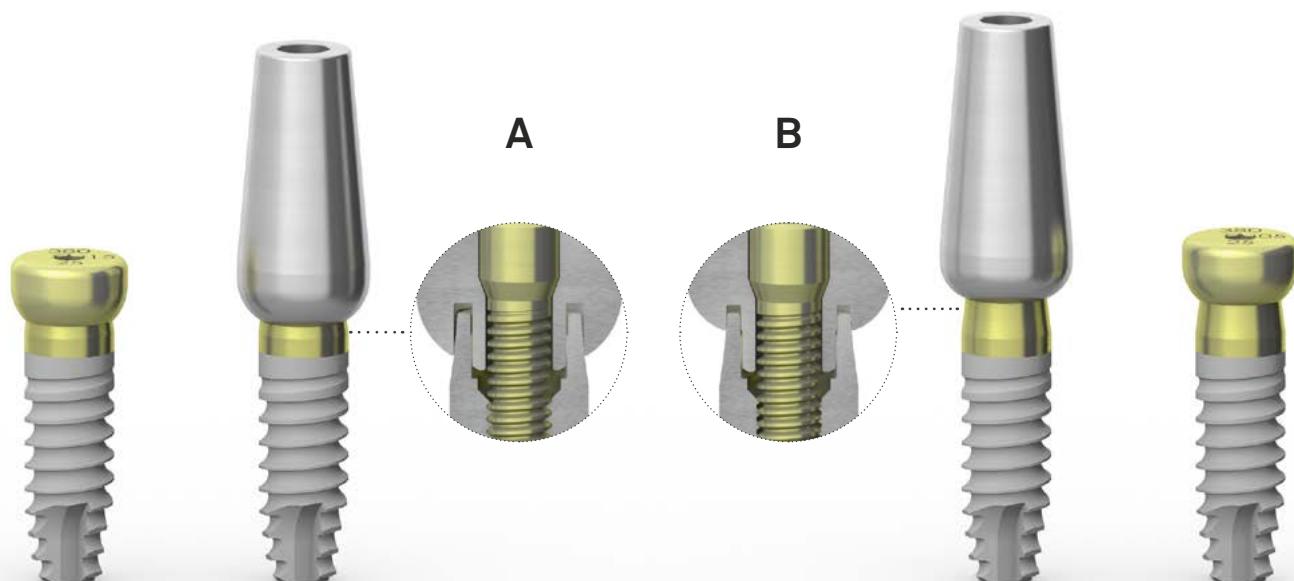
A partir de los pilares de cicatrización, de titanio con atornillado directo o de resina REEF con tornillo de fijación y que se pueden aplicar en la consulta, los tejidos blandos se cicatrizan creando un túnel mucoso para garantizar un espacio adecuado para la rehabilitación protésica provisional y definitiva. De esta manera se evitan dolor y malestar en el paciente a la hora de la carga protésica. Los dos tipos de pilares de cicatrización siguen la geometría del cuello hiperbólico del implante Prama: están disponibles con diámetro de 3.80 mm, 4.25 mm y 5.00 mm y no se pueden intercambiar.

Los componentes Prama IN se han diseñado para cerrar en 0.50 mm (**Imagen A**) o en 1.50 mm (**Imagen B**) en posición subgingival, englobando una parte del cuello intramucoso. Las dos alturas **garantizan una ferulización completa del implante**.

La primera se emplea en los procedimientos clínico-protésicos de carga diferida, mientras la segunda se recomienda para los pilares de cicatrización en los casos de carga inmediata, si la prótesis se realiza en un plazo de 72 horas.

Es posible continuar la rehabilitación a través de pilares fresables o pilares calcinables con base de aleación para sobreñadura, según las necesidades de cada caso individual.

Ideados adrede según los principios Prama IN y disponibles en tres diferentes diámetros, estos pilares están disponibles en la versión con o sin hexágono de reposicionamiento y en dos alturas de cierre sub-gingival en el cuello del implante h 0.50 mm y h 1.50 mm, salvo los pilares calcinables con base de aleación de oro disponibles únicamente en la altura de cierre en el cuello del implante con altura 0.50 mm y únicamente en la versión sin hexágono de reposicionamiento.



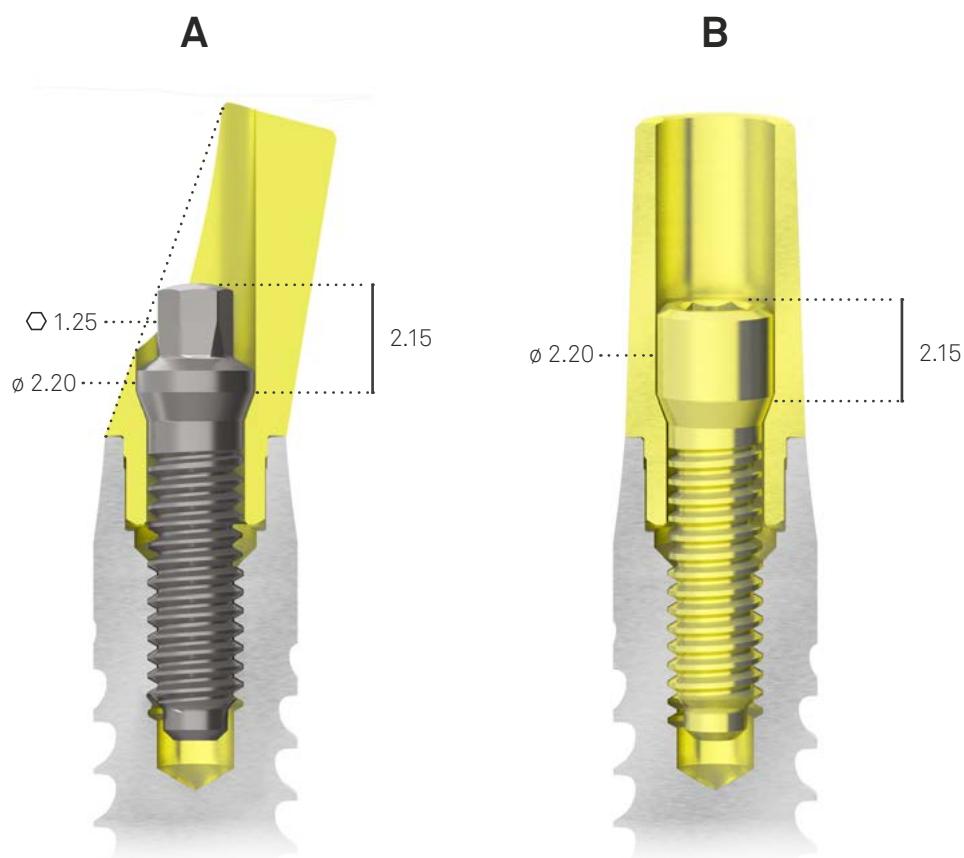
Tornillos protésicos con apoyo cónico

Los tornillos protésicos con apoyo cónico de los pilares Prama están disponibles en dos versiones: Full Head y con cabeza estándar. Estas dos versiones se han estudiado especialmente para permitir una gran libertad a la hora de personalizar los pilares. El tope de los tornillos tiene un apoyo cónico que mejora la fijación protésica sin obstaculizar su eventual eliminación.

La cabeza del tornillo Full Head (**Imagen A**), incluida en los pilares preformados angulados, es plena y presenta un hexágono externo de dimensiones reducidas respecto a las de un tornillo protésico con hexágono interno. Para las maniobras de atornillado y desatornillado de este tornillo protésico especial, están disponibles los destornilladores de vaso de acero para uso quirúrgico, con tres longitudes diferentes y con injertos para carraca dinamométrica y uno con conexión para contra-ángulo (ver la pág. 29).

Los tornillos con apoyo cónico y cabeza estándar (**Imagen B**) tienen un alojamiento de tipo allén para los destornilladores tradicionales de la serie HSM (ver la pág. 27).

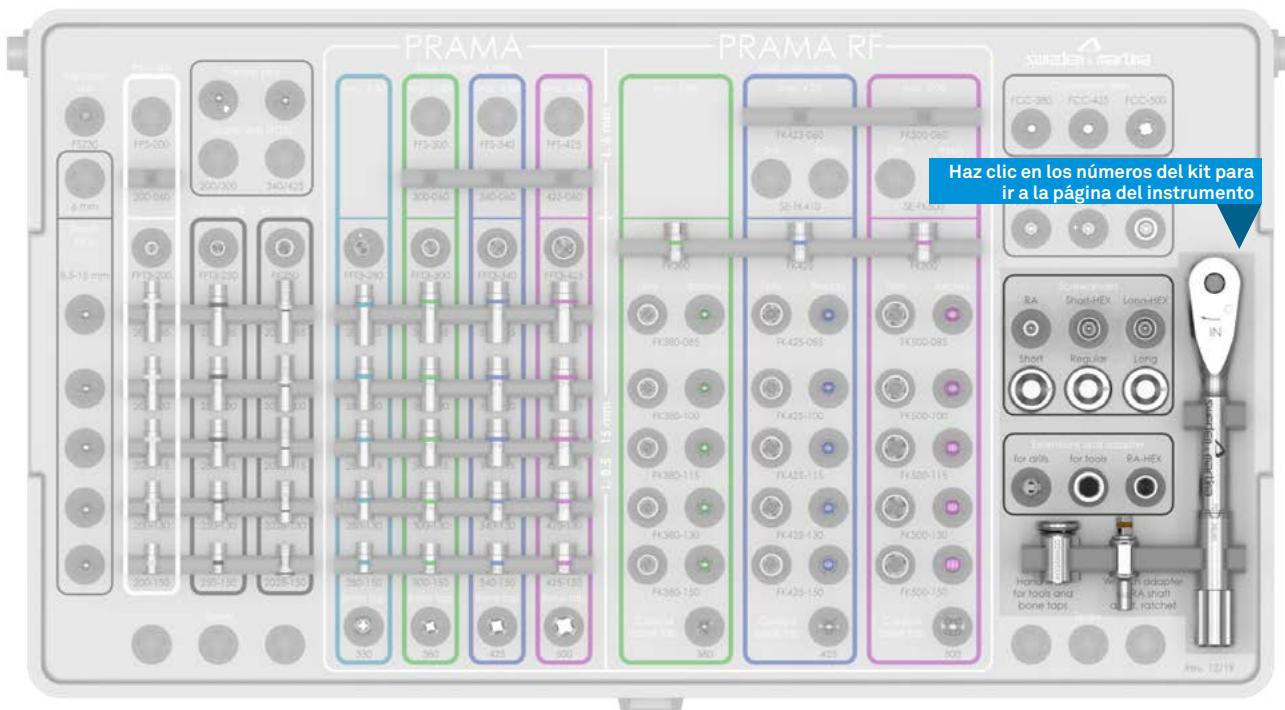
Estos tornillos resultan especialmente útiles si es necesario reducir en gran medida la altura total de los pilares y si no existe, pues, la altura suficiente para cerrar el agujero del tornillo con la ayuda de material removible. De hecho, el volumen de la cabeza del tornillo que es el mismo del agujero del tornillo de los pilares protésicos, impide dejar espacios donde podría entrar el cemento usado para fijar la corona.



El kit Prama

El kit Prama contiene todo el instrumental quirúrgico y protésico necesario para gestionar todas las fases operatorias desde la colocación del implante hasta cargar la prótesis definitiva.

Para más detalles sobre los instrumentos quirúrgicos se vean catálogo y manual quirúrgico Prama. En esta sede concentraremos la información únicamente sobre los instrumentos que tienen una relevancia protésica.



PROF-CAL3

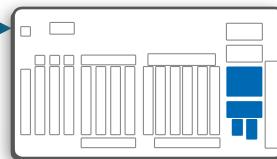
BPM-15

B-AVV-CA3

AVV-CA-DG-EX

Nota: para garantizar la máxima duración de los instrumentos quirúrgicos y protésicos, les aconsejamos seguir las operaciones de lavado o esterilización recomendadas

Haz clic en el dibujo para volver a la página del kit



Todos los atornilladores están realizados en acero inoxidable para uso quirúrgico.

Existen dos tipos distintos de atornilladores para implantes Prama: los tradicionales (**Imagen A** y **B**) y los atornilladores para tornillos con tecnología Full Head (**Imagen C**).

Difieren por el diseño de la punta, estudiado en el primer caso para conectar un tornillo con conexión hexagonal interna y en el otro con conexión hexagonal externa, por tanto no son intercambiables entre sí. En ambos casos el acoplamiento ligeramente cónico entre atornillador y tornillo permite una retención adecuada para el transporte de éste último a la cavidad oral.

Compruébese con regularidad que dicha funcionalidad no se haya perdido a causa del deterioro.

Ambas familias de atornilladores se encuentran disponibles en distintas longitudes de vástago para facilitar la ergonomía según la anatomía del paciente. Los atornilladores estándar se encuentran disponibles también en versión digital monopieza, es decir soldados a la manivela, lo cual facilita el agarre.

A

Atornilladores y tornillos estándares

B

Atornilladores estándares y tornillos de fijación con apoyo cónico

C

Atornilladores específicos para tornillos con tecnología Full Head

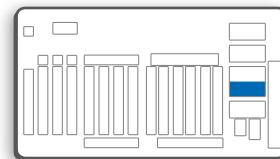
Advertencia importante

Los torques excesivos pueden estropear los pozos o los bordes de los tornillos de fijación y desgastar los hexágonos de los atornilladores, provocando complicaciones intraoperatorias o protésicas incluso graves. Los torques recomendados para los distintos componentes están resumidos en la tabla siguiente.

Pilares de cicatrización	8-10 Ncm
Tornillos para transfer	8-10 Ncm
Tornillos pasantes para apretar en los implantes pilares y abutment	20-25 Ncm
Tornillos pasantes para apretar superestructuras protésicas en los abutment P.A.D. y P.A.D.r	15-20 Ncm
Tornillos pasantes para apretar superestructuras protésicas en los abutment	20-25 Ncm
Tornillos pasantes para apretar sobre los implantes los abutment P.A.D.r angulados	20-25 Ncm
Componentes de atornillado directo en los implantes (por ej. P.A.D. y P.A.D.r rectos, abutment PLAIN que no tienen un tornillo pasante sino forman un cuerpo único con el tornillo)	25-30 Ncm
Tornillos pasantes para apretar superestructuras atornilladas directamente en los implantes (sin usar abutment intermedios)	25-30 Ncm

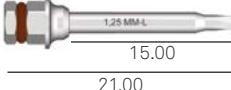
Considerando la importancia de los torques, aconsejamos que se utilicen siempre atornilladores con racor hexagonal, manteniendo bajo control el torque ejercitado por medio de la carraca.

Para facilitar el agarre de los tornillos o de las porciones roscadas de los componentes protésicos, se puede siempre iniciar el atornillado con los atornilladores digitales.



Atornilladores utilizables con la carraca dinamométrica

Los atornilladores con racor hexagonal superior están diseñados, en cambio, para ser utilizados con carraca dinamométrica con función de control del torque. Screw Kit incluye atornilladores cortos, largos y extra-largos, estos últimos muy útiles cuando el agujero del tornillo dentro del pilar es más largo de 13.00 mm. Algunos de estos atornilladores están incluidos también en los kit quirúrgicos del sistema Prama. Consultese los catálogos y manuales quirúrgicos del sistema para conocerlos detalladamente. Este último instrumento se puede pedir también por separado (véase HSMXL-20-EX pág 29).

descripción	código
Atornillador para tornillos de fijación, con racor hexagonal para carraca dinamométrica o manivela digital, corto	HSM-20-EX 
Atornillador para tornillos de fijación, con racor para carraca dinamométrica o manivela digital, largo	HSML-20-EX 

Advertencia importante

Todos los atornilladores para carraca presentan en el hexágono de conexión un O-ring en polímero rojo que garantiza la fricción entre los instrumentos y, por tanto, la estabilidad de los componentes.

Dicho O-ring tiene que verificarse periódicamente y ser sustituido cuando esté deteriorado y ya no ejerza su fricción correcta.

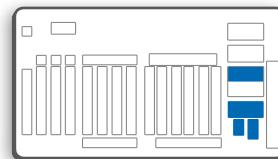
Se encuentra disponible un kit de 5 O-ring de recambio que puede pedirse con el código **ORING180-088**.



Atornillador para contra-ángulo

Los kit quirúrgicos incluyen también un atornillador con vástago para contra-ángulo, muy práctico tanto en la fase quirúrgica como protésica si se usa en combinación con un micromotor con control del torque. Dicho atornillador puede ser utilizado sólo para fijar pilares cuyo agujero de paso del tornillo no sea de una longitud superior a 11.00 mm. Además, está disponible como opcional un atornillador con vástago para contra-ángulo extra corto, indicado para los sectores distales que se puede usar solo para la fijación de los pilares con orificio de paso del tornillo no más largo de 6.00 mm. Véase HSMXS-20-CA en la pág 29.

descripción	código
Atornillador para tornillos de fijación, con vástago para contra-ángulo	HSM-20-CA 



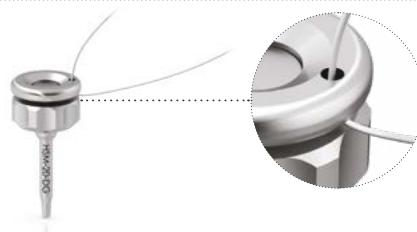
Atornilladores digitales

Su diseño los hace ser muy prácticos en las fases quirúrgicas y en las fases de extracción y gestión de los pilares transmucosos. No tienen que utilizarse en las fases protésicas definitivas ya que no permiten controlar el torque. Estos atornilladores se encuentran disponibles, en 3 tamaños distintos, en el kit quirúrgico Prama y en el Screw kit.

descripción	código
Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, extra corto	HSMXS-20-DG HSMS-20-DG 6.30 15.00
Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, corto	HSM-20-DG HSM-20-DG 12.30 21.00
Atornillador para tornillos quirúrgicos de cierre y tornillos de fijación, digital, largo	HSML-20-DG HSML-20-DG 14.80 26.90

Advertencia importante

Le recomendamos que pase un hilo anti-caída por el agujerito presente en la parte superior de la manivela.



Alargaderas y racores

descripción	código
Driver para transportador y adaptador mecánico con vástago para contra-ángulo para instrumentos con racor hexagonal	B-AVV-CA3 Ø 5.00 B-AVV-CA3 9.00 24.00
Manivela digital para machos de rosca, mounter, atornilladores, llaves de Allen y driver	AVV3-MAN-DG Ø 10.00 AVV3-MAN-DG 13.00
Alargadera para llaves de Allen, atornilladores y driver manuales, con racor hexagonal para llave dinamométrica	BPM-15 Ø 5.50 BPM-15 3.80 12.80
Atornillador para instrumentos de contra-ángulo, digital con racor hexagonal para carraca	AVV-CA-DG-EX
Alargadera para fresas quirúrgicas	PROF-CAL3

Instrumentos opcionales no incluidos en el kit

Atornilladores protésicos para tornillos con dinamométrica Full Head

Los atornilladores específicos para tornillos con tecnología Full Head se encuentran disponibles en versión con racor hexagonal para carraca, en distintas longitudes de vástago. Se encuentra disponible un atornillador con conexión para contra-ángulo. La punta de los instrumentos presenta una cavidad hexagonal que se ajusta al hexágono lleno de los tornillos Full Head, facilitando la retención necesaria para el transporte del tornillo. Estos atornilladores no pueden ser utilizados para los tornillos de fijación de los pilares provisionales o para otros tipos de tornillos presentes en el catálogo.

descripción	código
Atornillador para tornillos con tecnología Full Head, digital, corto	L-HSM-EX  7.90 13.90
Atornillador para tornillos con tecnología Full Head, digital, largo	L-HSML-EX  15.00 21.00
Atornillador para tornillos con tecnología Full Head, digital, extra largo	L-HSMXL-EX  25.00 31.00
Atornillador para tornillos Full Head con vástago para contra-ángulo	L-HSM-CA  12.60 27.00

Atornilladores extra para tornillos estandares

descripción	código
Atornillador para tornillos de fijación, con racor hexagonal para carraca dinamométrica o manivela digital, extra largo	HSMXL-20-EX  1.25 MM-XL 25.00 31.00
Atornillador con vástago para contra-ángulo, corto	HSMXS-20-CA  6.00 20.40

Atornillador para Dynamic Abutment

descripción	código
Atornillador para Dynamic Abutment, longitud 24 mm. Se suministra por separado	DSPDCLH-24 
Atornillador para Dynamic Abutment, longitud 32 mm. Se suministra por separado	DSPDCLH-32 

Torque de fijación recomendado para los Dynamic Abutment: 20-25 Ncm.

Todas las medidas se entienden en mm, salvo cuando se especifique lo contrario.

Screw Kit

El Screw Kit de Sweden & Martina es un práctico set que incluye los atornilladores necesarios para las fases protésicas de los implantes Prama, Premium, Kohno y Shelta, para las distintas soluciones protésicas: para pilares estandares, para los pilares intermedios, para la prótesis P.A.D., para abutment Locator, para attaches de bola y relativas cofias de retención. Además de incluir atornilladores digitales y para contra-ángulo, contiene también un carrier para el transporte de los abutment P.A.D., favoreciendo así también las rehabilitaciones protésicas rápidas full-arch. Incluye atornilladores digitales y para contra-ángulo y una carraca dinamométrica. Pequeño y fácilmente transportable, permite gestionar de forma simple e inmediata la fase de rehabilitación protésica posquirúrgica.

1



AVV3-MAN-DG



CRI5-KIT



AVV2-ABUT



AVV-CAP-TIT-1



BASCC-EX



2



3



5



HSM-20-CA



8927-SW



HSM-20-EX



8926-SW



HSML-20-EX



HSM-20-DG



HSMXL-20-EX

4
B-AVV-CA3

HSML-20-DG

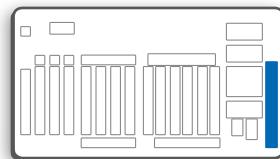


Nota: para garantizar la máxima duración de los instrumentos quirúrgicos y protésicos, siga los procedimientos de limpieza y esterilización recomendados.

descripción	código
Kit completo Screw Kit	ZSCREW-INT 
Caja para instrumental Screw Kit	SCREW-TRAY-INT 
Kit de 5 soportes en silicona de recambio para caja quirúrgica, para fresas o instrumentos con vástago para contra-ángulo	GROMMET-CA-1 
Kit de 5 soportes en silicona de recambio para caja quirúrgica, para instrumentos dotados con hexágono de racor	GROMMET-CA-2 

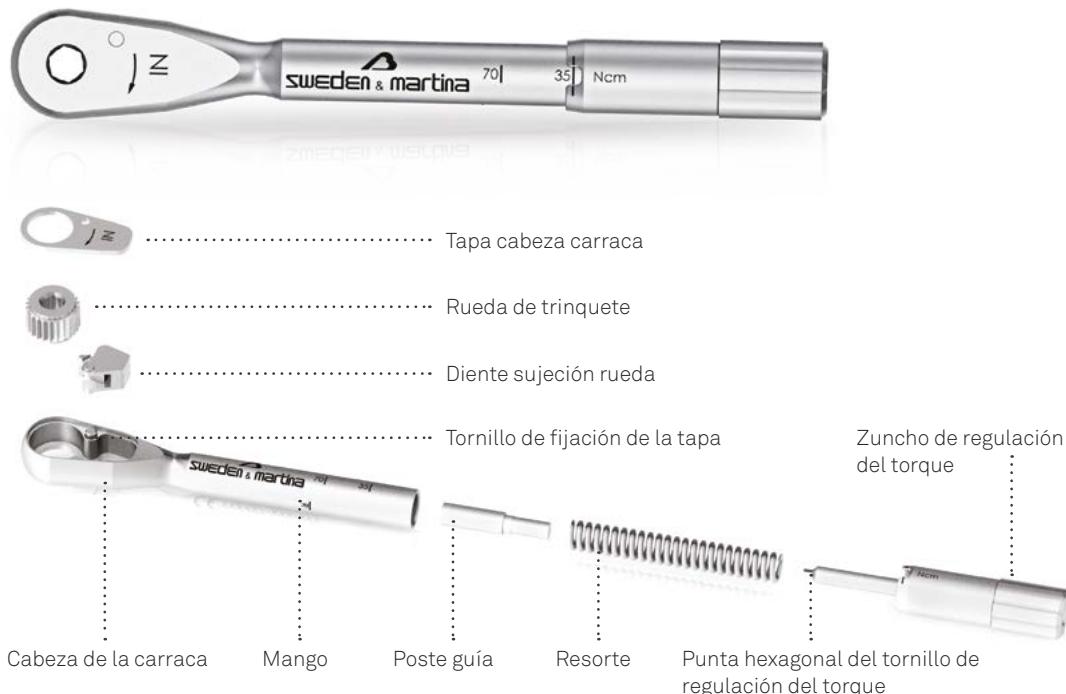
Advertencia importante

Algunos de los instrumentos necesarios para realizar los protocolos quirúrgicos están incluidos también dentro de los kit quirúrgicos. Consultese cada uno de los catálogos para conocer el contenido actualizado de dichos kit.



Carraca dinamométrica CRI5-KIT

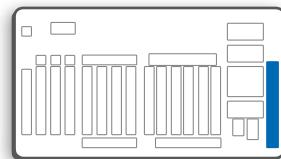
Dentro del kit quirúrgico del sistema implantológico hay una carraca especial (CRI5-KIT), junto con su llave de regulación correspondiente, para atornillar rápidamente el zuncho de regulación del torque y el lubricante para el mantenimiento. La carraca puede usarse con regulación del torque de 10 a 70 Ncm o bien en posición bloqueada sin control de torque. Para el uso como carraca protésica para la fijación de los tornillos, consultar los valores de torque indicados en la tabla de la pág. 26. La carraca dinamométrica CRI5-KIT es un instrumento desmontable, de amplio uso que se vende no estéril.



Antes de cada uso, es necesario limpiar y esterilizar este instrumento, según las indicaciones indicadas en la pág. 233. Para el funcionamiento correcto del dispositivo y preservar su duración, es fundamental realizar un mantenimiento adecuado, siguiendo a rajatabla todas las fases paso por paso para desmontar y volver a montar correctamente el dispositivo durante las operaciones de limpieza. El personal que usa este instrumento deberá haber sido instruido y deberá haber leído todas las indicaciones indicadas en el presente manual antes de manipular el instrumento. Después de la esterilización la llave está lista para su uso. Antes de cada intervención, tanto quirúrgica como protésica, es necesario llevar a cabo una prueba para verificar el montaje y el funcionamiento correcto de la llave.

La regulación del par se realiza alineando la marca del par deseado en la apertura circular del mango. La flecha "IN" que se puede leer en la cabeza vista desde arriba indica la posición de la llave que permite el atornillado. La flecha "OUT" que se puede leer en la cabeza vista desde arriba indica la posición de desatornillado. Una posición de par ilimitada se obtiene a través del posicionamiento del dispositivo de regulación del par hasta la marca "R" ubicada en el mango de cuerpo de la carraca.





El zuncho puede atornillarse y destornillarse manualmente pero para acelerar dichas operaciones en el kit hay también una llave Allen que permite girarlo rápidamente. Cada desgaste de los mecanismos de atornillado, inserción y par deberá ser controlado por el personal encargado del uso y del mantenimiento de este instrumento odontológico. Las piezas de este mecanismo no se pueden intercambiar; no es posible tomar una pieza de una llave para sustituirla en otra, ya que cada carraca está calibrada DE MANERA INDIVIDUAL. Si se pierde una pieza, les rogamos devolver el instrumento interesado a Sweden & Martina para que pueda repararlo. Ningún componente para el ensamblado de la carraca puede venderse por separado. El incumplimiento de las indicaciones suministradas puede provocar problemas de mantenimiento y estabilidad de la prótesis.



Advertencia importante

La regulación del par siempre se lleva a cabo a través de atornillado/destornillado del zuncho ubicado en el fondo del mango del instrumento. El par se deberá regular siempre de manera creciente, empezando a atornillar desde un valor más bajo hasta llegar al torque deseado, es decir, atornillando el zuncho en el sentido de las manecillas del reloj. Por este motivo, si tuviera que regular un par inferior al último usado, deberá desatornillar dos vueltas por debajo del valor del nuevo par deseado y remontar a dicho valor volviendo a atornillar el zuncho en el sentido de las manecillas.



Para regular el torque de manera creciente, es suficiente girar el zuncho en el sentido de las manecillas.

Para regular el torque a un valor inferior respecto al usado antes, se deberá girar el zuncho en el sentido contrario de las manecillas hasta dos vueltas por debajo del valor deseado y luego atornillar el zuncho en el sentido de las manecillas hasta alcanzar el valor de torque deseado.

Técnicas para la toma de impresión y la realización del modelo

La fase de la toma de impresión en implanto-prótesis es fundamental para que un tratamiento tenga éxito, pues enviar al laboratorio informaciones lo más exacta posible permite reducir el tiempo de trabajo y sobre todo permite crear manufacturados sin tensión que no transmitan esfuerzos indeseados a los implantes. La impresión puede tomarse en distintos tiempos quirúrgicos, en función de los protocolos y/o de las costumbres.

Con todos los implantes Prama es posible tomar la impresión con técnica de cubeta abierta con transfer Pick-up. Para zonas distales en las que sean difíciles las maniobras de atornillado y desatornillado del tornillo, así como en caso de escasa apertura oral, es posible utilizar junto a los Transfer Pick-up también los transfer Pull-up en PEEK radiopaco que presentan un anillo anodizado en azul en la base, que hace que sea posible verificar la correcta inserción dentro de la conexión del implante con una radiografía.

Los componentes para impresión y la realización del modelo se produce con las mismas máquinas que realizan los implantes; de este modo se garantiza realmente la precisión por lo que se refiere a las tolerancias y la fidelidad en la reproducción de la situación clínica. La anodización de los análogos según el código de color facilita el reconocimiento del diámetro del implante y simplifica las fases de laboratorio.

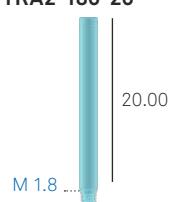
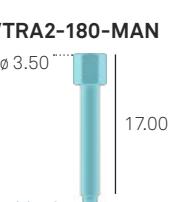
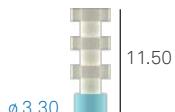
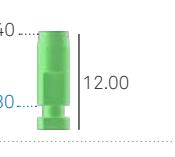
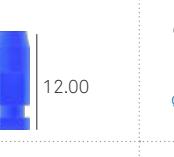
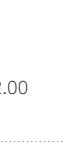
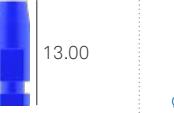
Transfer Pick-up: el diseño de la porción superior garantiza una excelente retención y, por lo tanto, una fijación sumamente estable en la impresión.



Transfer Pull-up: la conexión con aletas hace clic en el interior del hexágono de conexión del implante, sin necesidad de tornillo.

Advertencia importante

Se recomienda utilizar nuevos transfer y análogos para cada caso, con el fin de garantizar máxima precisión de acoplamiento a nivel de conexión. Transfer y análogos utilizados varias veces se deforman recíprocamente las paredes de los respectivos hexágonos, transfiriendo un error en la impresión que, especialmente en el caso de estructuras múltiples, puede llevar tensiones de la prótesis que se transfieren a los implantes y comprometen su éxito clínico.

Ø implante	3.30 mm	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Transfer Pick-up emergencia recta Tornillo de fijación incluido	A-TRA-330  Ø 3.30..... 12.00	L-TRA-380  Ø 3.80..... 9.00	L-TRA-425  Ø 4.25..... 9.00	L-TRA-500  Ø 5.00..... 9.00
Envase individual Tornillo de fijación para transfer Pick-up En dotación con los transfer puede pedirse también por separado como recambio	VTRA2-180-15  M 1.8..... 15.00	Utilizar VTRA2-180-15	Utilizar VTRA2-180-15	Utilizar VTRA2-180-15
Envase individual Tornillo de fijación para transfer Pick-up No provisto con los transfer, puede pedirse por separado como recambio	VTRA2-180-20  M 1.8..... 20.00	Utilizar VTRA2-180-20	Utilizar VTRA2-180-20	Utilizar VTRA2-180-20
Envase individual Tornillo de fijación para transfer Pick-up Para atornillado manual No provisto con los transfer, puede pedirse por separado como recambio	VTRA2-180-MAN  Ø 3.50..... 17.00 M 1.8.....	Utilizar VTRA2-180-MAN	Utilizar VTRA2-180-MAN	Utilizar VTRA2-180-MAN
Transfer Pull-up en PEEK radiopaco y Titánio Gr. 5 Emergencia recta	A-TRAP-330  Ø 3.30..... 11.50	Utilizar A-TRAP-330	Utilizar A-TRAP-330	Utilizar A-TRAP-330
Analogos Short Neck h 1.80	A-ANA-330  Ø 3.40..... 12.00 Ø 3.40.....	LS-ANA-380  Ø 3.40..... 12.00 Ø 3.80.....	LS-ANA-425  Ø 3.40..... 12.00 Ø 4.25.....	
Analogos Regular Neck h 2.80	A-ANA-330  Ø 3.40..... 12.00 Ø 3.40.....	L-ANA-380  Ø 3.40..... 12.00 Ø 3.80.....	L-ANA-425  Ø 3.40..... 12.00 Ø 4.25.....	L-ANA-500  Ø 3.40..... 12.00 Ø 5.00.....
Analogos Long Neck h 3.80		LL-ANA-380  Ø 3.40..... 13.00 Ø 3.80.....	LL-ANA-425  Ø 3.40..... 13.00 Ø 4.25.....	LL-ANA-500  Ø 3.40..... 13.00 Ø 5.00.....

Torque recomendado para los tornillos transfer: 8-10 Ncm

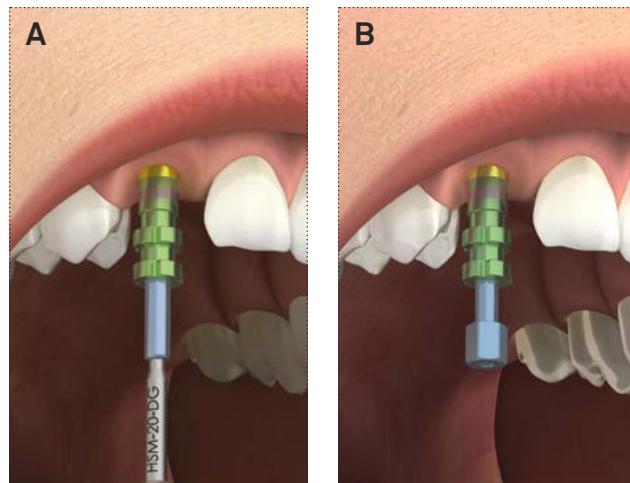
Impresión de cubeta abierta con transfer Pick-up - corona unitaria

El implante Prama presenta una emergencia transmucosa, por tanto está dedicado a técnicas de una sola fase quirúrgica. Cuando se esté tomando una impresión sucesivamente a un periodo de cicatrización, extraer el tornillo quirúrgico o el tornillo transmucoso de cicatrización.



Fijar los Transfer Pick-up con el tornillo que se suministra y el atornillador de la serie HSM de la longitud más idónea sin superar el torque de 8-10 Ncm (**img. A**).

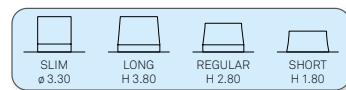
Nota: los transfer Pick-up pueden ser fijados utilizando el tornillo transfer para atornillado manual largo 17.00 mm que presenta un hexágono en su extremidad (**img. B**).



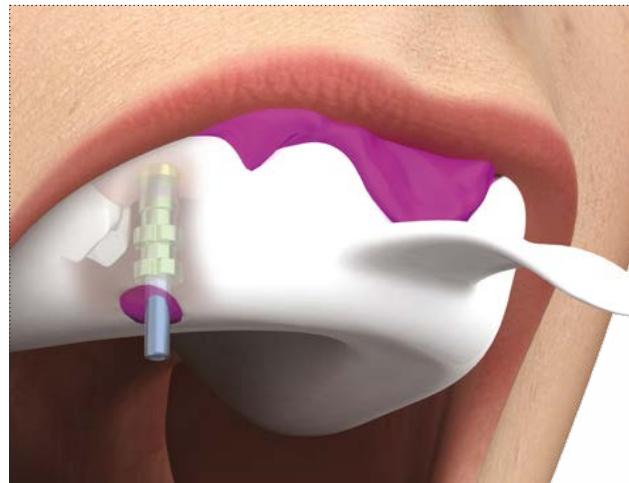
Comprobar que la cubeta personalizada, colocada en la boca, contenga toda la altura del transfer dentro de sus paredes, y el extremo del tornillo transfer sobresalga un tramo congruo y suficiente por el orificio presente en la cubeta.

Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, SKY IMPLANT, cód. SKY14) alrededor del transfer y a la porción que sobresale del implante.





Llenar la cubeta de impresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en todo el arco. Colocar luego la cubeta in situ y esperar el tiempo de endurecimiento según las instrucciones.



Desatornillar el tornillo transfer y sacarlo de la impresión para evitar que en el momento de extraer la cubeta pueda caer en la boca del paciente. Extraer la cubeta: los transfer Pick-up quedan dentro de la impresión.



Atornillar el análogo de laboratorio (L-ANA-*) al transfer utilizando el tornillo transfer, reposicionado en el agujero dejado por éste en el material de impresión.
El torque recomendado es de 8-10 Ncm.
Colar el modelo como de costumbre.



Impresión de cubeta abierta con transferes Pick-up - prótesis múltiples

Los implantes Prama presentan una emergencia transmucosa, por tanto se utilizan en técnicas de una sola fase quirúrgica.

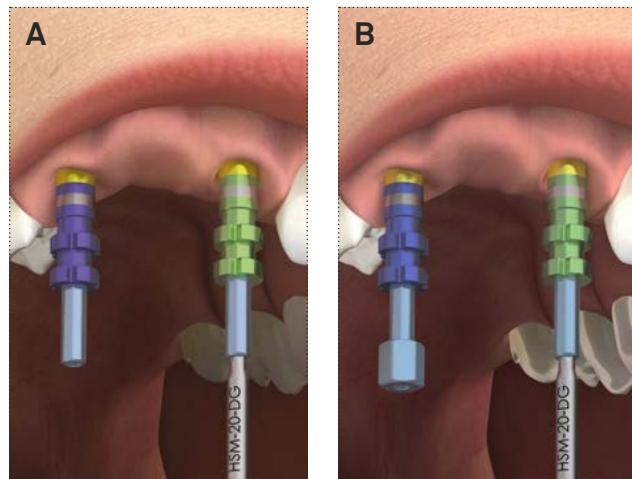
Cuando se esté tomando una impresión sucesivamente a un periodo de cicatrización, extraer los tornillos quirúrgicos de cierre o los tornillos de cicatrización.



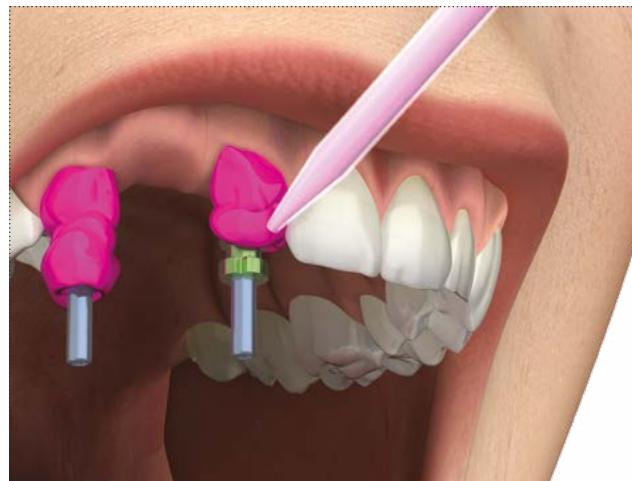
Fijar los transfer Pick-up con la llave suministrada y el atornillador de la serie HSM de la longitud más idónea sin superar el torque de 8-10 Ncm (**img A**).

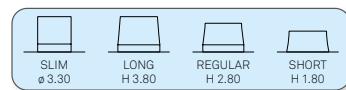
Si se desea, solidarizar los transfer con hilo y resina y esperar los tiempos de polimerización según las indicaciones del fabricante.

Nota: los transfer Pick-up pueden ser fijados manualmente utilizando el tornillo transfer largo 17.00 mm que presenta un hexágono en su extremidad (**img. B**).

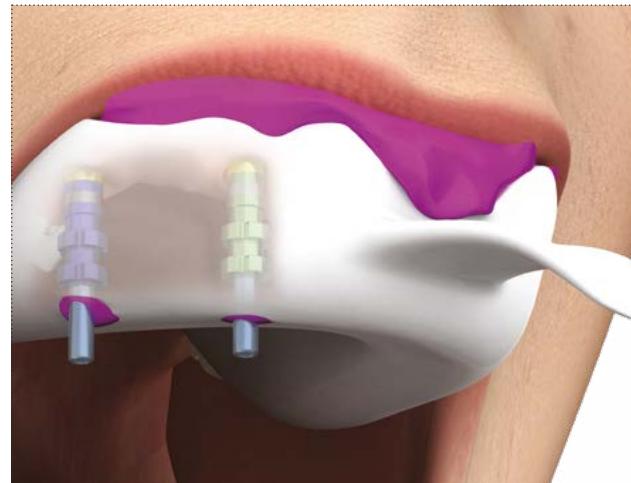


Comprobar que la cubeta personalizada, colocada en la boca, contenga toda la altura del transfer dentro de sus paredes, y el extremo del tornillo transfer sobresalga un tramo congruo y suficiente por el orificio presente en la cubeta. Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, código SKY 14) sólo alrededor del transfer y a la porción que sobresale de los implantes.

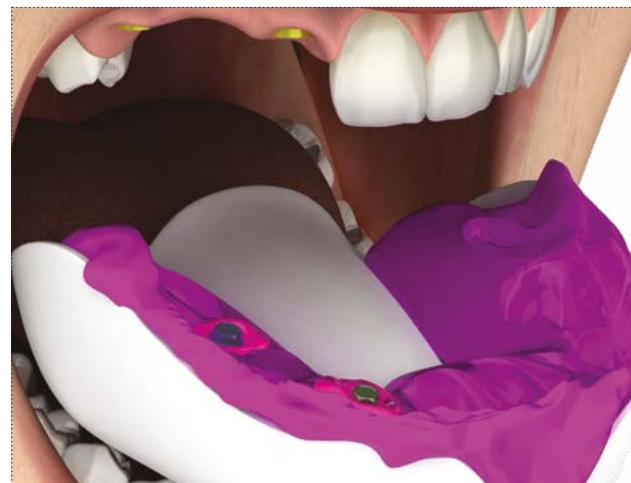




Llenar la cubeta de impresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en todo el arco. Colocar luego la cubeta *in situ* y esperar el tiempo de endurecimiento según las instrucciones.



Desatornillar los tornillos transfer y sacarlos de la impresión para evitar que en el momento de extraer la cubeta puedan caer en la boca del paciente.
Extraer la cubeta: los transfer Pick-up quedan dentro de la impresión.

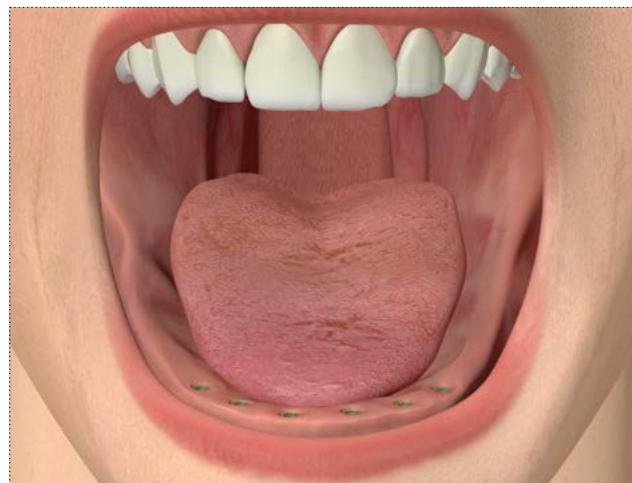


Atornillar uno por uno los análogos de laboratorio (A-ANA-*) a los transfer mediante el tornillo transfer, reposicionado en el agujero dejado por ésta en el material de impresión.
El torque recomendado es de 8-10 Ncm.
Colar el modelo como de costumbre.



Impresión con transfer Pull-up - arcada completa

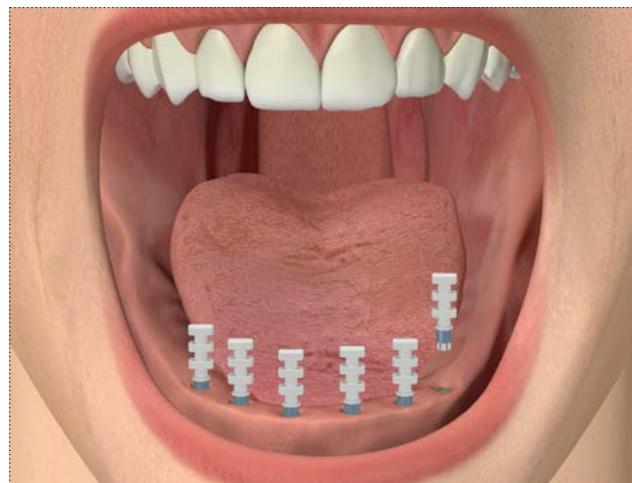
Remover los pilares de cicatrización o los tornillos quirúrgicos de cierre.



Colocar los transfer Pull-up y fijarlos con una simple presión de la mano, sin necesidad de instrumentos. El típico clic de las aletas del transfer indica que ha sido introducido de manera correcta en la conexión del implante.

Advertencia importante

En caso de escasa visibilidad o duda acerca del acoplamiento total entre transfer e implante, realizar una prueba radiográfica. El anillo en titanio en la base del transfer los hace visible en las radiografías.

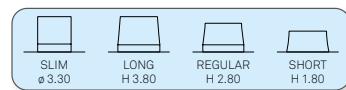


Colocar la cubeta y verificar que toda la altura del transfer esté contenida en el interior de las paredes del portaimpresión.

Advertencia importante

Los transfer Pull-up están disponibles sólo en un diámetro, con sólo el anillo anodizado de azul, y no siguen por lo tanto el código de color; es necesario indicarle al laboratorio el diámetro del análogo que tendrá que ser fijado al susodicho transfer.

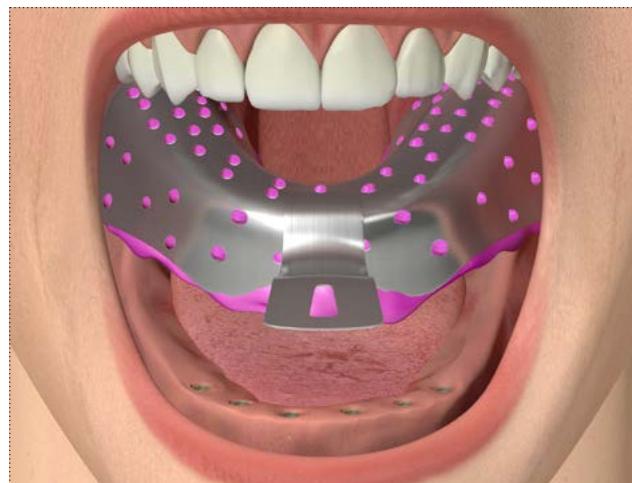




Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód. SKY14) solo alrededor de los transfer y al mismo tiempo llenar la cubeta portaimpresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en toda la arcada. Luego colocar la cubeta in situ y esperar el tiempo de fraguado, según las instrucciones.



Levantar la cubeta portaimpresión de manera vertical: los transfer Pull-up permanecerán englobados en la impresión.

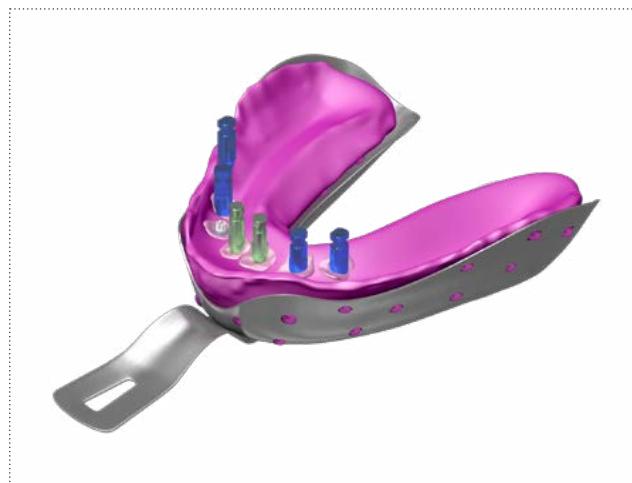


Acoplar cada transfer con un análogo del laboratorio con diámetro correspondiente al del implante colocado en la boca del paciente.

Colar el modelo preliminar y realizar una cubeta portaimpresión individual como de costumbre.

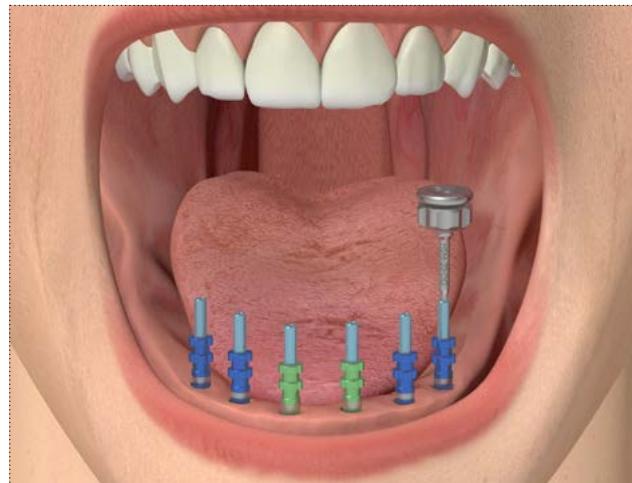
Advertencia importante

Los transfer Pull-up están disponibles sólo en un diámetro, con sólo el anillo anodizado de azul, y no siguen por lo tanto el código de color; es necesario indicarle al laboratorio el diámetro del análogo que tendrá que ser fijado al susodicho transfer.

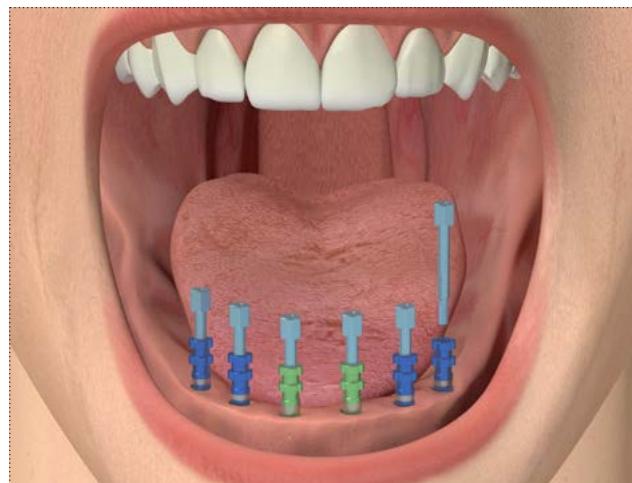


Impresión de cubeta abierta con transfer Pick-up - arcada completa

Fijar los transfer Pick-up con el tornillo en dotación y el atornillador más apropiado sin exceder el torque de 8-10 Ncm.

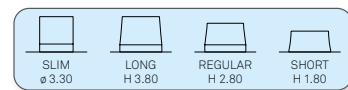


Los transfer Pick-up pueden ser fijados manualmente utilizando el tornillo transfer largo 17.00 mm que presenta un hexágono en su extremidad.



Si lo desea, unir los transfer entre ellos con hilo y resina y esperar la polimerización, según las indicaciones del fabricante (por ej. resina SUN, cód. SUN-A2 o SUN-A3).

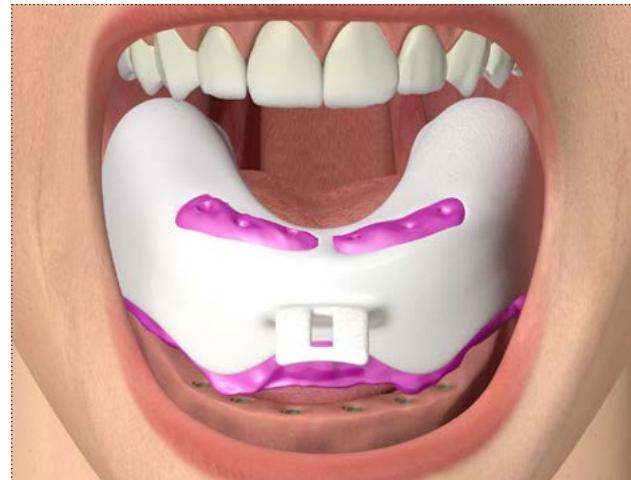




Verificar que la cubeta personalizada colocada en la boca contenga toda la altura del transfer en el interior de sus paredes y que la extremidad del tornillo transfer salga por un tramo congruo y suficiente por el agujero presente en la cubeta. Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód. SKY14) solo alrededor de los transfer y en el tramo de unión y al mismo tiempo llenar la cubeta portaimpresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en toda la arcada. Luego colocar la cubeta in situ y esperar el tiempo de fraguado, según las instrucciones.



Desatornillar los tornillos transfer y sacarlos de la impresión para evitar que cuando se quite el portaimpresión, puedan caer de manera accidental en la boca del paciente. Quitar la cubeta: los transfer Pick-up permanecen englobados en la impresión.

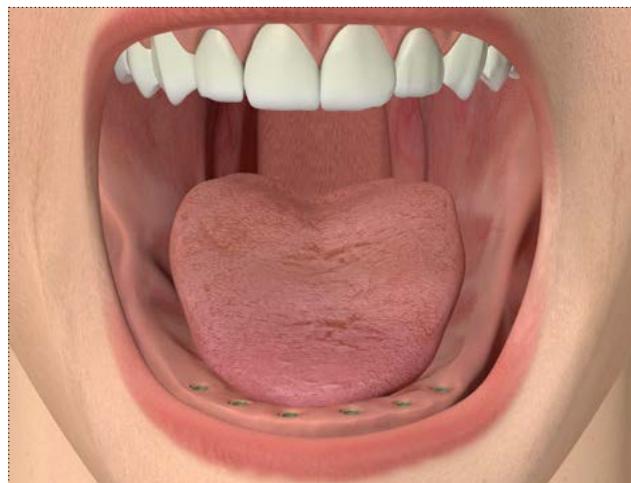


Atornillar uno a uno los análogos del laboratorio (A-ANA-*) en los transfer a través del tornillo transfer que se ha vuelto a colocar en el orificio dejado por el mismo en el material de impresión. El torque recomendado es de 8-10 Ncm. Colar el modelo como de costumbre.

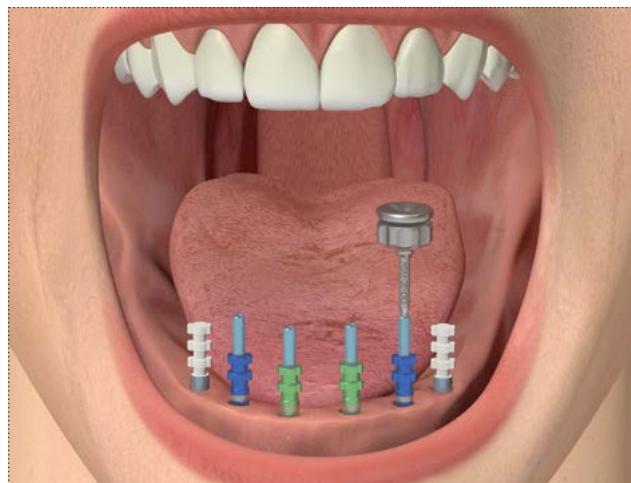


Impresión de arcada completa con técnica mixta

Los implantes Prama presentan una emergencia transmucosa, por tanto se utilizan en técnicas de una sola fase quirúrgica. Cuando se esté tomando una impresión sucesivamente a un periodo de cicatrización, extraer los tornillos quirúrgicos de cierre o los tornillos transmucosos de cicatrización.

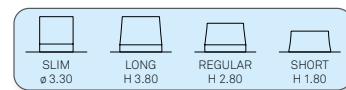


Para facilitar la fase de impresión en sectores distales y en pacientes con poca apertura oral, es posible utilizar los transfer Pull-up junto a los Transfer Pick-up. Los Transfer Pull-up hacen retención dentro de la conexión mediante sus aletas específicas, mientras los transfer Pick-up tienen que fijarse al implante con un tornillo transfer específico y a un torque máximo 8-10 Ncm. Para realizar esta operación utilícese el atornillador específico de la serie HSM de la longitud más adecuada.



Si el transfer resultara demasiado largo, es posible acortarlo según el espacio disponible cortando uno o dos módulos de retención con un disco de corte fuera de la cavidad oral: la retención de la porción de transfer que se queda en el material de impresión es suficiente para garantizar una correcta toma de impresión.

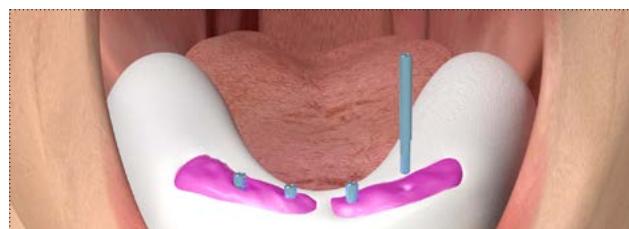




Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód.SKY14), sólo alrededor de los transfer y a la porción que sobresale de los implantes.



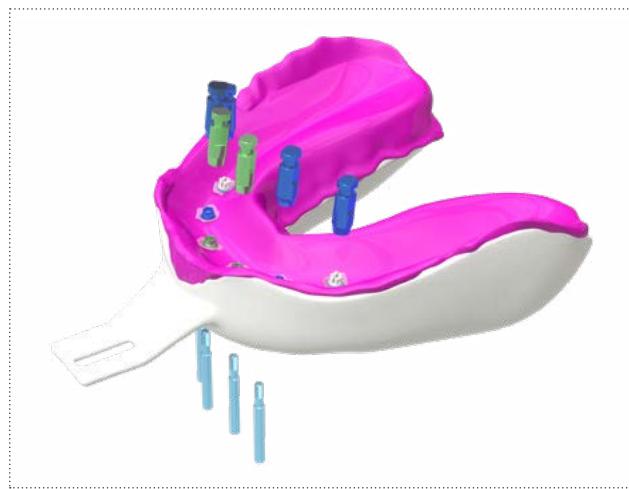
Llenar la cubeta de impresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en toda la arcada. Colocar luego la cubeta in situ y esperar el tiempo de endurecimiento según las instrucciones. Desatornillar el tornillo transfer y sacarlo de la impresión para evitar que en el momento de extraer la cubeta pueda caer en la boca del paciente.



Remover la cubeta: tanto el transfer Pick-up como el Pull-up se quedan incorporados en la impresión. Fijar los análogos (L-ANA-*) a los transfers por medio de los tornillos transfer, colocándolos en los agujeros dejados por los mismos tornillos en el material de impresión. El torque recomendado es 8-10 Ncm. En el caso de los transfer Pull-up, el característico click de las aletas del transfer indica que el transfer ha sido conectado correctamente. Colar el modelo como de costumbre.

Advertencia importante

Los transfer Pull-up están disponibles sólo en un diámetro, con sólo el anillo anodizado de azul, y no siguen por lo tanto el código de color; es necesario indicarle al laboratorio el diámetro del análogo que tendrá que ser fijado al susodicho transfer.



Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización Prama IN

La morfología especial de los pilares de cicatrización Prama IN ayuda el acondicionamiento de los tejidos blandos durante su cicatrización, para facilitar la fase de impresión y dejar el espacio adecuado para la rehabilitación evitando dolor y malestar en el paciente durante la carga protésica.

Los pilares Prama IN de titanio, diseñados para cerrar en 0.50 mm o en 1.50 mm en posición subgingival englobando una parte del cuello transmucoso del implante Prama, están disponibles con tres diámetros diferentes que corresponden a los diámetros de los implantes para permitir seguir la morfología del cuello hiperbólico.

Los pilares Prama IN fabricados con resina REEF, cuya conformación nano-estequiométrica especial permite una elevada capacidad de resistencia al ataque bacteriano que se mantiene a lo largo del tiempo y dificulta la adhesión de la placa, están disponibles en dos alturas diferentes de cierre en el cuello del implante en 0.50 mm o 1.50 mm. Para las instrucciones de uso, consultar la pág. 23.

El pilar engloba por 0.50 mm la interfaz implante-abutment. Las marcas de láser en la cara superior indican el diámetro de conexión (en el ejemplo 380 = 3.80), la altura transmucosa (en el ejemplo 25 = 2.50) y el cierre en el cuello (en el ejemplo 05 = 0.50)



Pilar de cicatrización en resina REEF que engloba por 0.50 mm la interfaz implante-abutment.

El pilar engloba por 1.50 mm la interfaz implante-abutment. Las marcas de láser en la cara superior indican el diámetro de conexión (en el ejemplo 380 = 3.80), la altura transmucosa (en el ejemplo 25 = 2.50) y el cierre en el cuello (en el ejemplo 15 = 1.50)



Pilar de cicatrización en resina REEF que engloba por 1.50 mm la interfaz implante-abutment.

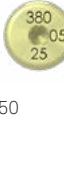
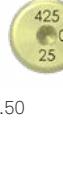
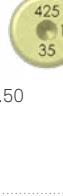


Nota: los pilares de cicatrización Prama IN que abrazan por 0.50 mm el cuello se usan solo en los cuellos Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm).

Los pilares de cicatrización Prama IN que abrazan por 1.50 mm de altura se usan solo para el cuello Regular (h 2.80 mm).

En ningún caso los pilares de cicatrización Prama IN se pueden usar con los Prama SLIM (\varnothing 3.30 mm) y los Prama con cuello Short (h 1.80 mm).

Pilares de cicatrización Prama IN en titanio

Ø implante	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilares de cicatrización Prama IN en titanio Gr. 5 Cierre 0.50 mm H transmucosa 2.50 mm	L-TMG-380-25-05  ø 5.00..... 2.50 ø 3.73..... M 1.8.....	L-TMG-425-25-05  ø 5.40..... 2.50 ø 3.78..... M 1.8.....	L-TMG-500-25-05  ø 6.10..... 2.50 ø 3.87..... M 1.8.....
Pilares de cicatrización Prama IN en titanio Gr. 5 Cierre 1.50 mm H transmucosa 2.50 mm	L-TMG-380-25-15  ø 5.00..... 2.50 ø 3.90..... M 1.8.....	L-TMG-425-25-15  ø 5.40..... 2.50 ø 4.10..... M 1.8.....	L-TMG-500-25-15  ø 6.10..... 2.50 ø 4.50..... M 1.8.....
Pilares de cicatrización Prama IN en titanio Gr. 5 Cierre 0.50 mm H transmucosa 3.50 mm	L-TMG-380-35-05  ø 5.00..... 3.50 ø 3.73..... M 1.8.....	L-TMG-425-35-05  ø 5.40..... 3.50 ø 3.78..... M 1.8.....	L-TMG-500-35-05  ø 6.10..... 3.50 ø 3.87..... M 1.8.....
Pilares de cicatrización Prama IN en titanio Gr. 5 Cierre 1.50 mm H transmucosa 3.50 mm	L-TMG-380-35-15  ø 5.00..... 3.50 ø 3.90..... M 1.8.....	L-TMG-425-35-15  ø 5.40..... 3.50 ø 4.10..... M 1.8.....	L-TMG-500-35-15  ø 6.10..... 3.50 ø 4.50..... M 1.8.....

Pilares de cicatrización Prama IN en resina REEF

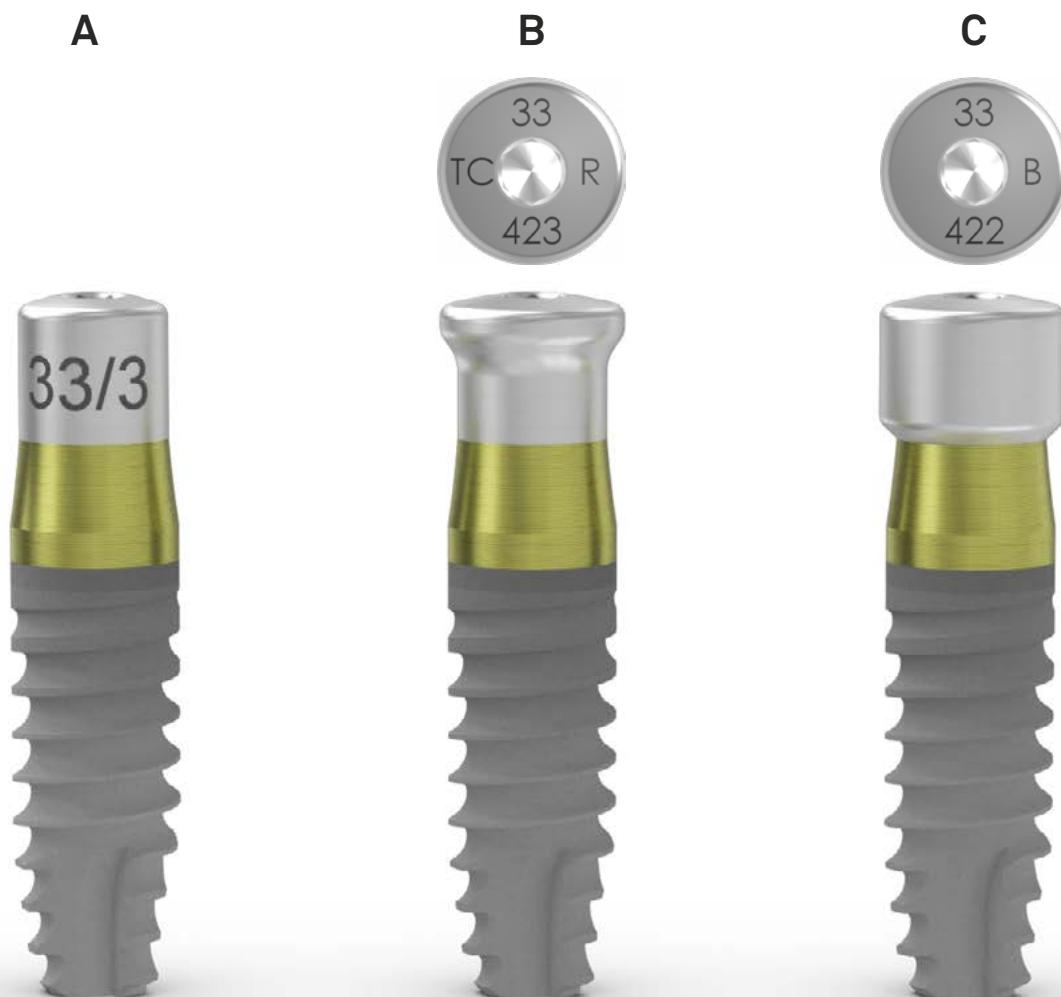
Ø implante	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilares de cicatrización Prama IN en resina REEF Cierre 0.50 mm H transmucosa 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-TMGPF-380-05  ø 5.00..... 6.00	L-TMGPF-425-05  ø 5.40..... 6.00	L-TMGPF-500-05  ø 6.10..... 6.00
Pilares de cicatrización Prama IN en resina REEF Cierre 1.50 mm H transmucosa 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-TMGPF-380-15  ø 5.00..... 6.00	L-TMGPF-425-15  ø 5.40..... 6.00	L-TMGPF-500-15  ø 6.10..... 6.00
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación estándar provisto con los pilares, puede pedirse por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10 	Utilizar VM2-180 VM2-180-10	Utilizar VM2-180 VM2-180-10

Torque recomendado para los pilares de cicatrización: 8-10 Ncm.

Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización estandares

Los implantes Prama presentan un cuello intramucoso que los vuelve aptos para los protocolos con una sola fase quirúrgica. Además de los pilares Prama IN, se han diseñado los pilares estándar que cierran apoyándose en la plataforma del implante y están disponibles en dos versiones, es decir, con perfil de emergencia recto y con perfil de emergencia anatómico. Los pilares con perfil de emergencia recto (**Imagen A**) tienen unas marcas de láser en el lado que indica el diámetro de conexión (33 = 3.30 mm) y la altura transmucosa (3 = 3.00 mm). Los pilares para T-Connect con diferentes alturas transmucosas (Imagen B) presentan una marca de láser en la cara superior que lleva la sigla del T-Connect asociado (en el ejemplo TCR), el diámetro de conexión (en el ejemplo 33 = 3.30 mm), el volumen coronal máximo (en el ejemplo 42 = 4.20 mm) y la altura transmucosa (en el ejemplo 3 = 3.00 mm).

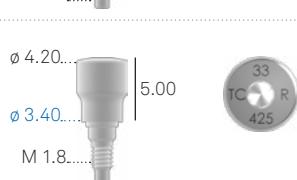
Los pilares de cicatrización para T-Connect estándar (**Imagen C**) presentan una marca de láser en la cara superior que lleva la sigla del componente (**Imagen B**), el diámetro de conexión (en el ejemplo 33 = 3.30 mm), el volumen coronal máximo (en el ejemplo 42 = 4.20 mm) y la altura transmucosa (2 = 2.00 mm).



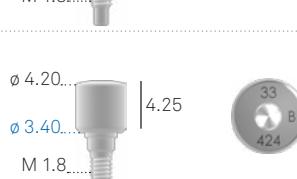
Pilares de cicatrización estandares

descripción	código
Pilares de cicatrización Emergencia recta H transmucosa 2.00 mm	A-TMG-330-2 
Pilares de cicatrización Emergencia recta H transmucosa 3.00 mm	A-TMG-330-3 
Pilares de cicatrización Emergencia recta H transmucosa 5.00 mm	A-TMG-330-5 
Pilares de cicatrización Emergencia recta H transmucosa 7.00 mm	A-TMG-330-7 

Pilares de cicatrización para T-Connect con diferentes alturas transmucosas

ø implante	ø 3.30
Pilares de cicatrización H transmucosa 2.00 mm	A-TMTCR-330-2 
Pilares de cicatrización H transmucosa 3.00 mm	A-TMTCR-330-3 
Pilares de cicatrización H transmucosa 5.00 mm	A-TMTCR-330-5 

Pilares de cicatrización para T-Connect estandares

ø implante	ø 3.30
Pilares de cicatrización H transmucosa 2.00 mm	A-TMGB-330-2 
Pilares de cicatrización H transmucosa 3.00 mm	A-TMGB-330-3 
Pilares de cicatrización H transmucosa 4.00 mm	A-TMGB-330-4 

Torque recomendado para las transmucosas de cicatrización: 8-10 Ncm.

Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización Prama IN - corona unitaria

Los pilares de cicatrización deben ser colocados usando atornilladores de la serie HSM, sin exceder el torque de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Recordamos que los pilares Prama-In que cierran en el cuello en 1.50 mm se pueden usar solo con los implantes Prama Regular Neck.

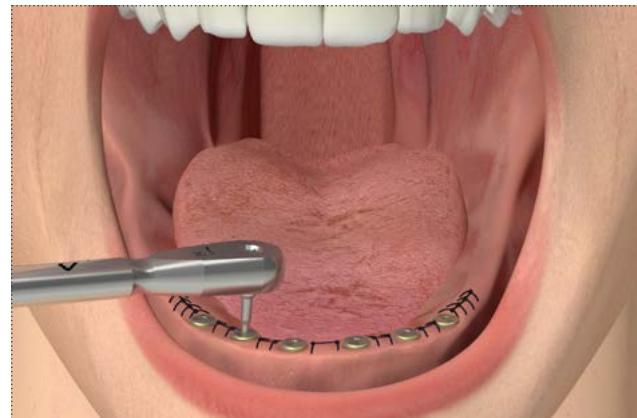


Durante el periodo de cicatrización de los tejidos blandos, la estética, si es necesario, puede ser mantenida cementando un puente Maryland a los dientes adyacentes, para evitar cargar el pilar de cicatrización y, en consecuencia, al implante.

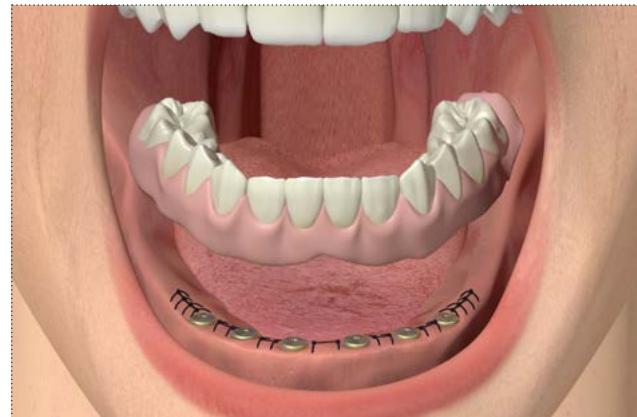


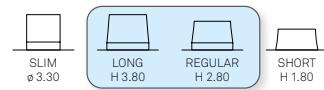
Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización Prama IN - arcada completa

Los pilares de cicatrización deben ser colocados utilizando los atornilladores de la serie HSM, sin exceder el torque de 8-10 Ncm.



En el caso de prótesis de arcada completa atornillada o cementada, los tejidos blandos pueden ser acondicionados utilizando pilares de cicatrización del mismo tamaño de los pilares elegidos. Los pilares de cicatrización deben ser protegidos durante el periodo de cicatrización con una sobredentadura no cargada en correspondencia de los implantes, y en consecuencia de los pilares de cicatrización, rebasada con material blando.





Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares de cicatrización Prama IN en resina REEF - corona unitaria

Los pilares de cicatrización deben ser colocados utilizando atornilladores de la serie HSM, sin exceder el torque de 8–10 Ncm.

Advertencia importante

Se recomienda fresar el pilar de cicatrización fuera de la cavidad oral, fijándolo si necesario a un análogo, para evitar que las vibraciones comprometan la estabilidad primaria del implante, especialmente en el caso de carga inmediata..



En la cavidad oral del paciente, preparar el pilar de cicatrización según el espacio disponible.

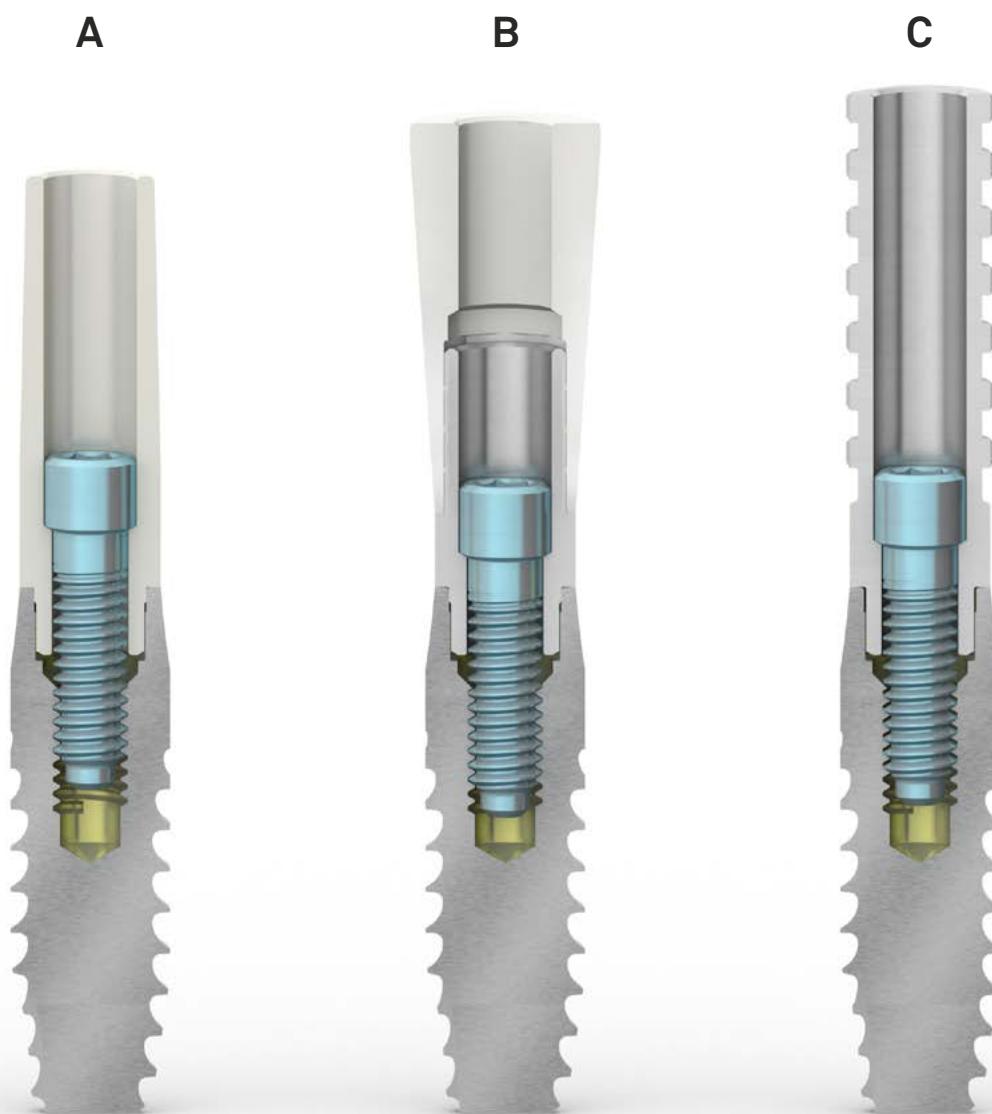


Advertencia importante

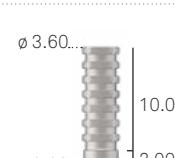
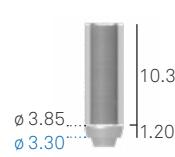
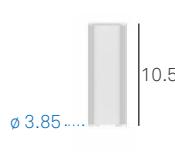
En el caso de prótesis de arcada completa atornillada o cementada, los tejidos blandos pueden ser acondicionados de manera idónea. Los pilares de cicatrización deben ser protegidos con una sobredentadura no cargada en correspondencia de los implantes, y en consecuencia de los pilares de cicatrización, rebasada con material blando.

Acondicionamiento de los tejidos blandos con pilares provisionales

Los pilares provisionales se pueden usar también como alternativa a los pilares de cicatrización para el re-acondicionamiento de los tejidos blandos, según los protocolos protésicos adoptados. Los pilares provisionales de resina REEF (**Imagen A**) se caracterizan por una conformación nano-estequiométrica especial que brinda una elevada capacidad de resistencia al ataque bacteriano que se mantiene en el tiempo y dificulta la adhesión de la placa, favoreciendo la fase de cicatrización. Los pilares provisionales de PEEK con base de titanio Gr. 5 (**Imagen B**), ideales para el soporte de coronas unitarias cementadas. La resina REEF es muy fácil de usar en la consulta, lo que permite un rebase sencillo y la construcción de la morfología de la restauración. Los pilares provisionales Simple de titanio Gr. 5 (**Imagen C**) se han ideado para brindar un soporte resistente tanto en el caso de coronas individuales como de rehabilitaciones múltiples o de toda la arcada. En la versión reposicionable para coronas individuales la conexión es de tipo hexagonal, mientras en la versión para rehabilitaciones múltiples y de toda la arcada la conexión no tiene el hexágono de reposicionamiento.



Nota: los pilares provisionales se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long..

descripción	código
Pilares provisionales en resina REEF Repositionables Tornillo de fijación estándar incluido	A-PPF-330-EX  Ø 3.00... 10.00
Pilares provisionales en resina REEF No repositionables Tornillo de fijación estándar incluido	A-PPF-330  Ø 3.00... 10.00
Pilares provisionales Simple en PEEK y base en titanio Gr. 5 Repositionables Tornillo de fijación estándar incluido	A-MPSC-330  Ø 3.30... 11.30 1.80
Pilares provisionales Simple en titanio Gr. 5 Repositionables Tornillo de fijación estándar incluido	A-MPSCI-330-EX  Ø 3.60... 10.00 2.00
Pilares provisionales Simple en titanio Gr. 5 No repositionables Tornillo de fijación incluido	A-MPSCI-330  Ø 3.60... 10.00 2.00
Provisionales de titanio con cánula No riposicionables Emergencia recta Cánula calcinable y tornillo de fijación incluidos	A-CTI-330  Ø 3.85... 10.30 11.20
Cánula calcinable de repuesto para pilares de titanio Tornillo de fijación no incluido	A-CCI-S  Ø 3.85... 10.50
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación estándar incluido. El tornillo puede pedirse por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10  M 1.8...

Torque recomendado para los tornillos de fijación en resina REEF: 8-10 Ncm.

Torque recomendado para los pilares en titanio y en PEEK con base en titanio: 20-25 Ncm.

Fase de cicatrización y acondicionamiento de los tejidos blandos utilizando los pilares provisionales para técnica vertical en resina REEF - corona unitaria

Para los sectores frontales, donde el espacio es limitado pero la exigencia de un provisional estético es aún más importante, están disponibles los pilares provisionales para técnica vertical en resina REEF de tamaño reducido, sobre los cuales se puede fijar directamente en el sillón una prótesis ya fresada por el protésico.

Advertencia importante

En el caso de un canino, como se muestra en la siguiente secuencia protésica, es necesario reducir el elemento final para evitar que éste, una vez colocado en boca, sufra unas interferencias oclusales.

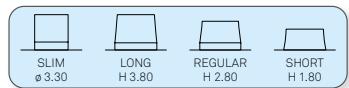


Fijar al implante el pilar provisional para técnica vertical en resina REEF con hexágono de reposicionamiento utilizando la llave suministrada, utilizando el atornillador de la serie HSM de la longitud más idónea.
Dejar inicialmente el pilar provisional de la longitud original.



Introducir en el pilar provisional para técnica vertical una corona realizada en el laboratorio y perforada para crear un espacio que pueda deslizarse sobre el cuerpo cilíndrico en resina.

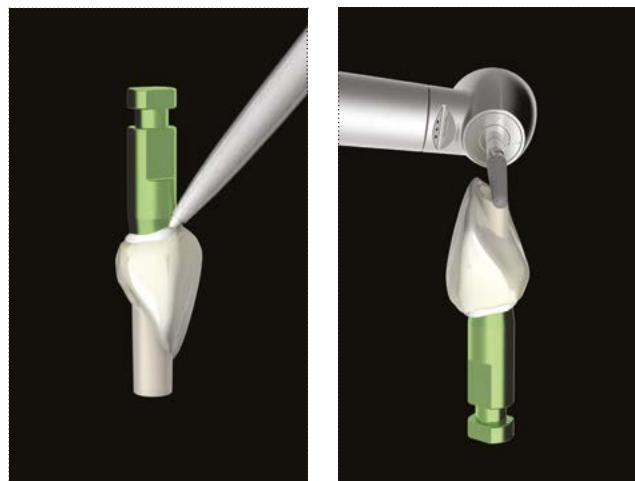




Fijar la corona provisional con resina al pilar provisional para técnica vertical en el margen oclusal. Esperar la polimerización según las modalidades y los tiempos indicados por el fabricante.



Tras la polimerización, las dos partes ahora unidas se eliminan y se pasa al llenado en resina de todo el espacio interno que ha quedado entre el desconchado y el pilar provisional para técnica vertical.
Perfeccionar el provisional atornillado tanto en la porción oclusal, eliminando la excedencia del pilar provisional, como en la porción apical, de acuerdo con las formas de los perfiles de emergencia.

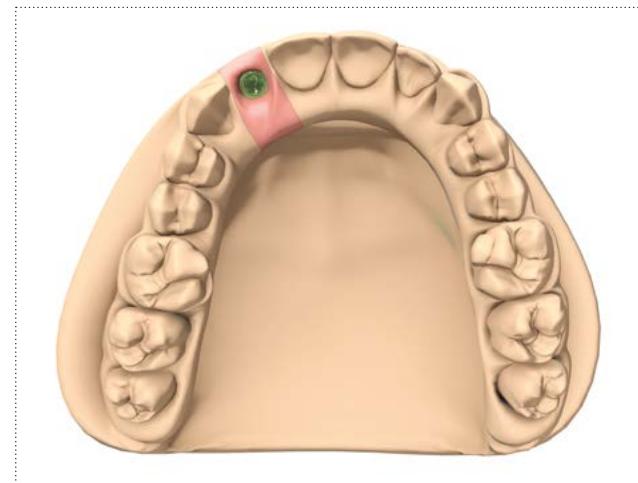


Atornillar el provisional al implante con el correspondiente tornillo y un atornillador de la serie HSM. Le recomendamos que no supere el torque de fijación de 8-10 Ncm.
El provisional contribuirá no sólo a mantener una buena calidad de vida del paciente mientras espera la prótesis definitiva, sino que ayudará también a que los tejidos gingivales que luego recibirán la prótesis definitiva se recuperen bien, con resultados estéticos excelentes.



Rehabilitación provisional atornillada unitaria - método indirecto

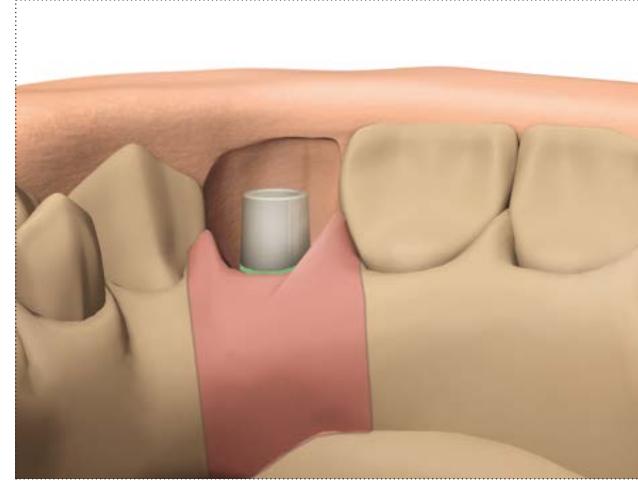
El provisional atornillado se puede realizar también en el laboratorio, a partir del modelo.

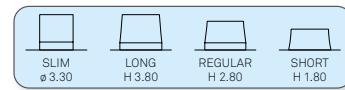


El pilar provisional para técnica vertical en resina REEF con hexágono de reposicionamiento se coloca en el modelo.



Reducir el pilar por medio de un disco abrasivo hasta una dimensión adecuada a la dimensión vertical del paciente.





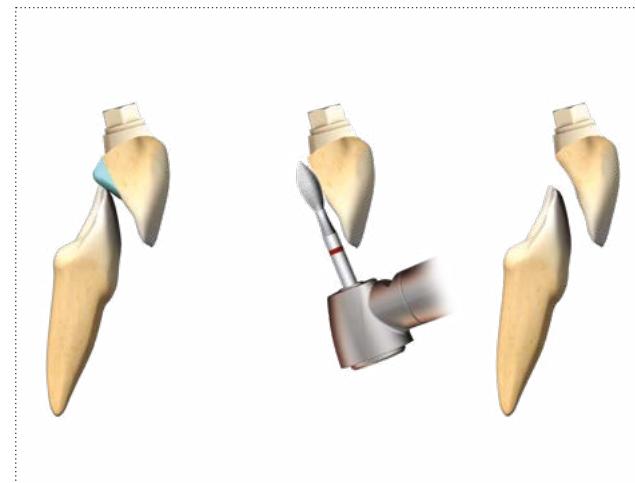
Realizar la corona atornillada según los procedimientos tradicionales.



Se efectúa el ajuste del elemento acabado para evitar que provoque interferencias oclusales tras su introducción en la boca.

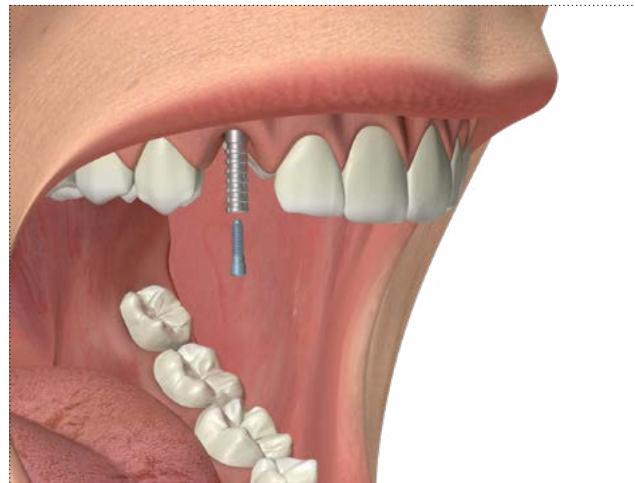
Advertencia importante

El torque de fijación recomendado es de 8-10 Ncm.
Le recomendamos que utilice tornillos nuevos para el apretado en la boca.



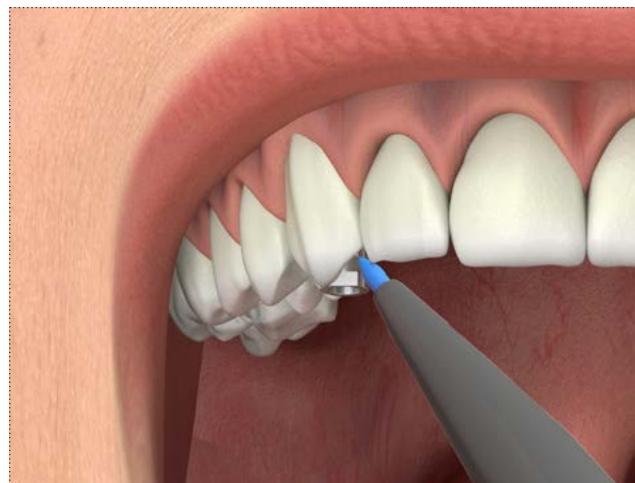
Rehabilitación provisional unitaria atornillada con cánula Simple de titanio

Quitar el tornillo quirúrgico de cierre o el pilar de cicatrización de la conexión implantaria. Atornillar el pilar provisional Simple de titanio Gr. 5, en su versión reposicionable, en el implante, manteniendo al principio su longitud originaria. En esta fase el torque de fijación deberá ser de 8-10 Ncm.

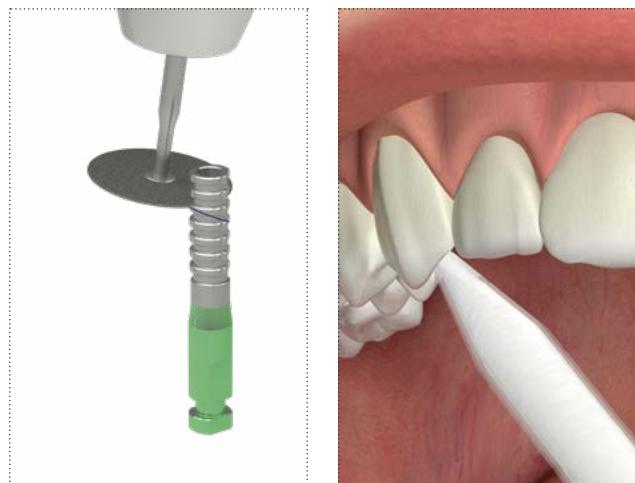


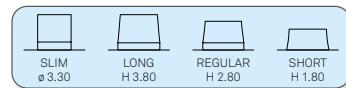
Introducir en el pilar Simple una corona individualizada realizada en el laboratorio y perforada para crear un espacio adecuado para el deslizamiento del pilar a lo largo del cuerpo.

Marcar el margen palatal y vestibular de la cofia provisional para luego reducir la cánula de titanio de manera congrua.



Sacar la corona provisional y desatornillar el pilar. Atornillar el pilar en un análogo de yeso y cortarlo en la altura marcada, usando un disco abrasivo. Reconectar el pilar al implante, atornillando el tornillo a 8-10 Ncm, y fijar la corona en la posición deseada con resina.





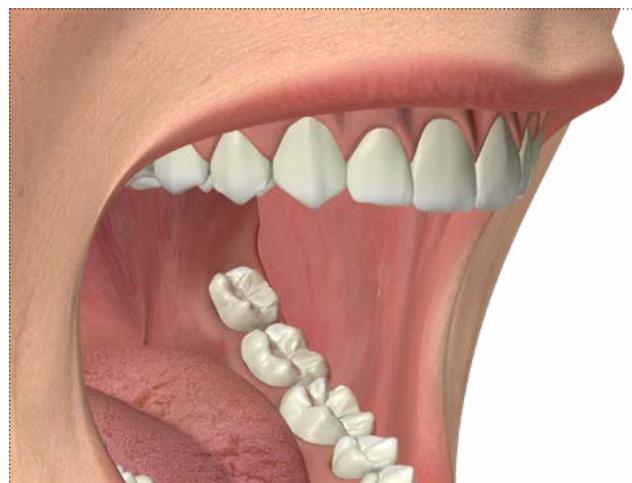
Remover de la boca del paciente la corona fijada a la cánula para llenar con resina toda su cavidad, esperando la polimerización según los modos y los plazos previstos.
Acabar los márgenes eliminando todos los desiguales.



Una vez terminada la polimerización, atornillar el provisional en el implante, prestando atención para que los colgajos de los tejidos blandos estén alejados de la conexión durante las maniobras de inserción. El provisional se atornilla con el tornillo correspondiente y un atornillador de la serie HSM.
Les aconsejamos atornillar con un torque de fijación de 20-25 Ncm.



Introducir teflón, gutapercha o cemento blando en el agujero del tornillo del pilar provisional Simple y cerrar la extremidad con resina o composite para preservar la cabeza del tornillo. El provisional no sólo ayudará al paciente en mantener una calidad de vida adecuada en espera de la prótesis definitiva, sino también favorecerá una conformación correcta de los tejidos gingivales que luego acogerán la prótesis definitiva con resultados estéticos excelentes.

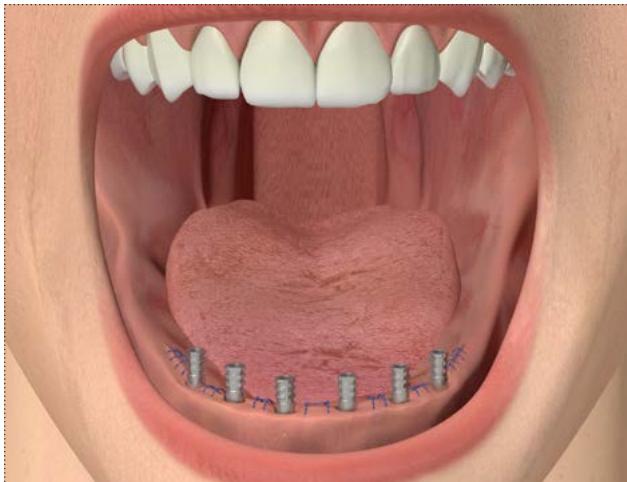


Técnica Simple para la realización de un provisional de resina

En el modelo preliminar realizar un encerado de diagnóstico de la arcada con edentulismo para el estudio funcional y estético. Reducir la altura de los pilares Simple según la dimensión vertical definida por el encerado. Si trabaja con premontaje con plantillas de silicona, registrar la mordida con silicona.



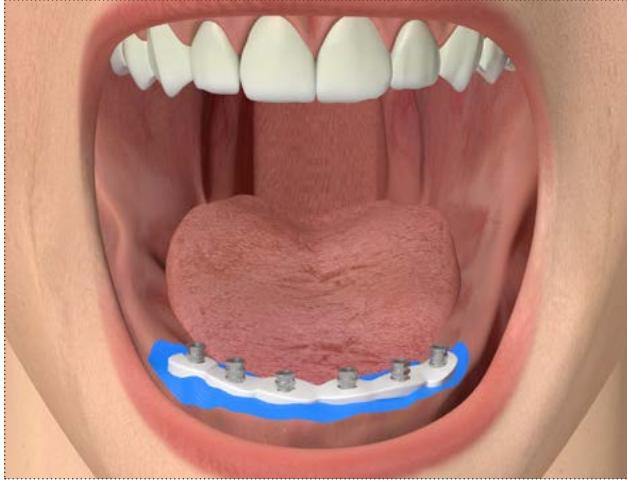
Atornillar los pilares Simple en los implantes que se acaban de introducir y proceder a la sutura de los colgajos alrededor de ellos.

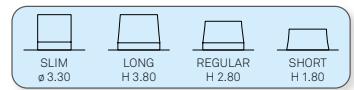


Introducir un dique dental en la base de los pilares Simple y unirlos con resina autopolimerizante para obtener una llave de reposicionamiento. Si fuera oportuno, los pilares se pueden unir también a una placa de reposicionamiento preconfeccionada en el laboratorio.

Advertencia importante

Se deberá prestar atención y respetar los tiempos de polimerización de la resina indicados por el fabricante para evitar distorsiones y/o contracciones después de la eliminación de la llave de reposicionamiento de la boca del paciente.

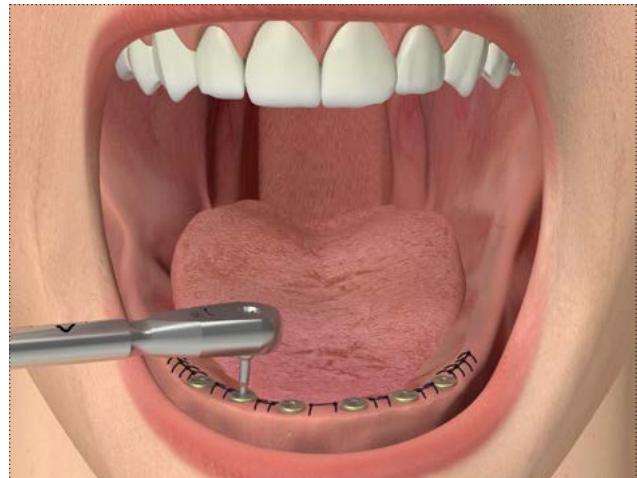




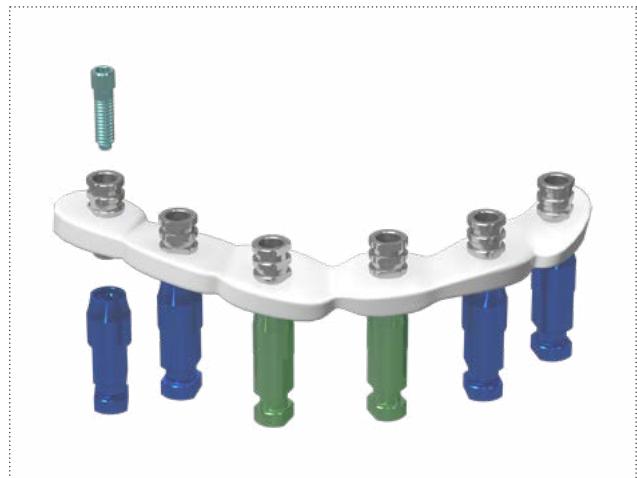
Detectar la relación intermaxilar entre la arcada superior y los pilares Simple con silicona.



Quitar la silicona, desatornillar los pilares Simple y colocar los pilares de cicatrización hasta la entrega del provisional.



En los pilares Simple unidos atornillar los análogos correspondientes.



Introducir todo el ensamblado dentro del espacio en la mascarilla de silicona. La mascarilla, reposicionada de manera atenta en el articulador, permite completar el modelo inferior con la posición tridimensional de los implantes.

Nota: esta fase puede realizarse tanto a través del colado de un modelo nuevo desde la llave de reposicionamiento que se ha rodeado de cera en el articulador como con la técnica del modelo único, es decir, descargando el modelo preliminar y reposicionando los análogos atornillados en la llave de reposicionamiento.



Englobar en el encerado de diagnóstico la llave de reposicionamiento de resina.
Si se realizó la plantilla de silicona, reposicionar los dientes utilizados en el premontaje dentro de los alojamientos correspondientes y colar la resina.

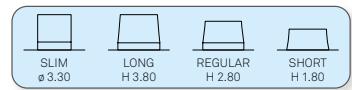
Advertencia importante

Es oportuno modelar y abrillantar los perfiles de emergencia de los pilares Simple para obtener un acondicionamiento excelente de los tejidos blandos que se están cicatrizando.



Remover el provisional del modelo.

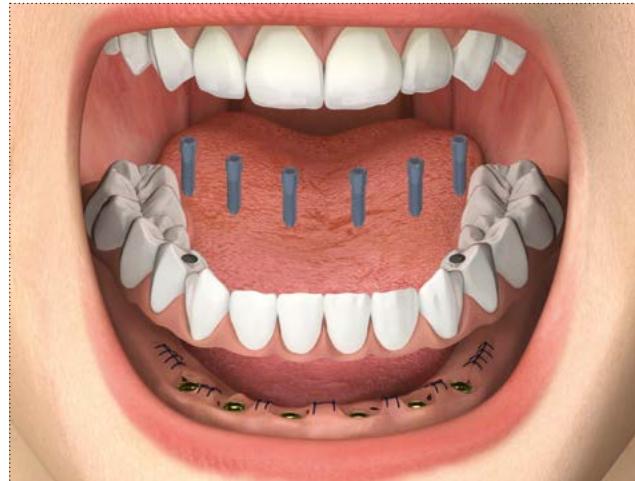




Atornillar el provisional Simple en la boca controlando su correcta pasividad y las relaciones oclusales.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



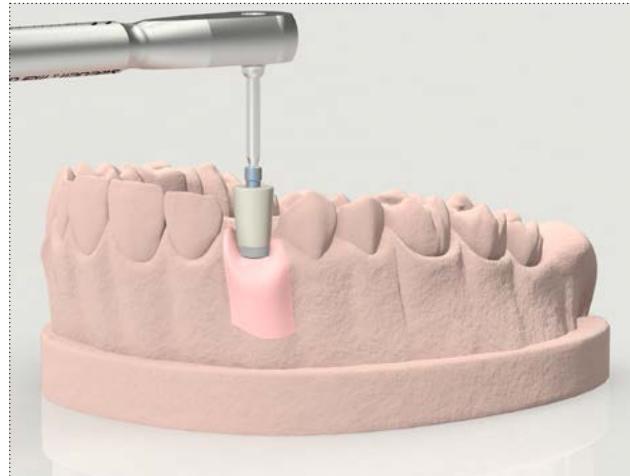
Rehabilitación provisional unitaria cementada sobre pilar Simple en PEEK con base en titanio

Atornillar un pilar provisional Simple en la boca del paciente o en el modelo por medio de un atornillador de la serie HSM. Le recomendamos que no supere el torque de fijación de 8–10 Ncm.

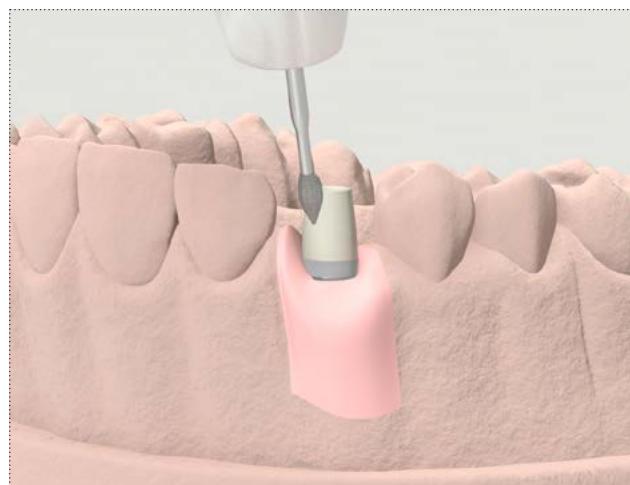
En el caso que se fije el pilar en la boca del paciente, marcar el margen palatal y vestibular.

Advertencia importante

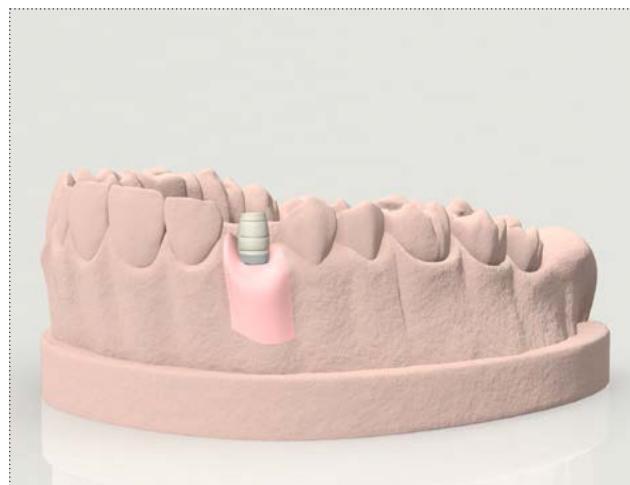
Se recomienda fresar el pilar fuera de la cavidad oral, fijándolo si es necesario a un análogo, para evitar que las vibraciones comprometan la estabilidad primaria del implante.

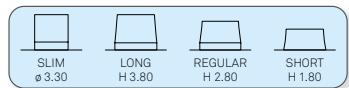


Reducir altura y diámetro del pilar, teniendo cuidado en dejar intacta la cabeza del tornillo para evitar demodificarla y crear problemas mecánicos durante las maniobras de atornillado o desatornillado.

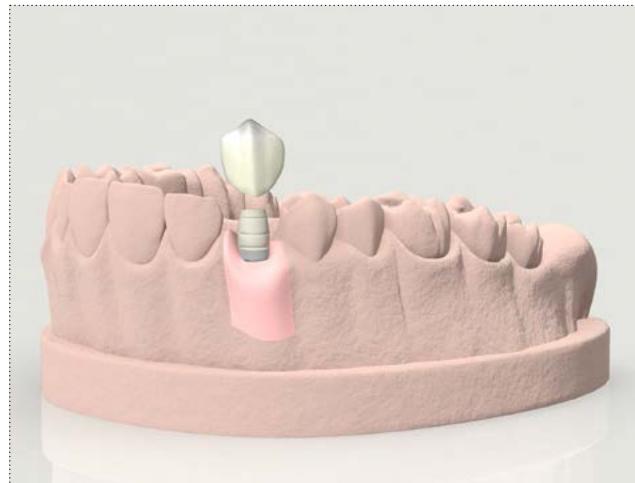


Realizar unas marcas en el pilar en PEEK para facilitar la cementación de la corona provisional.





Definir la morfología, el volumen y la oclusión, realizando el wax-up y la corona provisional según el método que se desea.



Atornillar el pilar en PEEK sobre el implante usando un atornillador de la serie HSM. El torque de fijación recomendado es 20–25 Ncm.

Cementar la corona sobre el pilar.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



La corona provisional contribuirá no sólo en garantizar una buena calidad de vida al paciente en la espera de la prótesis final, sino también para la correcta conformación de los tejidos blandos que acogerán la prótesis final con excelentes resultados estéticos.



Rehabilitación de arcada completa cementada sobre pilares Simple en PEEK con base en titanio

Atornillar los pilares provisionales Simple en la boca del paciente o en el modelo por medio de atornilladores de la serie HSM. Le recomendamos que no supere el torque de fijación de 8-10 Ncm.

En el caso que se fijen los pilares en la boca del paciente, marcar el margen palatal y vestibular.

Advertencia importante

Se recomienda fresar los pilares fuera de la cavidad oral, fijándolos si es necesario a los análogos, para evitar que las vibraciones comprometan la estabilidad primaria de los implantes.

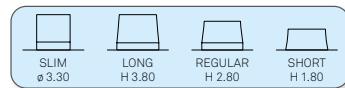


Reducir altura y diámetro de los pilares, teniendo cuidado en dejar intacta la cabeza del tornillo para evitar de modificarla y crear problemas mecánicos durante las maniobras de atornillado o desatornillado.



Realizar unas marcas en los pilares en PEEK para facilitar la cementación de las coronas provisionales.





Definir la morfología, el volumen y la oclusión, realizando el wax-up y la prótesis provisional según el método que se desea.



Atornillar los pilares en PEEK sobre los implantes usando un atornillador de la serie HSM.

El torque de fijación recomendado es 20–25 Ncm.

Cementar la estructura sobre los pilares, con cuidado en remover todo el cemento excedente.

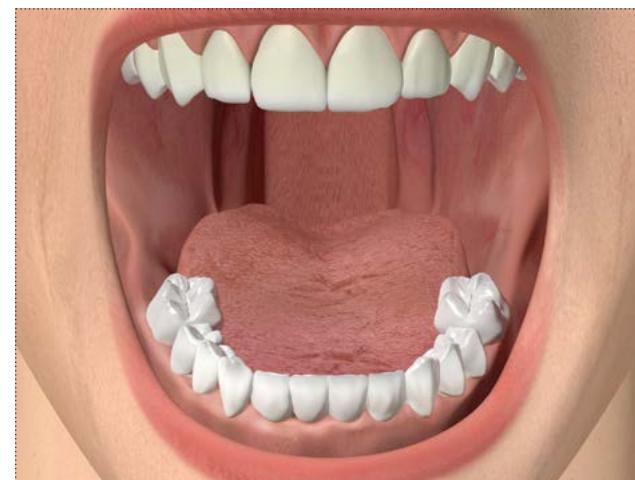


Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

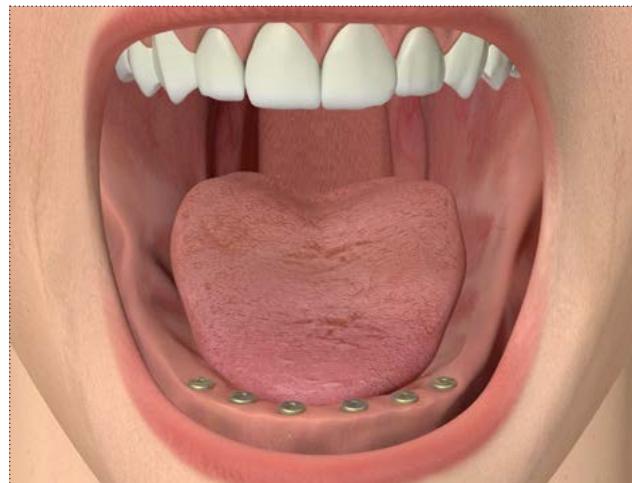


La prótesis provisional contribuirá no sólo en garantizar una buena calidad de vida al paciente en la espera de la prótesis final, sino también para la correcta conformación de los tejidos blandos que acogerán la prótesis final con excelentes resultados estéticos.



Técnica Simple para estructura armada

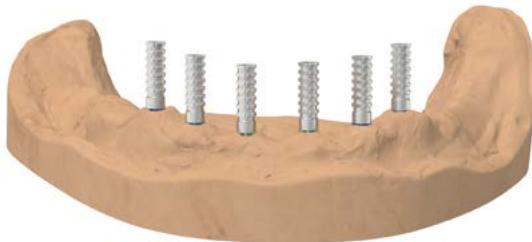
Después de tomar la impresión postoperatoria (ver la pág. 36 y siguientes), en espera de la entrega de la prótesis, atornillar los pilares de cicatrización en los implantes, eligiendo la altura adecuada.



En el modelo realizado anteriormente, fijar los pilares Simple en titanio con el atornillador de la serie HSM.

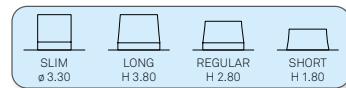
Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

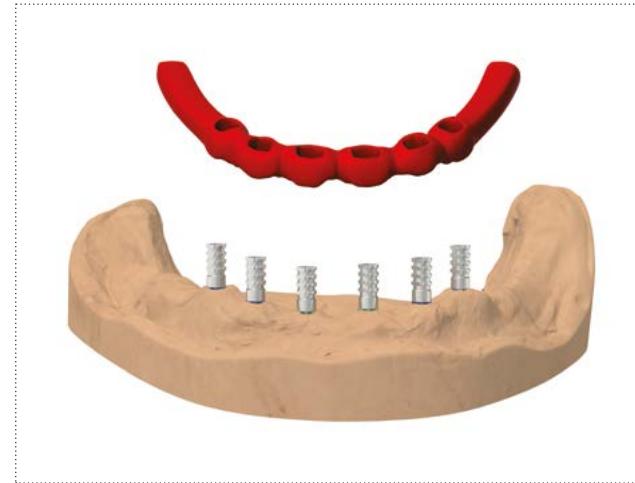


Fresar los pilares Simple hasta una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, a través de la plantilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista.

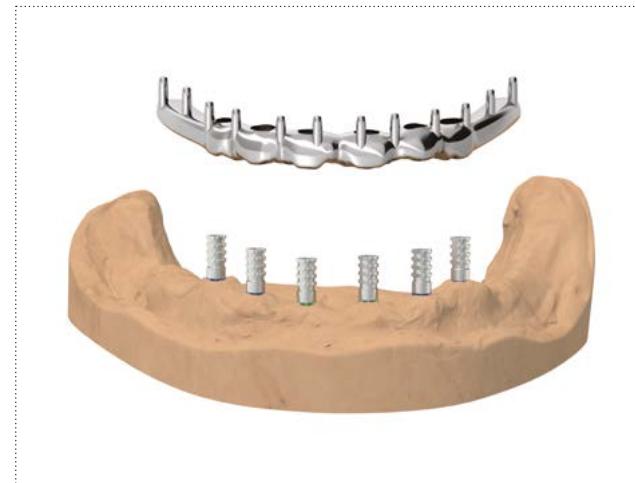




Modelar, como de costumbre, la estructura de refuerzo de la prótesis con cera o resina y perforarla en correspondencia de los pilares Simple.



Proceder a la realización de la estructura metálica, como de costumbre. Probar la estructura en el modelo para verificar su total pasividad y la correcta perforación en proximidad de los pilares Simple. Finalizar la estética blanca y rosa de la prótesis.



Atornillar los pilares Simple en la boca respetando las posiciones definidas por el laboratorio. Probar el provisional controlando su pasividad y las relaciones oclusales y proceder al encolado definitivo. Rebasar el provisional y volver a atornillarlo en la boca del paciente respetando un torque de fijación de 20-25 Ncm. El operador deberá rellenar los agujeros del tornillo con material amovible.

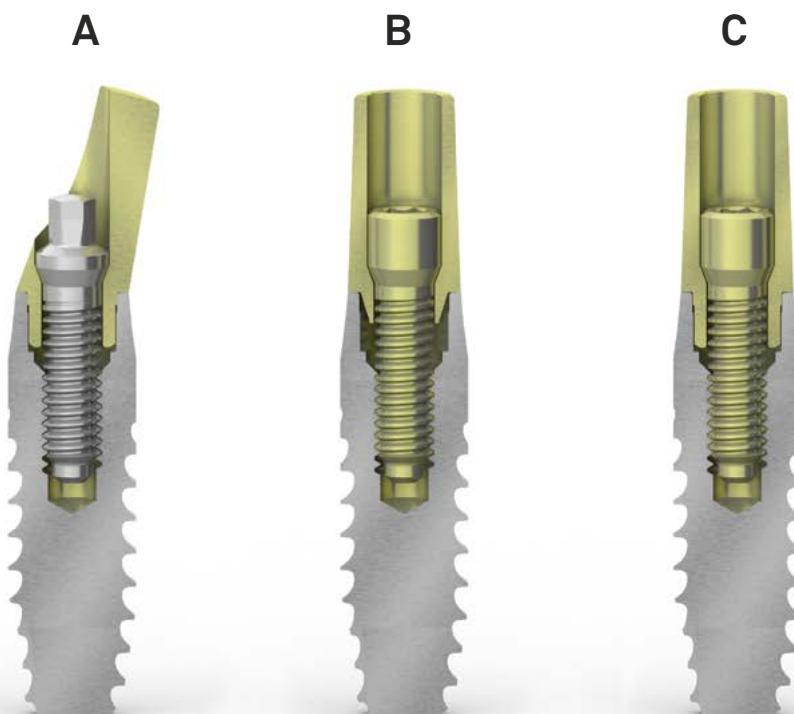
Nota: si no se desea realizar una prótesis con estructura metálica, es posible utilizar la sobredentadura ya existente del paciente.

Se recomienda rebasar y fresar la sobredentadura en correspondencia de los pilares, y cementarla en los pilares.



Rehabilitación definitiva con pilares preformados

Los pilares preformados rectos y angulados están fabricados con titanio Gr. 5 y están sometidos a un proceso de pasivado controlado que supone la transformación de su color superficial: como resultado se obtiene un amarillo dorado pajizo. Este color se obtiene a través de un proceso de oxidación y, por lo tanto, sin ningún tipo de revestimiento, garantizando, así, el uso de una superficie sumamente biocompatible y con un valor estético muy elevado, sobre todo si se usa con los implantes Zirti Gold UTM. La fijación de los pilares angulados (**Imagen A**) se realiza a través de un tornillo específico con tecnología Full Head con apoyo cónico y conexión plena que presenta un volumen menor respecto a la cabeza del tornillo estándar para permitir una mayor personalización en caso de angulaciones especiales. Los pilares rectos, disponibles en dos alturas, tanto con hexágono de reposicionamiento (**Imagen B**) indicados para rehabilitaciones unitarias y múltiples cementadas, como sin hexágono (**Imagen C**) indicados para un protocolo para prótesis atornillada. Las dos tipologías se fijan con tornillos de fijación con apoyo cónico y cabeza tradicional con alojamiento interno de tipo Allen a través de los atornilladores de la serie HSM. Pruebas internas han demostrado que el apoyo cónico aumenta la resistencia al desatornillado de un 20%.

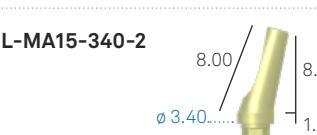
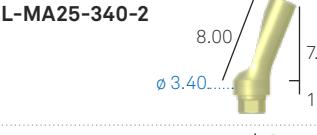
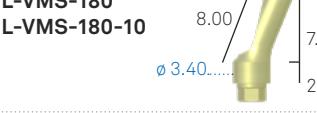
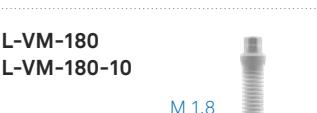


Pilares preformados cónicos

descripción	código	
Pilares preformados cónicos No repositionables H 6.00 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MD-340-6-ROT	
Pilares preformados cónicos No repositionables H 8.00 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MD-340-8-ROT	
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico Incluido con los pilares preformados, puede pedirse por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10	

Nota: los pilares preformados se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long..

Pilares rectos y angulados

descripción	código
Pilares preformados rectos Responcionables H 6.00 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MD-340-6 
Pilares preformados rectos Responcionables H 8.00 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MD-340-8 
Pilares preformados angulados de 15° Reposicionables H 6.00 mm Tornillo de fijación Full Head incluido	A-MD-330-15 
Pilares preformados angulados de 15° H transmucosa 1.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MA15-340-1 
Pilares preformados angulados de 15° H transmucosa 2.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MA15-340-2 
Pilares preformados angulados de 25° H transmucosa 1.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MA25-340-1 
Pilares preformados angulados de 25° H transmucosa 2.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MA25-340-2 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico Incluido con los pilares preformados, puede perdise por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico, incluido con los pilares rectos, puede pedirse por separado como recambio*	L-VMS-180 L-VMS-180-10 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación Full Head Incluido con los pilares preformados, puede pedirse por separado como recambio*	L-VM-180 L-VM-180-10 

Torque recomendado para los pilares preformados: 20-25 Ncm.

* Los tornillos de fijación con tecnología Full Head (L-VM-180) deben ser atornillados con los atornilladores para tornillos con tecnología Full Head incluidos en el kit quirúrgico Prama.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

Rehabilitación unitaria definitiva cementada con pilares preformados

Atornillar el transfer Prama al análogo utilizando el atornillador de la serie HSM.



Con cera o resina llenar la impresión y colar el modelo según costumbre: el análogo Prama reproducirá exactamente la posición del cuello transmucoso del implante.

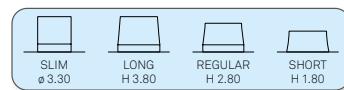


Roscar el análogo al pilar recto o angulado, según las necesidades protésicas, utilizando el adecuado atornillador dependiendo de la tipología de tornillo. El torque de fijación sobre modelo no deberá superar los 8-10 Ncm.

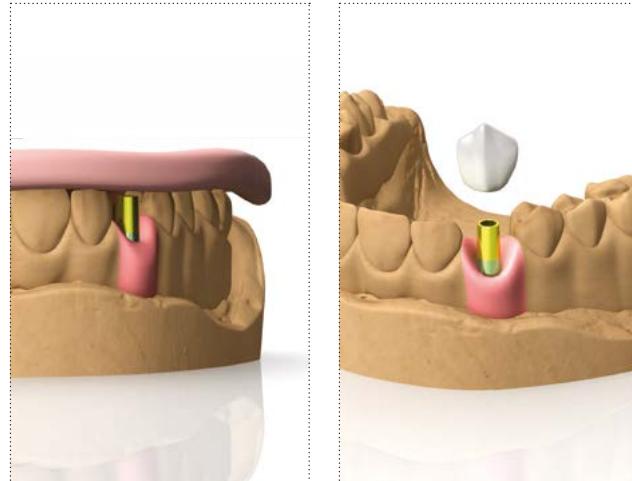
Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.





Después de haber montado los modelos en el articulador, definir las alturas del pilar con relación al espacio con el antagonista. Al mismo tiempo, definir la morfología de los tejidos blandos deseada descartando la escayola y recreando el nuevo perfil de emergencia con la silicona específica para simular la encía. Definir forma, volumen y oclusión, realizado un encerado de análisis y realizando la corona según la metodología deseada.



Roscar al implante el pilar utilizando el tornillo en dotación y al atornillador de la serie HSM. El torque de fijación recomendado es de 20-25 Ncm.



Cementar la corona en el pilar. Las encías se adaptarán a la morfología de la corona, recreando los perfiles de emergencia planificados anteriormente.

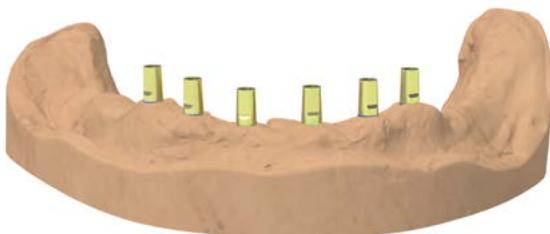


Rehabilitación definitiva de arcada completa cementada en pilares preformados cónicos

En el modelo de precisión introducir en cada análogo un pilar preformado eligiendo la altura entre los disponibles en la pág. 71. Fijar los pilares respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

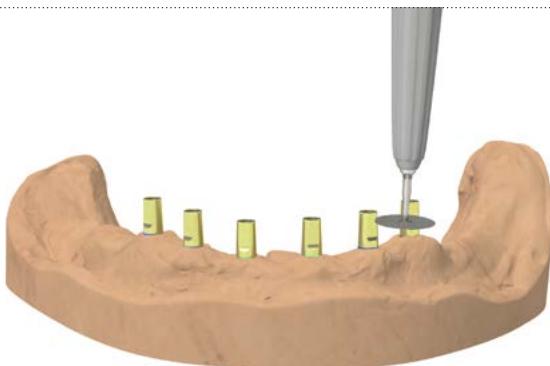
Advertencia importante

Les aconsejamos usar siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y conservar el tornillo nuevo suministrado para la fijación definitiva en la boca.



Reducir la altura de los pilares, sin arruinar las cabezas de los tornillos.

Nota: en el caso de implantes disparalelos puede ser útil usar pilares preformados angulados y también un paralelómetro para pequeños acabados. Para modificaciones mayores, que pueden causar problemas a las paredes de los pilares preformados, se aconseja utilizar pilares fresables (ver la pág. 78).

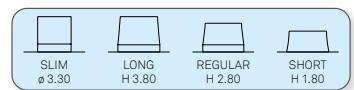


Modelar la estructura en cera o en resina calcinable, teniendo en cuenta un espacio adecuado para el cemento, realizar la fusión de la estructura o crearla con tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo para verificar su completa pasividad..

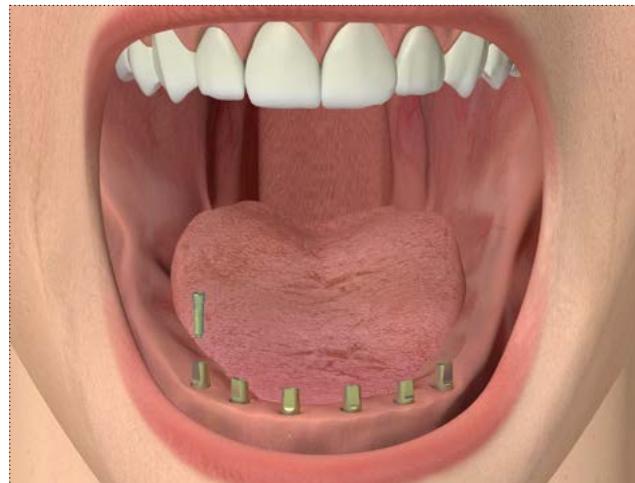
Advertencia importante

En el caso que la estructura no fuera totalmente pasiva, incluso después del normal protocolo de verificación antes de la fusión, arreglar como de costumbre





Atornillar los pilares ajustados en la boca del paciente, respetando la posición de cada elemento y manteniendo el mismo verso de las caras antirotacionales del modelo. Apretar los tornillos hasta 20-25 Ncm con la carraca dinamométrica y un atornillador de la serie HSM.



Probar la estructura metálica en la boca del paciente para verificar su completa pasividad y si es necesario arreglarla otra vez.

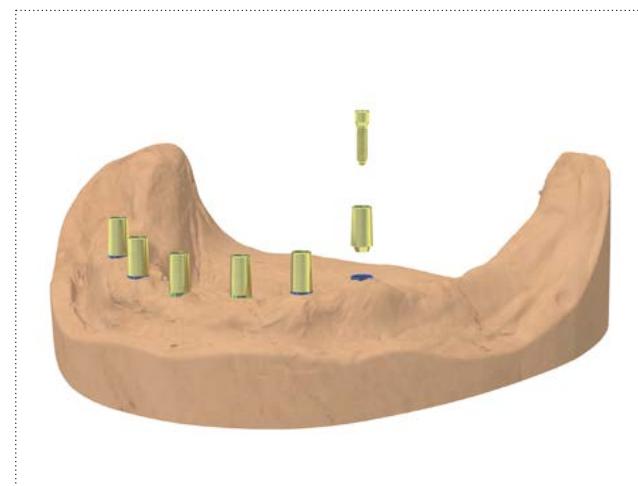


Recubrir con cerámica la prótesis final como de costumbre. Cementar la arcada en los pilares teniendo cuidado de remover de los márgenes todo el cemento en exceso.

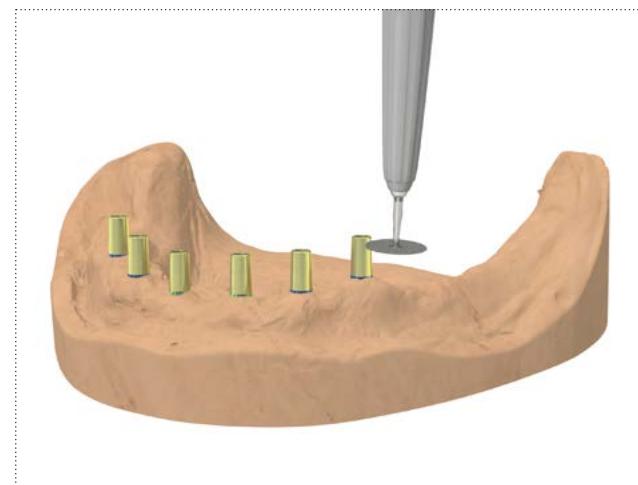


Rehabilitación definitiva de arcada completa atornillada en pilares preformados cónicos

En el modelo de precisión introducir en cada análogo un pilar preformado eligiendo la altura entre los disponibles en la pág. 70. Fijar los pilares respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.



Reducir la altura de los pilares, sin arruinar las cabezas de los tornillos.

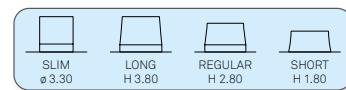


Modelar la estructura calcinable que permitirá obtener el framework metálico de la prótesis. Realizar la fusión de la estructura o realizarla con tecnología CAD-CAM teniendo cuidado en fresar la prótesis en correspondencia de los pilares presentes en el modelo. Probar la estructura en el modelo para verificar que no haya desigualdades que obstaculicen el correcto posicionamiento en los pilares y, si necesario, corregir por medio de una fresa.

Advertencia importante

Si la estructura no resulta completamente pasiva, incluso después del normal protocolo de verificación antes de la fusión, arreglar como de costumbre.





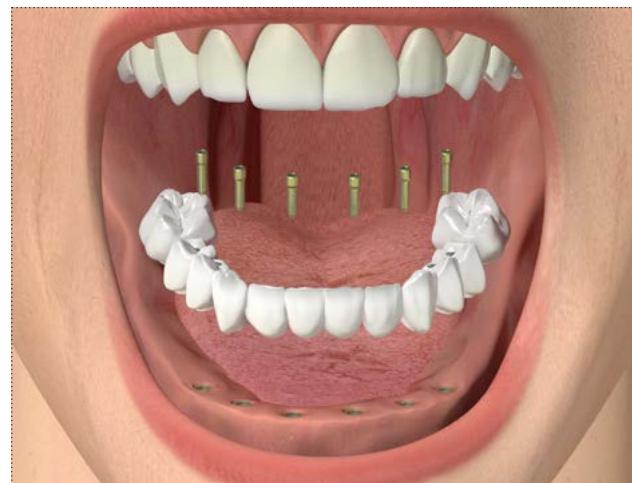
Ceramizar la prótesis final como de costumbre. Después proceder con la cementación de la prótesis en los pilares montados sobre el modelo.



Desatornillar del modelo la estructura formada por los pilares rectos y atornillarla en la boca del paciente. Apretar los tornillos a 20-25 Ncm con carraca dinamométrica y un atornillador de la serie HSM.

Advertencia importante

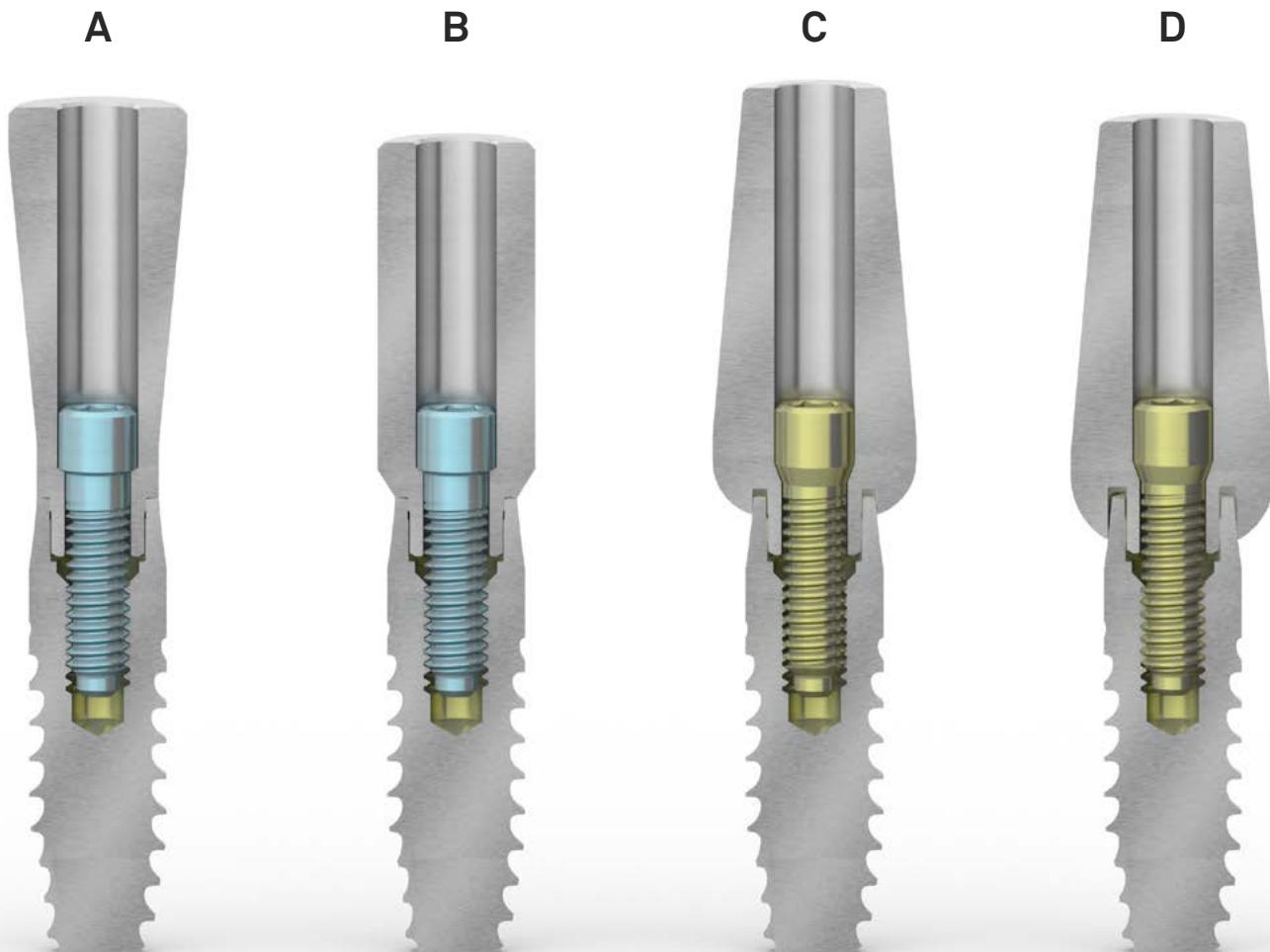
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



Rehabilitación definitiva con pilares fresables

Estos pilares están fabricados con titanio Gr. 5 y permiten realizar protocolos de tipo cementado tanto para rehabilitaciones unitarias como múltiples. Responden a necesidades anatómicas complejas tanto en términos de espacio protésico como de disparalelismo del implante, gracias a la posibilidad de ser fresados. Los pilares fresables están disponibles en tres diferentes morfologías:

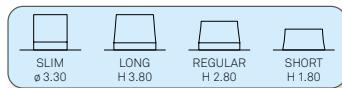
- con emergencia recta (**Imagen A**) presentan un perfil característico con cono inverso y son ideales para angulaciones hasta 10° y perfiles contenidos;
- SIMPLE (**Imagen B**) cuyo perfil de emergencia se adapta a cualquier anatomía obtenida con los provisionales SIMPLE;
- fresables Prama IN (**Imagen C y D**) disponibles en dos alturas de cierre diferentes en el cuello del implante (0.05 mm o 1.50 mm); además permiten un modelado híbrido con una parte del pilar sinmargen y la otra donde se puede identificar un margen de cierre.



Nota: los pilares fresables con emergencia recta y Simple se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

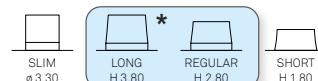
Los pilares fresables Prama IN que abrazan por 0.5 mm el cuello se usan solo en los Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm).

*Los pilares fresables prama IN que abarcan el cuello por 1.50 mm de altura se usan solo en el cuello Regular (h 2.80 mm).



Pilares fresables

descripción	código	dimensiones
Pilares fresables estándar Repositionables Emergencia recta Tornillo de fijación incluido	A-MF-330	
Pilares fresables Simple Repositionables Emergencia muy amplia Tornillo de fijación incluido	A-MFS-330	
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación estándar En dotación con los pilares fresables y puede pedirse por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10	



Pilares fresables Prama IN

ø implante	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilares fresables Prama IN Repositionables Cierre a 0.50 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MF-380-05  Ø 5.70..... 12.00	L-MF-425-05  Ø 5.70..... 12.00	L-MF-500-05  Ø 5.70..... 12.00
Pilares fresables Prama IN Repositionables Cierre a 1.50 mm Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-MF-380-15  Ø 5.70..... 11.75	L-MF-425-15  Ø 5.70..... 11.75	L-MF-500-15  Ø 5.70..... 11.75
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico. En dotación con los pilares fresables y puede pedirse por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utilizar L-VMS-180	Utilizar L-VMS-180
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo Full Head No en dotación con los pilares, puede pedirse por separado*	L-VM-180 L-VM-180-10 	Utilizar L-VM-180	Utilizar L-VM-180

Torque recomendado para los pilares fresables: 20-25 Ncm.

* Los tornillos de fijación con tecnología Full head (L-VM-180) deben ser atornillados con los atornilladores para tornillos con tecnología Full Head incluidos en el kit quirúrgico Prama.

En los días inmediatamente siguientes a una rehabilitación protésica con prótesis Prama IN es normal que los movimientos masticatorios provoquen un ajuste ligero de la prótesis que puede tal vez provocar un aflojamiento mínimo del tornillo de fijación. Para asegurar una estabilización protésica excelente, a los 7-10 días del posicionamiento del implante, recomendamos quitar la prótesis y ajustar ulteriormente el tornillo para garantizar su fijación correcta y sólida y permitir de manera natural los movimientos masticatorios del paciente.

Rehabilitación unitaria definitiva cementada en pilares fresables Prama IN

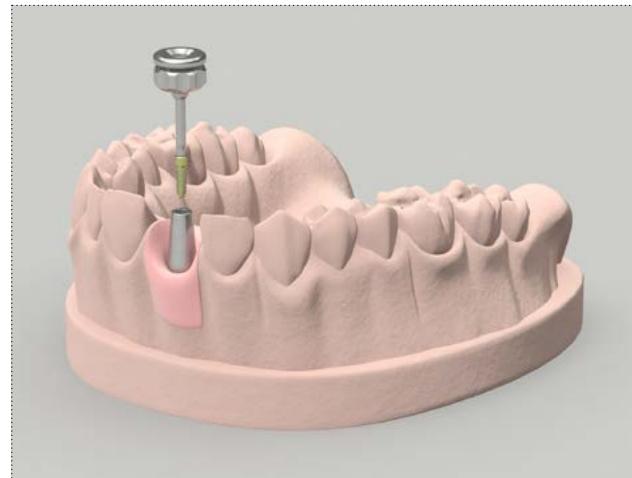
En el modelo de precisión colocar un pilar fresable entre los disponibles en la pág. 79.

La imagen representa un pilar Prama IN.

Fijar el pilar respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

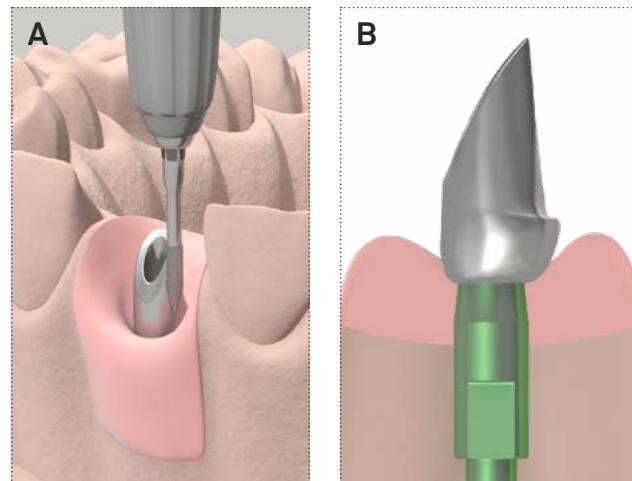


Modelar el pilar reduciendo su altura y su volumen, si fuera necesario (**Imagen A**).

Nota bene: Si decidiera emplear un pilar fresable Prama IN es posible realizar en el laboratorio un margen en la zona palatal o lingual del pilar, manteniendo en la parte vestibular una preparación sin margen, tal y como se ve en la figura aquí al lado (**Imagen B**).

Advertencia importante

En el caso que la cabeza del tornillo con apoyo cónico con cabeza estándar provoque interferencias es posible utilizar el tornillo Full Head (L-VM180).



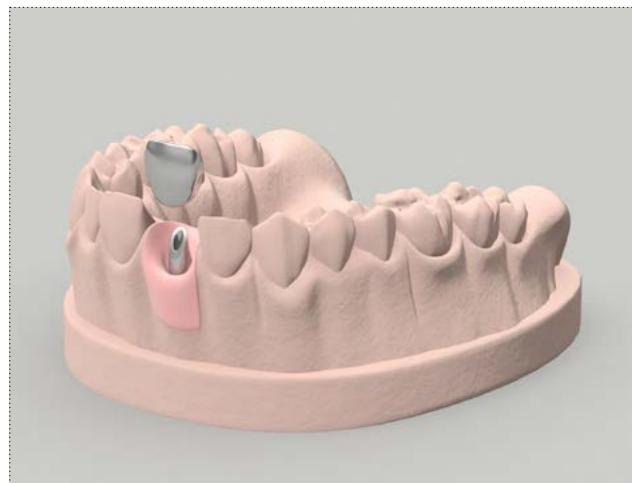
Modelar con cera o resina calcinable la cofia en el pilar, teniendo en cuenta un espacio congruo para el cemento

Advertencia importante

Los pilares fresables Prama IN que abrazan por 0.50 mm el cuello se usan solo en los cuellos Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm). Los pilares fresables Prama IN que abrazan el cuello por 1.50 mm de altura se usan solo en el cuello Regular (h 2.80 mm). En ningún caso los pilares fresables Prama IN se usan con los Prama Slim (\varnothing 3.30 mm).



Fundir la cofia o crearla con tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo para verificar que no haya desigualdades que perjudican el posicionamiento correcto de la cofia en el pilar y, eventualmente, eliminarlas con una fresa.



Posicionar el pilar en la boca y fijarlo con el tornillo suministrado con el pilar, respetando un torque de 20-25 Ncm.



Recubrir la prótesis definitiva con cerámica como de costumbre y cementar la corona en el pilar, prestando atención en quitar del margen todo el cemento en exceso.

Nota: Si utilizara un pilar fresable Prama IN con preparación híbrida, es posible usar una técnica de cementificación extraoral que consiste en posicionar una capa de cemento dentro de la corona, aplicar luego la corona en una réplica de resina del pilar modelado y ejercer una ligera presión para permitir la salida del cemento en exceso.

Quitar luego la corona de la réplica del pilar y limpiarla eliminando el cemento en exceso y seguir con la cementificación definitiva en la cavidad oral.



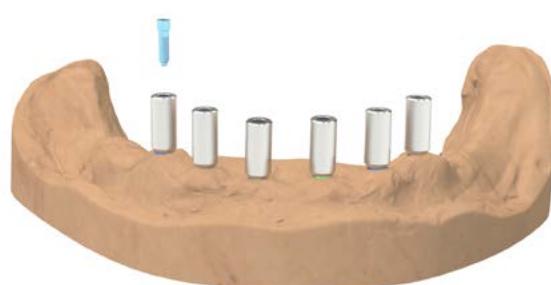
Rehabilitación de arcada completa definitiva cementada con pilares fresables Prama IN

En el modelo de precisión colocar en cada análogo un pilar fresable entre los disponibles en la pág. 79.

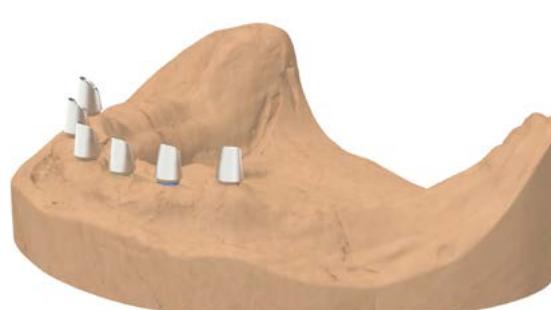
Fijar cada pilar respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



Modelar los pilares reduciéndolos en altura y volumen y corregir, si fuera necesario, disparalelismos por medio de un paralelómetro.



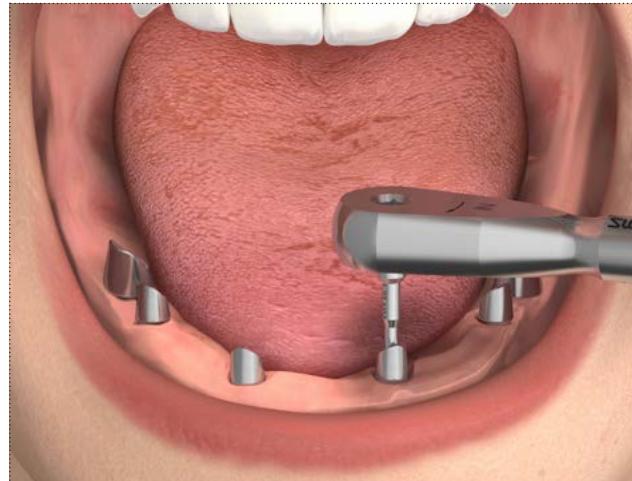
Modelar la estructura con cera o resina calcinable, teniendo en cuenta un espacio congruo para el cemento, y proceder con la fusión o por medio de tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo para verificar su completa pasividad

Advertencia importante

Los pilares fresables Prama IN que abrazan por 0.50 mm el cuello se usan solo en los cuellos Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm). Los pilares fresables Prama IN que abrazan el cuello por 1.50 mm de altura se usan solo en el cuello Regular (h 2.80 mm). En ningún caso los pilares fresables Prama IN se usan con los Prama Slim (\varnothing 3.30 mm).



Posicionar los pilares modificados en la boca respetando la posición de cada elemento, con un torque de 20-25 Ncm.



Probar la estructura en la boca para verificar que no haya desigualdades que perjudican el posicionamiento correcto en los pilares y, eventualmente, eliminarlas con una fresa.



Recubrir la prótesis definitiva con cerámica como de costumbre y cementarla en los pilares, prestando atención en quitar del margen todo el cemento en exceso.



Rehabilitaciones definitivas con Dynamic Abutment

Dynamic Abutment* es una solución protésica patentada que permite desplazar el agujero para el tornillo de fijación en una posición palatina o lingual solucionando eventuales problemas de disparalelismo, con una libertad de angulación de la prótesis hasta 28°.

Esto es posible gracias a la sinergia entre la cánula calcinable rotatoria en la cabeza esférica del pilar y el atornillador con su punta especial hexalobular que permite ubicar la cabeza del tornillo incluso con angulaciones acentuadas.

Los Dynamic Abutment están disponibles con base en cromo cobalto para sobrefusión y en polímero totalmente calcinable, en versión reposicionable para coronas unitarias y no-reposicionable para estructuras múltiples.



Nota: i Dynamic Abutment que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

*Los Dynamic Abutment son dispositivos médicos fabricados y patentados por Talladium España S.L., Avenida Blondel, 54 3º, 25002 Lleida, España. Dynamic Abutment es una marca registrada de la misma sociedad. Los Dynamic Abutment podrían no estar disponibles para todos los mercados.

descripción	código
Dynamic Abutment Reposicionable Con base en cromo cobalto para sobreensamblado Tornillo de fijación no incluido	PD3PKH330/CC  Ø 3.30... 10.00
Dynamic Abutment No reposicionable Con base en cromo cobalto para sobreensamblado Tornillo de fijación no incluido	PD3PKR330/CC  Ø 3.30... 10.00
Dynamic Abutment No reposicionable Totalmente calcinables Tornillo de fijación no incluido	PD3PKH330/P  Ø 3.30... 10.00
Dynamic Abutment Non riposizionabile Interamente calcinabile Vite di serraggio non inclusa	PD3PKR330/P  Ø 3.30... 10.00
Tornillo de fijación No incluido, puede pedirse por separado	TPDH18L66  M 1.8...

descripción	código
Atornillador para Dynamic Abutment Largo 24 mm Puede pedirse por separado	DSPDCLH-24 
Atornillador para Dynamic Abutment Largo 32 mm Puede pedirse por separado	DSPDCLH-32 

Torque de fijación recomendado para Dynamic Abutments: 20-25 Ncm

Advertencia importante

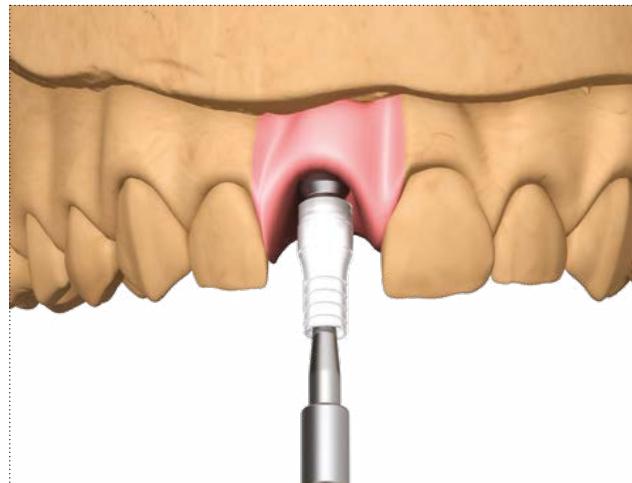
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

Rehabilitación definitiva unitaria atornillada con Dynamic Abutment

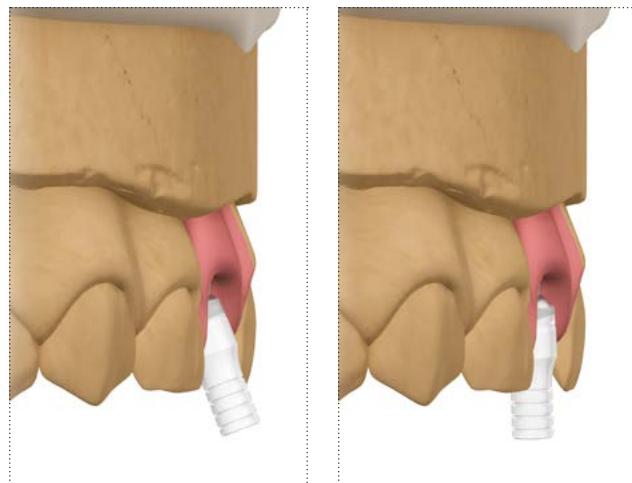
Atornillar el Dynamic Abutment reposicionable con base en cromo cobalto en el análogo en el modelo de precisión utilizando su tornillo de fijación y el correspondiente atornillador de la longitud más adecuada, 24 o 32 mm. Respetar un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

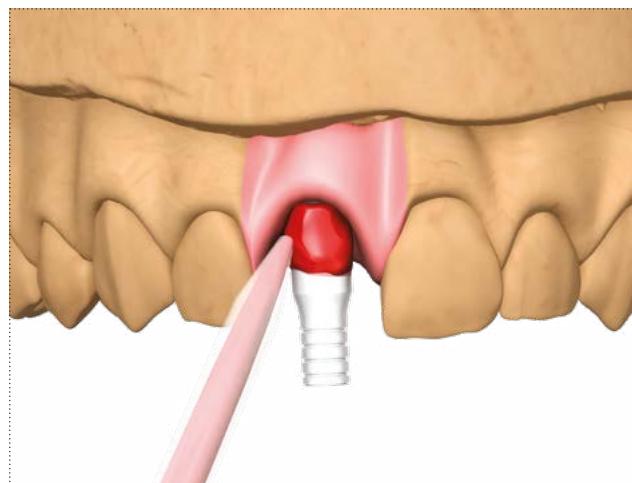
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca. El tornillo de fijación no está incluido, debe pedirse por separado.

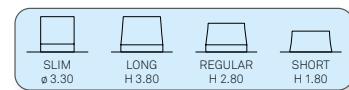


Orientar manualmente la porción calcinable rotatoria, según el eje protésico previsto por el plan de tratamiento.

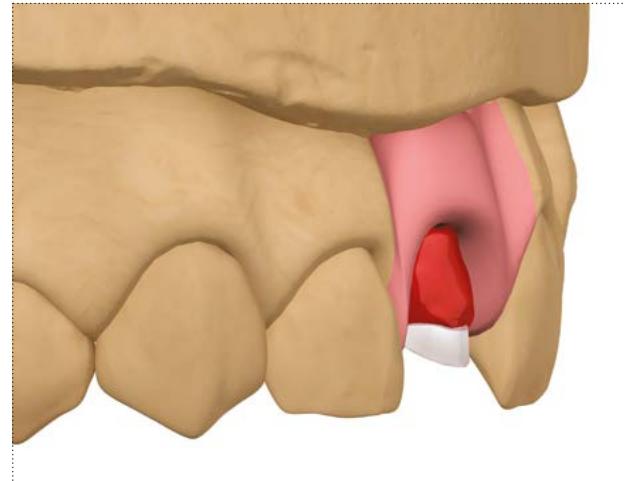


Fijar la porción calcinable giratoria en la posición deseada con resina calcinable. Si fuera necesario, quitar o reducir la parte metálica para obtener un perfil sin margen.

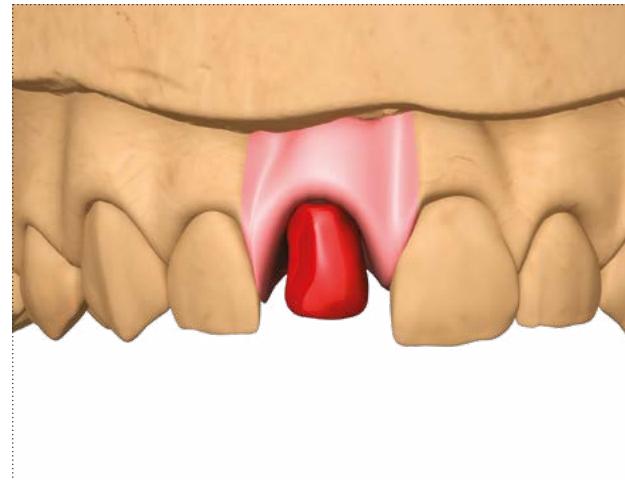




Reducir la cánula y modelarla según las necesidades utilizando un disco abrasivo.



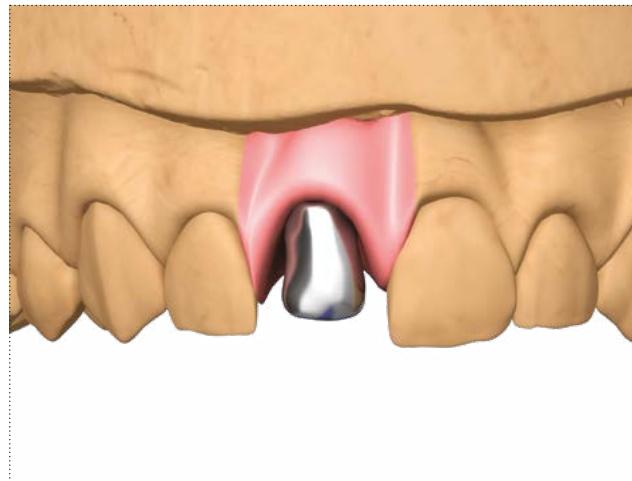
Modelar la estructura, según el protocolo estándar, y desatornillarla aprovechando el diseño de la punta del atornillador.



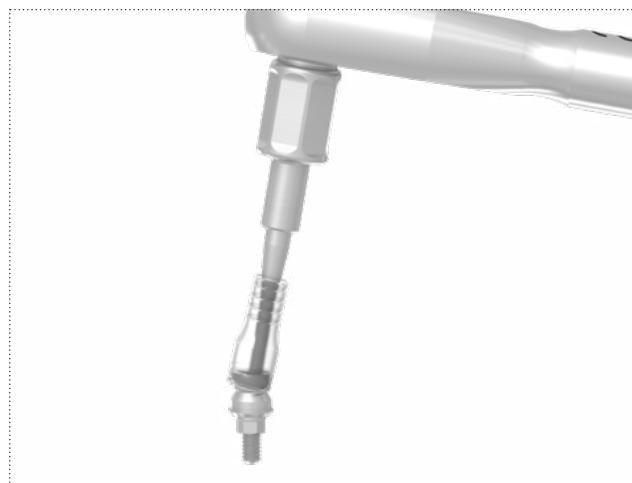
Fundir la estructura según los protocolos habituales de laboratorio y acabar la base de manera que no haya obstáculos para la adaptación de los tejidos blandos.



Probar la estructura en un modelo o en la boca del paciente para eventuales retoques y recubrir con cerámica como de costumbre.

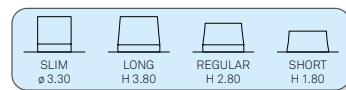


Asemlar la carraca dinamométrica (código CRI5-KIT) con el atornillador para contra-ángulo digital y racor hexagonal (código AVV-CA-DG-EX) y el atornillador para Dynamic Abutment de la longitud deseada (código DSPDCLH-24 o DSPDCLH-32).



Atornillar la estructura en la boca del paciente respetando un torque de 20-25 Ncm y cerrar el agujero del tornillo con resina o composite.



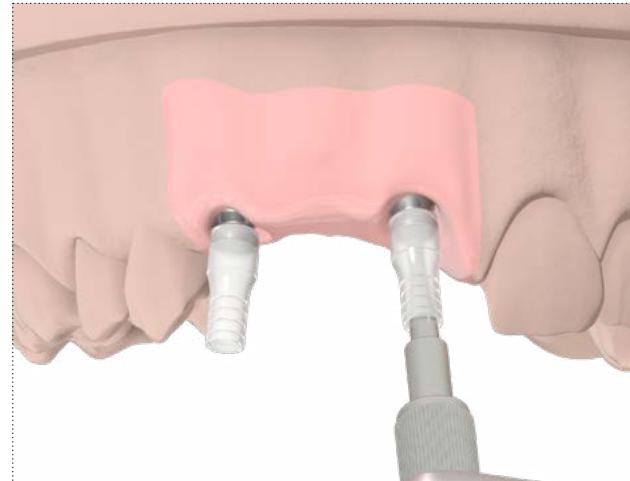


Rehabilitación definitiva, multiple atornillada con Dynamic Abutment

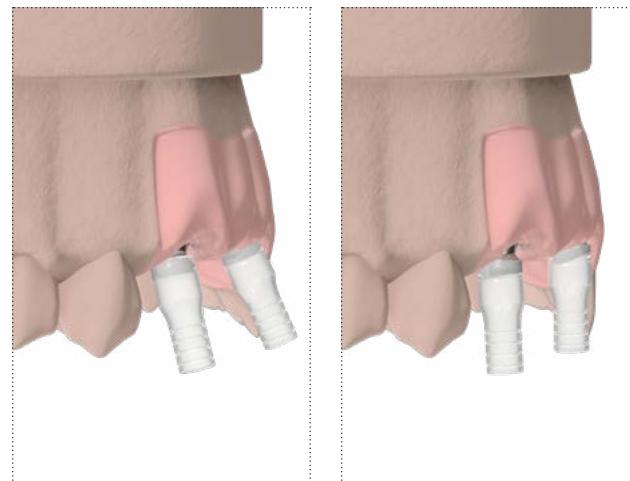
Atornillar el Dynamic Abutment en los análogos en el modelo de precisión utilizando su tornillo de fijación y el correspondiente atornillador de la longitud más adecuada, 24 o 32 mm. Respetar un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

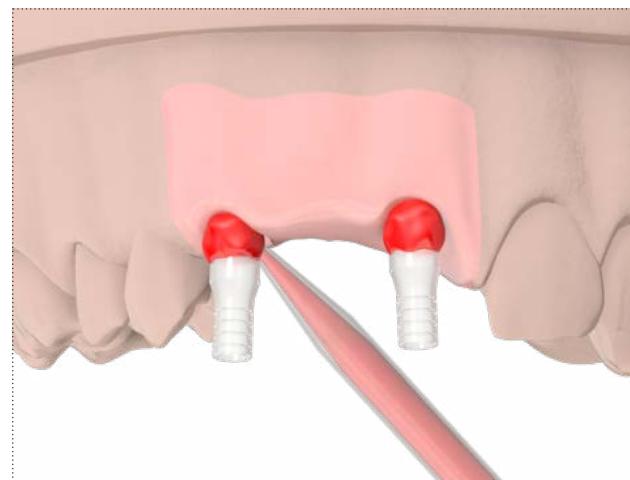
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca. El tornillo de fijación no está incluido, debe pedirse por separado.



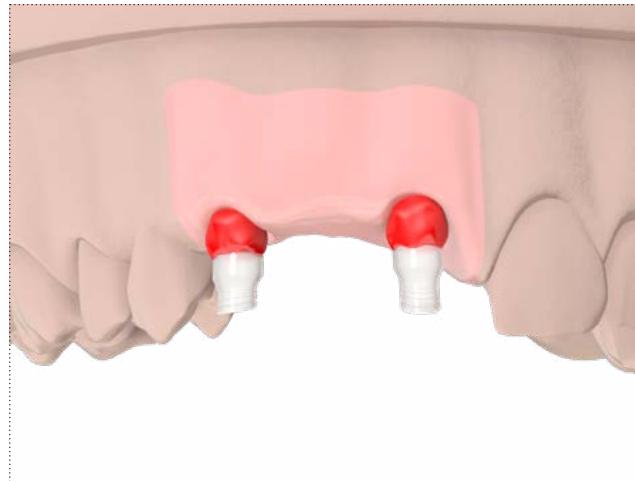
Orientar manualmente la porción calcinable rotatoria, según el eje protésico previsto por el plan de tratamiento.



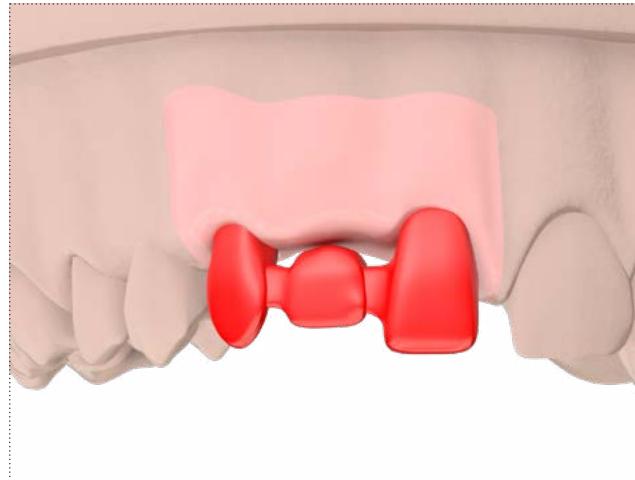
Fijar la porción calcinable giratoria en la posición deseada con resina calcinable.



Reducir las cánulas calcinables hasta una dimensión similar a la dimensión vertical del paciente por medio de un disco abrasivo.

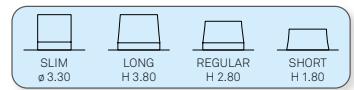


Modelar en cera o resina la estructura según el protocolo estándar y desatornillarla aprovechando el especial diseño de la cabeza del atornillador

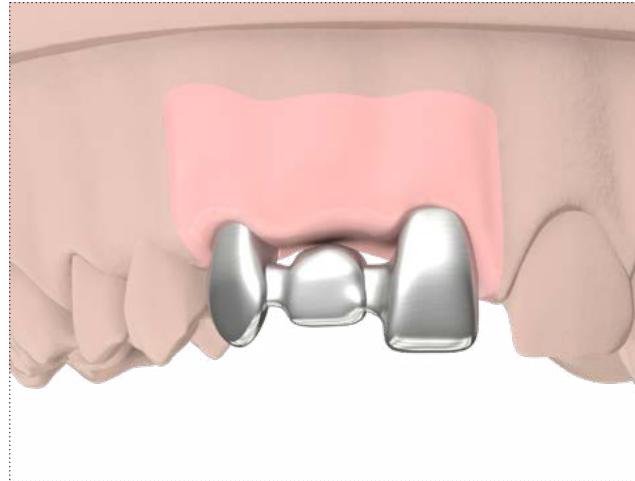


Fundir la estructura según los protocolos habituales de laboratorio y acabar la base de manera que no haya obstáculos para la adaptación de los tejidos blandos.

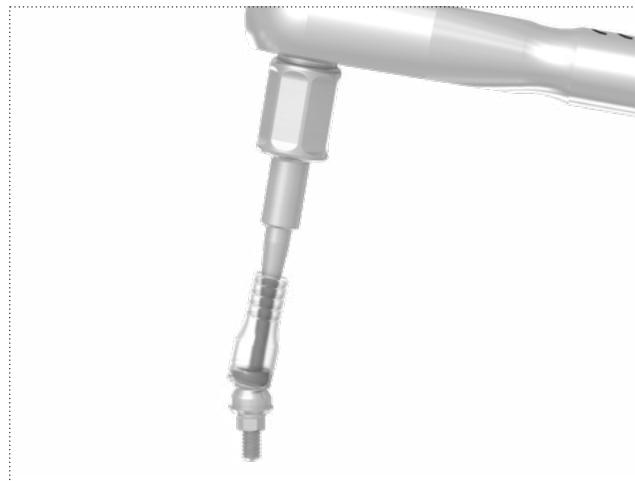




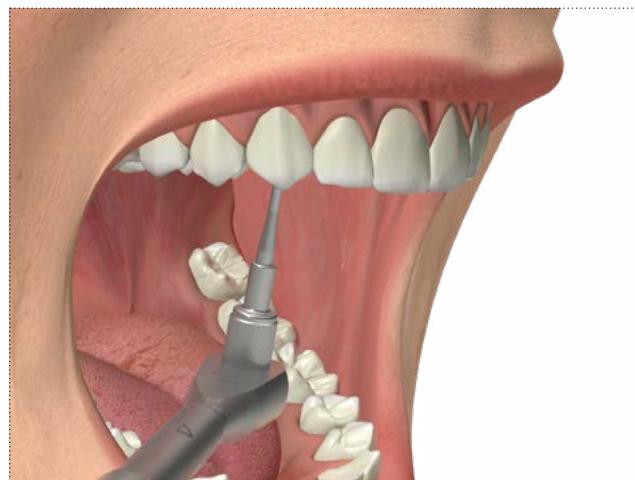
Probar la estructura en un modelo o en la boca del paciente para eventuales retoques y realizar la parte estética de la rehabilitación como de costumbre.



Asemejlar la carraca dinamométrica (código CRI5) con el atornillador para contra-ángulo digital y racor hexagonal (código AVV-CA-DG-EX) y el atornillador para Dynamic Abutment de la longitud deseada (código DSPDCLH-24 o DSPDCLH-32).



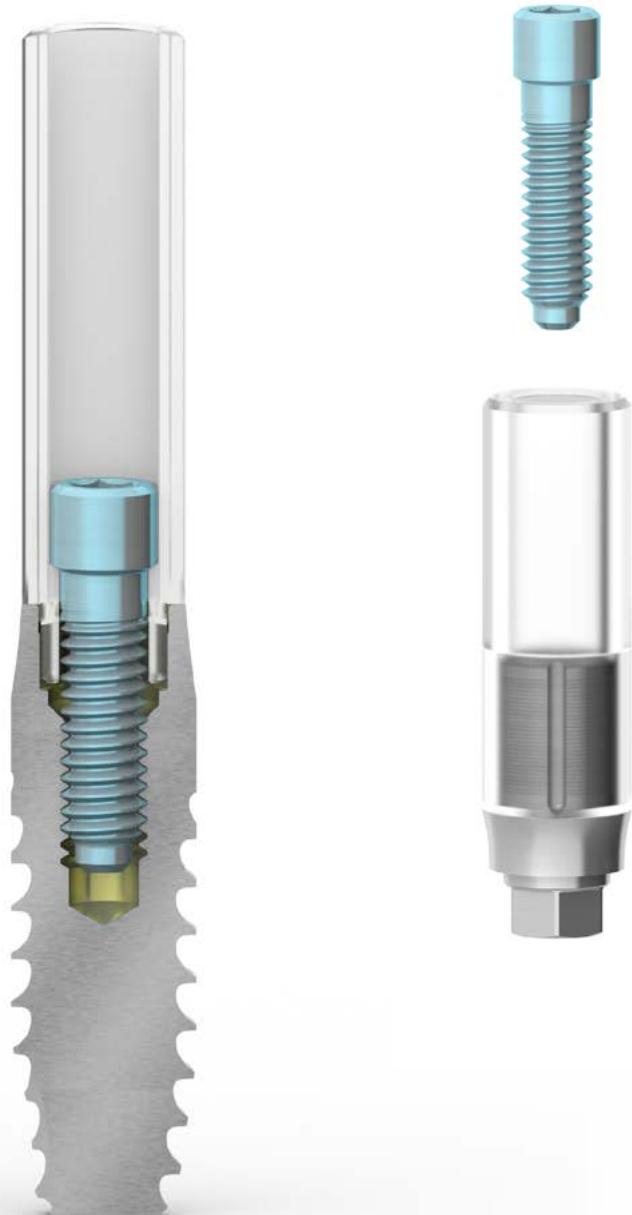
Atornillar la estructura en la boca del paciente respetando un torque de 20-25 Ncm y cerrar el agujero del tornillo con resina o composite.



Pilares calcinables estándares con base de metal

Los pilares calcinables estándares con base de metal, además de la sencillez de las soluciones calcinables, garantizan una base de aleación de oro, de cromo cobalto o de titanio, materiales sumamente biocompatibles. El punto de fusión de las aleaciones antedichas preserva la base frente a alteraciones de sus dimensiones durante la sobrefusión de la parte calcinable.

Están disponibles en versión reposicionable y no reposicionable y permiten realizar coronas individuales sin perfil o estructuras simples múltiples atornilladas de tipo Toronto que no cierran en el cuello del implante. Para más información en la sobrefusión de las aleaciones, consulte el sitio: https://www.sweden-martina.com/es_es/ifu/



Las bases disponibles son de aleación de oro, de titanio grado 5 y de cromo cobalto

Nota: los pilares calcinables estándar con una base de metal que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

descripción	código
Pilar calcinable con base preformada en aleación de oro “1” Reposicionable Emergencia anatómica Tornillo de fijación estándar incluido	A-UCR-330-EX 
Pilar calcinable con base preformada en aleación de oro “1” No reposicionable Emergencia anatómica Tornillo de fijación estándar incluido	A-UCR-330 
Pilar calcinable con base preformada en titanio Reposicionable Emergencia anatómica Tornillo de fijación estándar incluido	A-UCTR-330-EX 
Pilar calcinable con base preformada en cromo cobalto Reposicionable Emergencia anatómica Tornillo de fijación estándar incluido	A-UCRCO-330-EX 
Pilar calcinable con base preformada en cromo cobalto No reposicionable Emergencia anatómica Tornillo de fijación estándar incluido	A-UCRCO-330 
Cánula de recambio para pilares calcinables con base en metal Tornillo de fijación estándar no incluido	A-CCUCR-330 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación para pilares Incluido con los pilares, puede pedirse por separado	VM2-180 VM2-180-10 

Torque de fijación recomendado para pilares calcinables con base en metal: 20-25 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

Rehabilitación definitiva con pilares calcinables Prama IN con base de metal

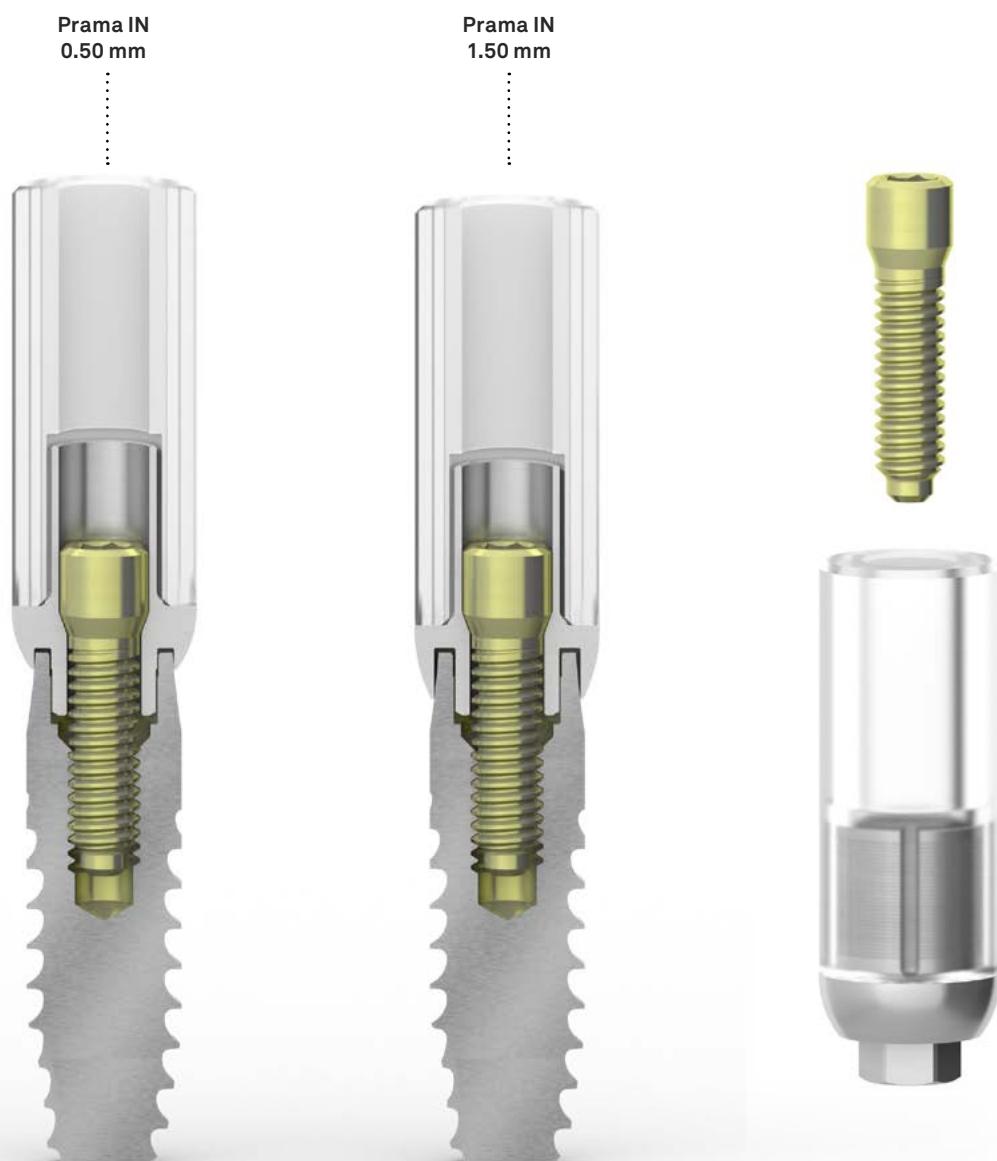
Los pilares calcinables de PMMA Prama IN con base de cromo cobalto están disponibles en las dos diferentes alturas de cierre en el cuello (0.50 mm y 1.50 mm) con y sin hexágono de reposicionamiento

Los pilares calcinables de PMMA Prama IN con base de aleación de oro están disponibles únicamente en la versión no reposicionable y con una altura de cierre en el cuello de 0.50 mm.

El torque de fijación recomendado para la fijación definitiva de los pilares o de las estructuras obtenidas después de la sobre fusión es de 20-25 Ncm.

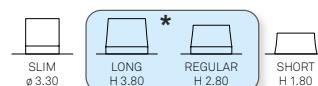
Para más información en la sobre fusión de las aleaciones, consulte el sitio:

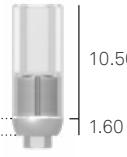
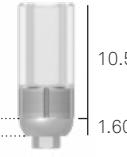
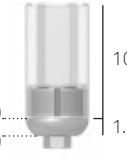
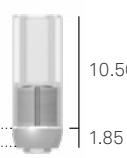
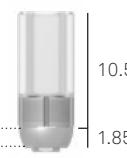
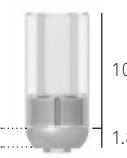
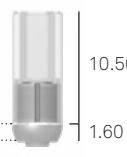
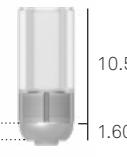
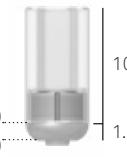
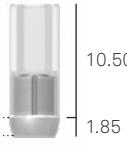
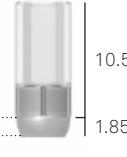
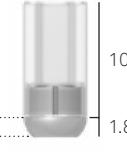
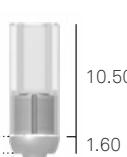
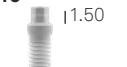
https://www.sweden-martina.com/es_es/ifu/



Nota: los pilares calcinables Prama IN que abrazan por 0.50 mm el cuello se usan solo en los cuellos Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm).

Los pilares calcinables Prama IN que abrazan por 1.50 mm de altura se usan solo para el cuello Regular (h 2.80 mm).



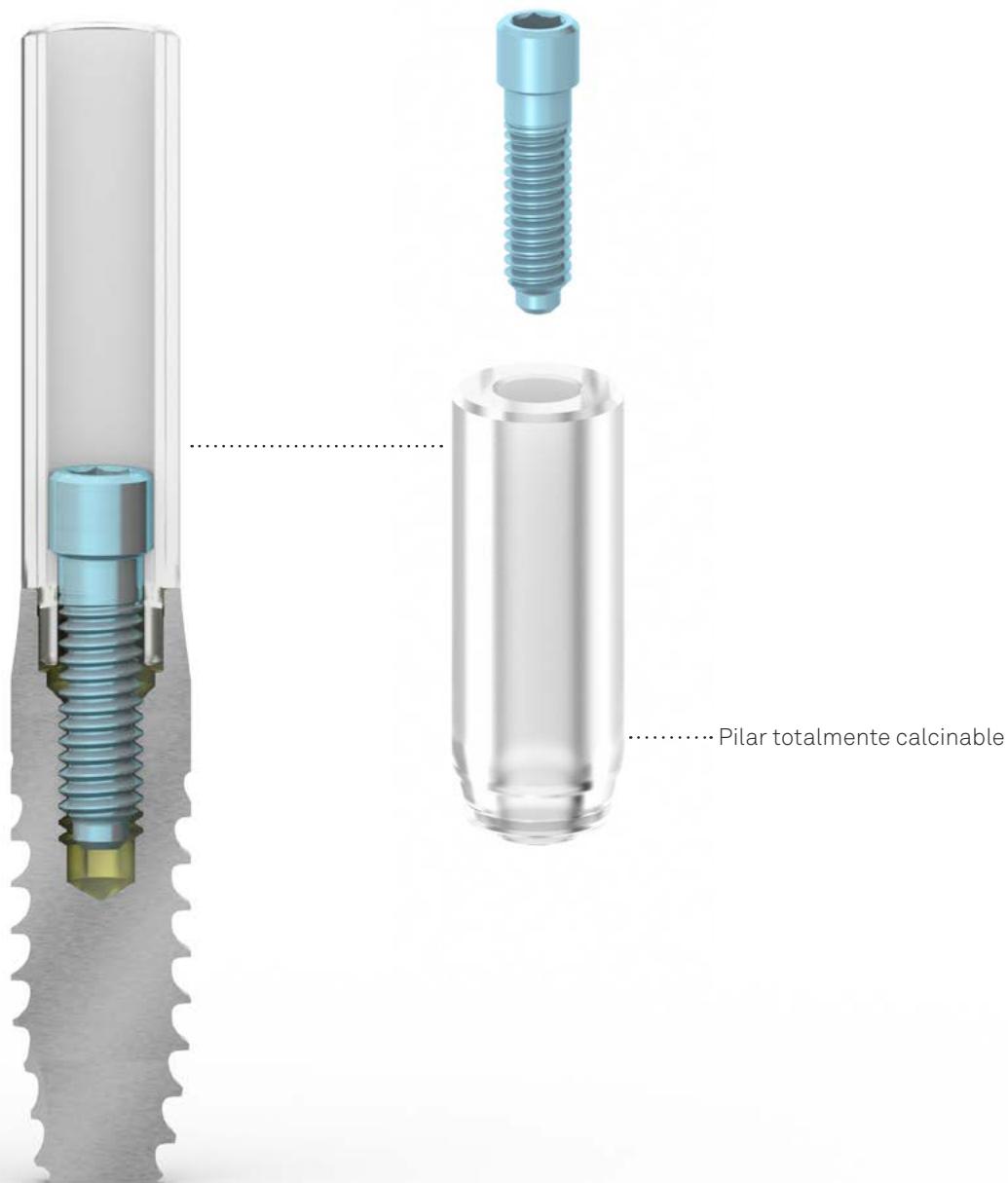
Ø implante	3.80 mm	4.25 mm	5.00 mm
Pilar calcinable Prama IN con base preformada en cromo cobalto Cierre 0.50 mm Reposicionable Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-UCRCO-380-05  Ø 4.60..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCRCO-425-05  Ø 5.00..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCRCO-500-05  Ø 5.80..... Ø 3.60..... 10.50 1.60
Pilar calcinable Prama IN con base preformada en cromo cobalto Cierre 1.50 mm Reposicionable Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-UCRCO-380-15  Ø 4.60..... Ø 3.80..... 10.50 1.85	L-UCRCO-425-15  Ø 5.00..... Ø 3.90..... 10.50 1.85	L-UCRCO-500-15  Ø 5.80..... Ø 4.00..... 10.50 1.85
Pilar calcinable Prama IN con base preformada en cromo cobalto Cierre 0.50 mm No reposicionable Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-UCRCO-380-05-ROT  Ø 4.60..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCRCO-425-05-ROT  Ø 5.00..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCRCO-500-05-ROT  Ø 5.80..... Ø 3.60..... 10.50 1.60
Pilar calcinable Prama IN con base preformada en cromo cobalto Cierre 1.50 mm No reposicionable Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-UCRCO-380-15-ROT  Ø 4.60..... Ø 3.80..... 10.50 1.85	L-UCRCO-425-15-ROT  Ø 5.00..... Ø 3.90..... 10.50 1.85	L-UCRCO-500-15-ROT  Ø 5.80..... Ø 4.00..... 10.50 1.85
Pilar calcinable Prama IN con base preformada en aleación de oro “1” Cierre 0.50 mm No reposicionable Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-UCR-380-05-ROT  Ø 4.60..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCR-425-05-ROT  Ø 5.00..... Ø 3.60..... 10.50 1.60	L-UCR-500-05-ROT  Ø 5.80..... Ø 3.60..... 10.50 1.60
Cábulas de recambio para pilares calcinables con base en aleación Tornillo de fijación con apoyo cónico no incluido	A-CCUCR-380  Ø 4.60..... 10.50	A-CCUCR-425  Ø 5.00..... 10.50	A-CCUCR-500  Ø 5.80..... 10.50
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico. En dotación con los pilares calcinables, puede pedirse por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10  M 1.8..... I 1.50	Utilizar L-VMS-180	Utilizar L-VMS-180
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo Full Head No incluido con los pilares, puede pedirse por separado*	L-VM-180 L-VM-180-10  M 1.8..... I 1.50	Utilizar L-VM-180	Utilizar L-VM-180

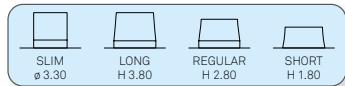
Torque de fijación recomendado para pilares calcinables con base en metal: 20-25 Ncm.

* En los días inmediatamente siguientes a una rehabilitación protésica atornillada con prótesis Prama IN es normal que los movimientos masticatorios provoquen un ajuste ligero de la prótesis que puede tal vez provocar un aflojamiento mínimo del tornillo de fijación. Para asegurar una estabilización protésica excelente, a los 7-10 días del posicionamiento del implante, recomendamos quitar la prótesis y ajustar ulteriormente el tornillo para garantizar su fijación correcta y sólida y permitir de manera natural los movimientos masticatorios del paciente.

Rehabilitación definitiva con pilares totalmente calcinables

Los pilares, realizados totalmente con PMMA, una resina que no deja ningún residuo en la fusión. Sin embargo, recordamos que si el proceso de fusión no se realiza perfectamente, podría provocar deformaciones capaces de perjudicar la precisión de emparejamiento entre la interfaz del implante y la de la prótesis a nivel de la plataforma de conexión.





descripción	código
Pilares calcinables Repositionables Emergencia recta Tornillo de fijación estándar incluido	A-CC-330-EX 
Pilares calcinables No repositionables Emergencia recta Tornillo de fijación estándar incluido	A-CC-330 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación estándar En dotación con los pilares calcinables, puede pedirse por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10 

Torque de fijación recomendado para pilares totalmente calcinables: 20-25 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

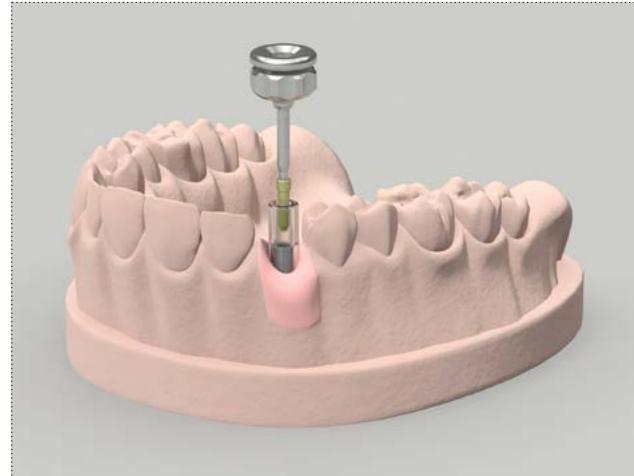
Rehabilitación definitiva unitaria atornillada con pilares calcinables con base en metal

Nota: el mismo protocolo ilustrado en las siguientes imágenes utilizando pilares calcinables con base en metal se puede aplicar en caso de uso de pilares totalmente calcinables.

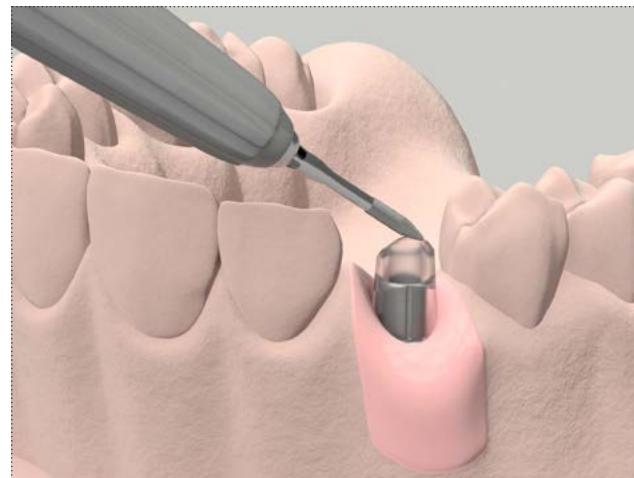
En el modelo de precisión colocar un pilar calcinable repositionable con base en metal. Fijar el pilar con un atornillador de la serie HSM o L-HSM dependiendo del pilar que se utiliza, respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

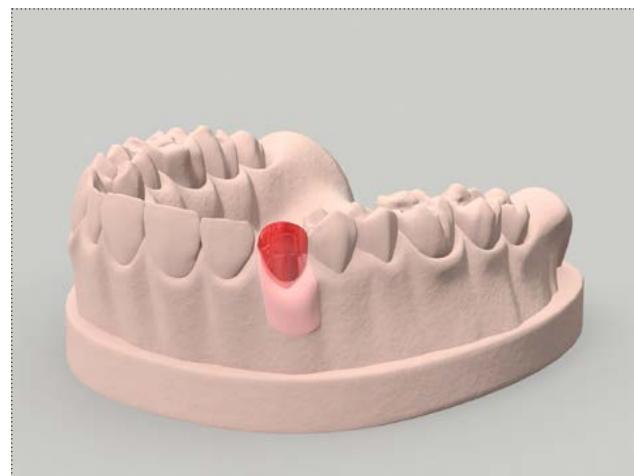
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



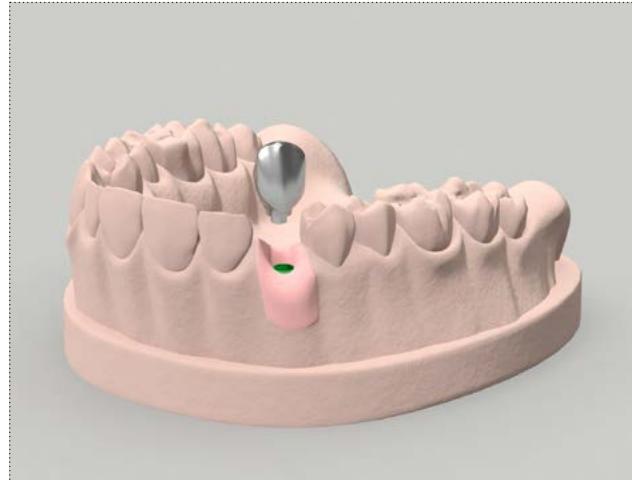
Modelar el pilar en altura y volumen, si es necesario



Modelar la corona atornillada en resina calcinable en el pilar.



Proceder con la sobrefusión como de costumbre.
Efectuar un test con la estructura metálica en el modelo o en la boca del paciente y hacer eventuales modificaciones, si es necesario.



Recubrir con cerámica como de costumbre



Posicionar la corona unitaria atornillada en el implante y fijar con el tornillo en dotación con el pilar, respetando un torque de 20-25 Ncm



Rehabilitación final atornillada con pilares calcinables con base en metal

Nota: las mismas operaciones indicadas en las siguientes imágenes con pilares calcinables con base de metal son válidas cuando se usan cánulas totalmente calcinables. En este caso se deberá prestar atención a no apretar los pilares en el modelo con un torque superior a 8-10 Ncm antes de la fusión.

Quitar el provisional de la boca del paciente y tomar una impresión de precisión (ver la pág. 34 y siguientes). Volver a introducir el provisional. Después de haber realizado el modelo, atornillar los pilares análogos a través del atornillador de la serie HSM.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, a través de la mascarilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista.



Modelar la estructura calcinable que permitirá obtener el metálico de la prótesis definitiva.



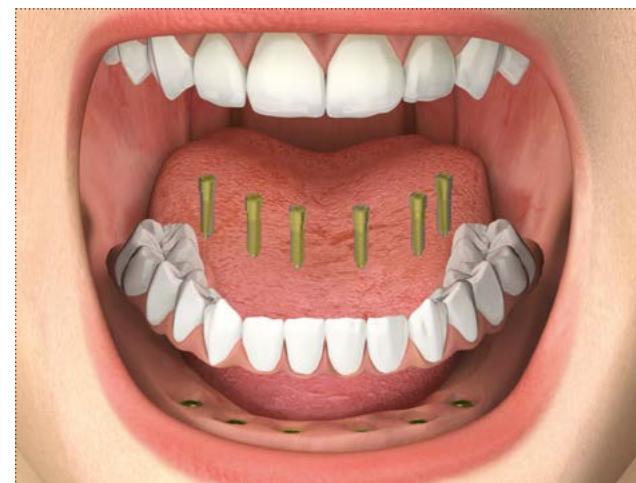
Realizar la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura antes en el modelo y luego en la boca del paciente para verificar su total pasividad.



Recubrir la prótesis definitiva con cerámica, como de costumbre.



Atornillar la estructura en los implantes apretando los tornillos a 20-25 Ncm. Controlar su pasividad y las relaciones oclusales. Preservar la cabeza del tornillo y cerrar los orificios del tornillo con material amovible como composite o resina.



Rehabilitación definitiva unitaria cementada con pilar individualizado obtenido por la sobreefusión de una cánula calcinable

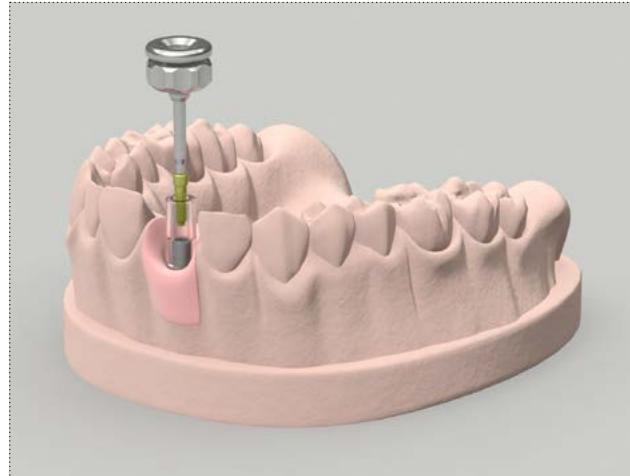
Nota: las mismas operaciones indicadas en las siguientes imágenes con pilares calcinables con base de metal son válidas cuando se usan cánulas totalmente calcinables.

En el modelo de precisión colocar un pilar calcinable reposicionable con base en metal.

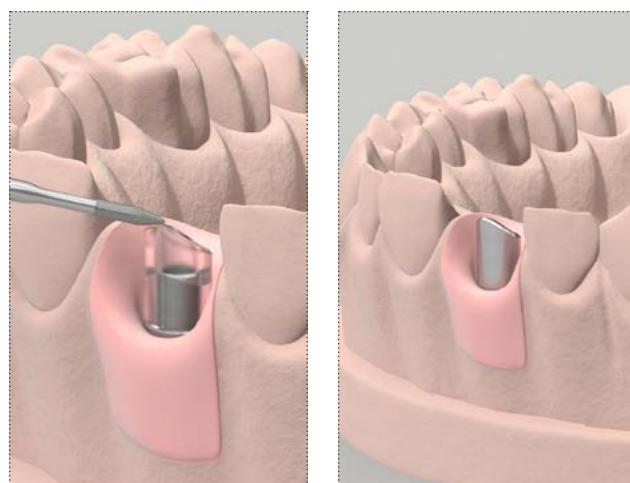
Fijar el pilar con un atornillador se la serie HSM respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



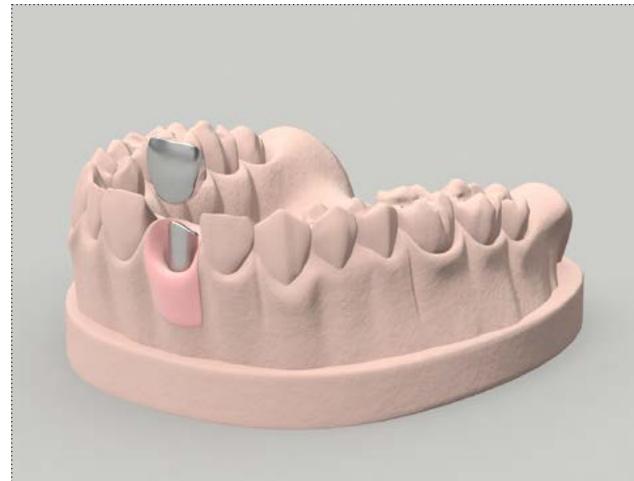
Modelar el pilar en altura y volumen, aumentando el espesor si es necesario. Proceder con la sobreefusión como de costumbre



Modelar con cera o resina calcinable la cofia en el pilar, teniendo en cuenta el espacio adecuado para el cemento.



Realizar la cofia por fusión o con tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo para verificar que no haya desigualdades que perjudican el posicionamiento correcto en los pilares y, eventualmente, eliminarlas con una fresa. Recubrir con cerámica la prótesis final como de costumbre.



Colocar el pilar en la boca y fijarlo con el tornillo en dotación, respetando un torque de 20-25 Ncm.



Cementar la corona en el pilar teniendo cuidado de remover de los márgenes todo el cemento en exceso.



Rehabilitación definitiva de arcada completa cementada con pilares individualizados obtenidos por sobre fusión de cánulas calcinables

Nota: las mismas operaciones indicadas en las siguientes imágenes con pilares calcinables con base de metal son válidas cuando se usan cánulas totalmente calcinables.

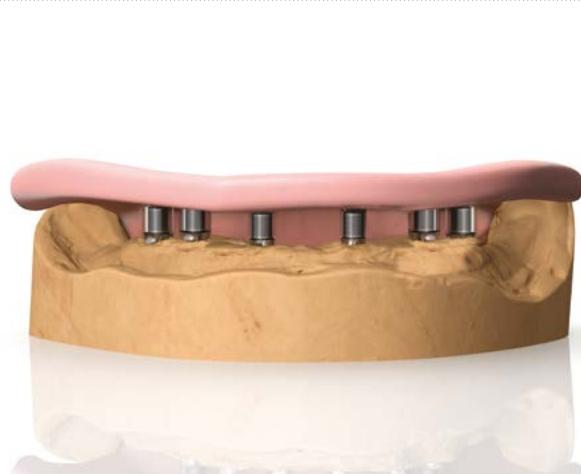
En el modelo de precisión colocar los pilares calcinables reposicionables con base en metal. Fijar los pilares respetando un torque máximo de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

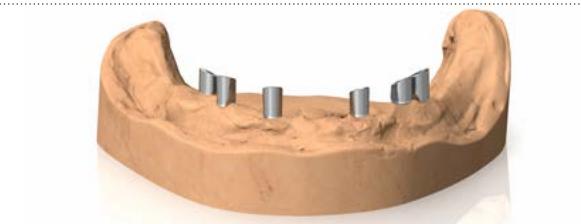
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



Ajustar las cánulas calcinables según la dimensión vertical del paciente, usando la plantilla en silicona obtenida de un premontaje o colocando la estructura en un articulador en relación al espacio dejado por el antagonista; reducir o aumentar los espesores si es necesario.



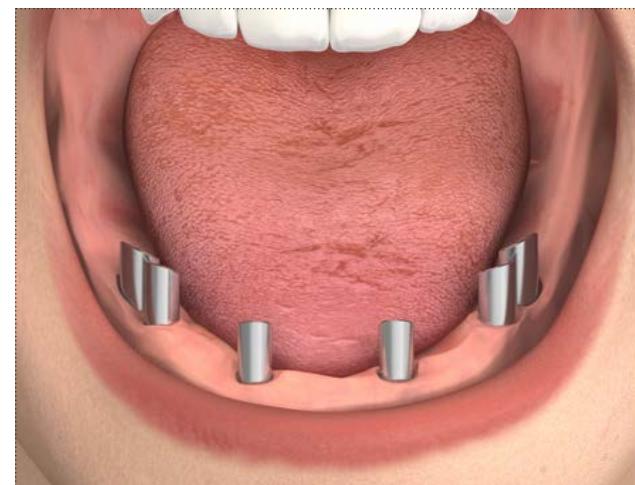
Proceder con la fusión de los pilares como de costumbre. Modelar con cera o resina calcinable la estructura en los pilares, teniendo en cuenta el espacio adecuado para el cemento.



Realizar la estructura por fusión o con tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo para verificar que no haya desigualdades que perjudican el posicionamiento correcto en los pilares y, eventualmente, eliminarlas con una fresa. Recubrir con cerámica la prótesis final como de costumbre.



Colocar el pilar en la boca y fijarlo con el tornillo en dotación, respetando un torque de 20-25 Ncm.

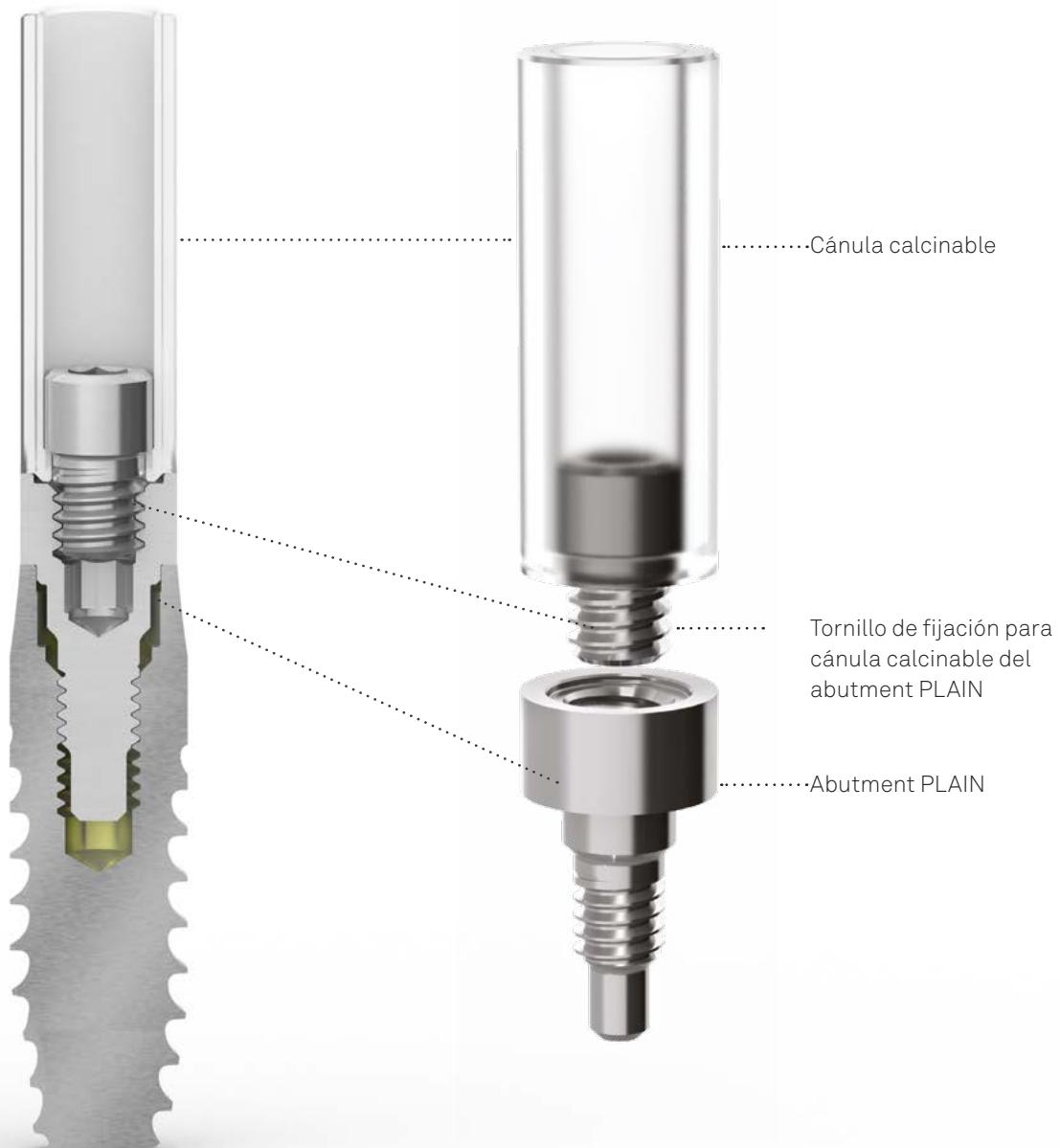


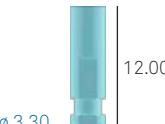
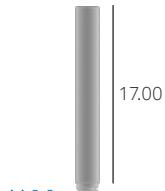
Cementar la estructura en los pilares teniendo cuidado de remover de los márgenes todo el cemento en exceso.



Rehabilitación provisional y definitiva con abutment PLAIN

La peculiaridad de estos abutment, que se atornillan directamente en los implantes, es que aprovechan totalmente la geometría plana de la parte superior que se acopla a través de una pequeña estructura a las cánulas calcinables correspondientes. La utilidad de estos abutment descansa, pues, en la posibilidad de maximizar las operaciones de centrado y reposicionamiento de estructuras atornilladas en más implantes. Para su transporte a la cavidad oral, el atornillado y la fijación de los abutment PLAIN, usar los destornilladores estándar de la serie HSM incluidos en el kit quirúrgico Prama. El torque de inserción previsto es de 25-30 Ncm para atornillar el abutment en el implante y de 20-25 Ncm para fijar el tornillo de fijación. Se encuentran además disponibles especiales cánulas en titanio para la realización de provisionales.



descripción	código
Abutment PLAIN de atornillado directo H transmucosa 2.00 mm	A-PLAIN-ABU330-2 
Abutment PLAIN de atornillado directo H transmucosa 3.00 mm	A-PLAIN-ABU330-3 
Abutment PLAIN de atornillado directo H transmucosa 4.00 mm	A-PLAIN-ABU330-4 
Pilar de cicatrización para abutment PLAIN	A-PLAIN-CG330 
Cácula calcinable para abutment PLAIN Tornillo de fijación incluido	A-PLAIN-CC330 
Envase individual Envase de 10 unidades	A-PLAIN-VP200 A-PLAIN-VP200-10
Tornillo de fijación para cáculas calcinables para abutment PLAIN	
Pilar en titanio para abutment PLAIN Tornillo de fijación incluido	A-PLAIN-CT330 
Análogo para abutment PLAIN	A-PLAIN-ANA-330 
Transfer para abutment PLAIN Tornillo de fijación incluido	A-PLAIN-TRA-330 
Tornillo de recambio para transfer PLAIN En dotación con los transfer PLAIN, puede pedirse por separado como recambio	A-PLAIN-VTRA200 

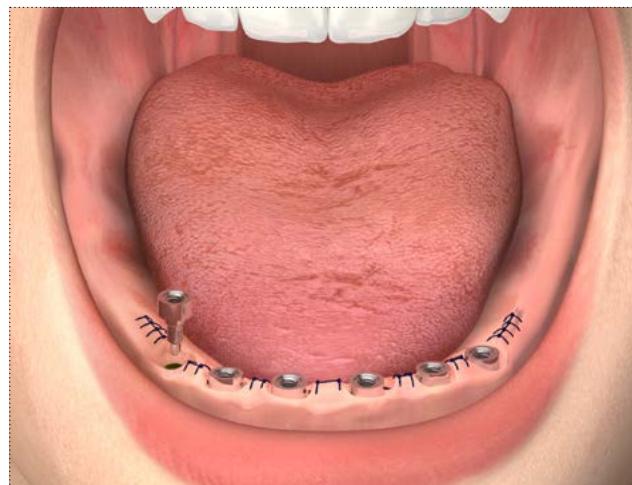
Torque recomendado para pilares de cicatrización y tornillos transfer PLAIN: 8-10 Ncm.

Torque recomendado para cáculas calcinables antes de la fusión: 8-10 Ncm.

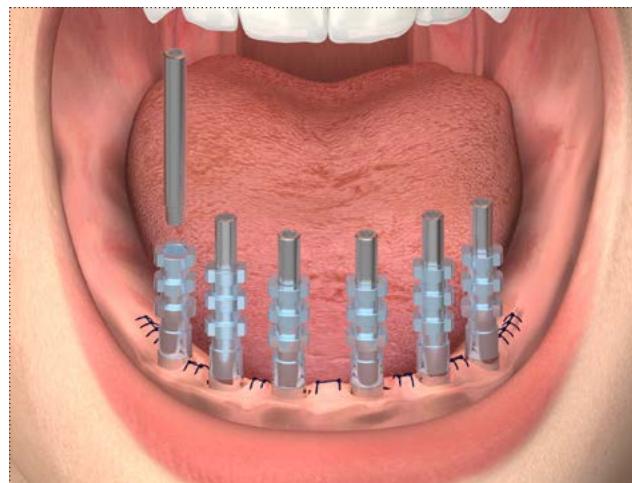
Torque recomendado para abutment PLAIN: 25-30 Ncm

Fase de impresión y modelo

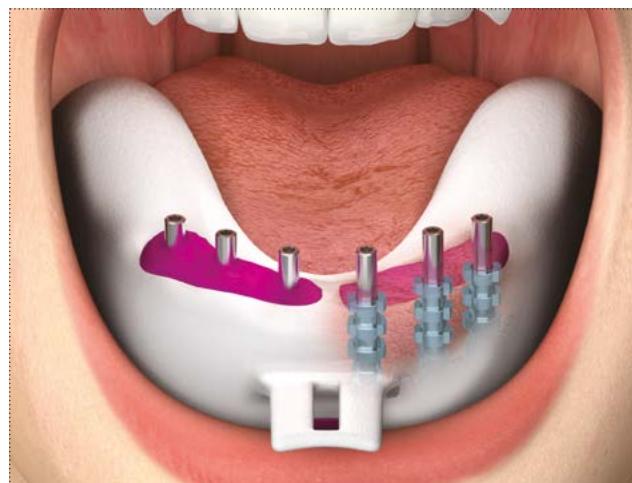
Después de haber introducido los implantes, atornillar los abutment PLAIN con un atornillador de la serie HSM. El torque de fijación de los abutment PLAIN en los implantes es de 25-30 Ncm.

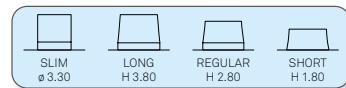


Atornillar en cada abutment PLAIN un transfer (cód. A-PLAIN-TRA-330) con el tornillo correspondiente suministrado y un atornillador de la serie HSM. El torque de fijación de los transfer PLAIN en los abutment es de 8-10 Ncm.
Si lo desea, unir los transfer entre ellos con hilo y resina y esperar la polimerización, según las indicaciones del fabricante (por ej. resina SUN, cód. SUN-A2 o SUN-A3).



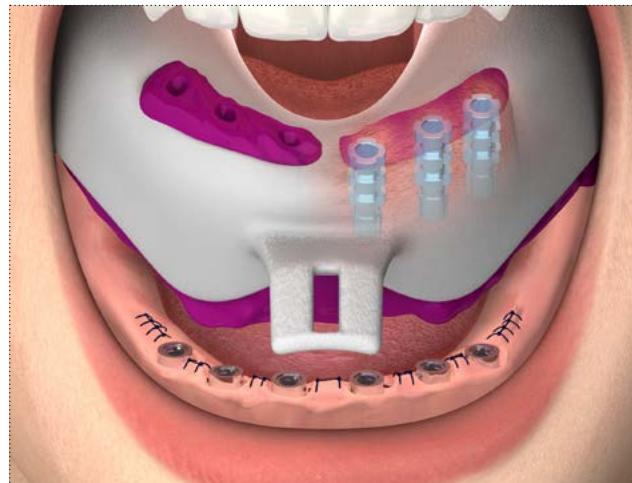
Verificar que la cubeta individualizada colocada en la boca contenga toda la altura del transfer en el interior de sus paredes y que la extremidad del tornillo transfer salga por un tramo congruo y suficiente por el agujero presente en la cubeta. Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód. SKY14) solo alrededor de los transfer y en el tramo de unión y al mismo tiempo llenar la cubeta portaimpresión con un material más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en toda la arcada.
Luego colocar la cubeta in situ y esperar el tiempo de fraguado, según las instrucciones.





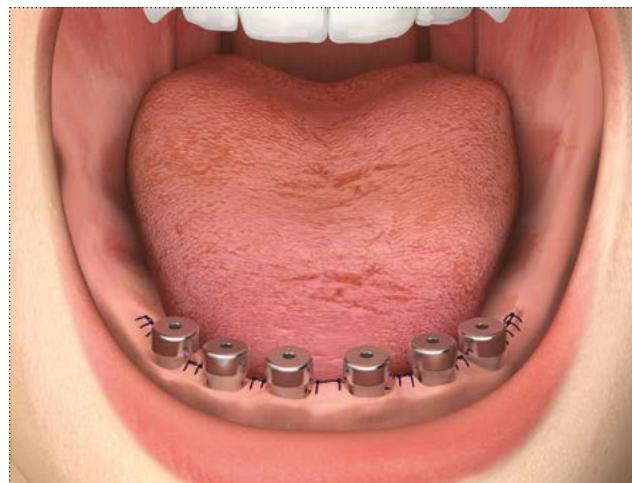
Destornillar los tornillos transfer y sacarlos de la impresión para evitar que cuando se quita el portaimpresión, puedan caer de manera accidental en la boca del paciente.

Quitar la cubeta: los transfer Pick-up permanecen incorporados en la impresión.



Atornillar en los abutment PLAIN las cofias de cicatrización de titanio (A-PLAIN-CG330) con un atornillador de la serie HSM.

El torque de fijación de las cofias de cicatrización PLAIN en los respectivos abutment es de 8-10 Ncm.



Atornillar uno a uno los análogos del laboratorio (A-PLAIN-ANA-330) en los transfer con el tornillo transfer que se ha vuelto a colocar en el agujero dejado por el mismo en el material de impresión.

Meter la impresión en una caja de cera y colar el modelo como de costumbre.

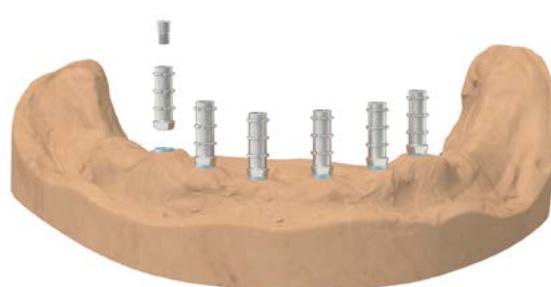


**Rehabilitación provisional de arcada completa atornillada en abutment PLAIN:
técnica cemento-atornillada con cánulas de titanio**

Después de llevar a cabo la toma de impresión y haber hecho el modelo, según las operaciones indicadas anteriormente, fijar las cánulas de titanio A-PLAINCT330 en los análogos de los abutment PLAIN a través del tornillo de fijación A-PLAIN-VP200.

Advertencia importante

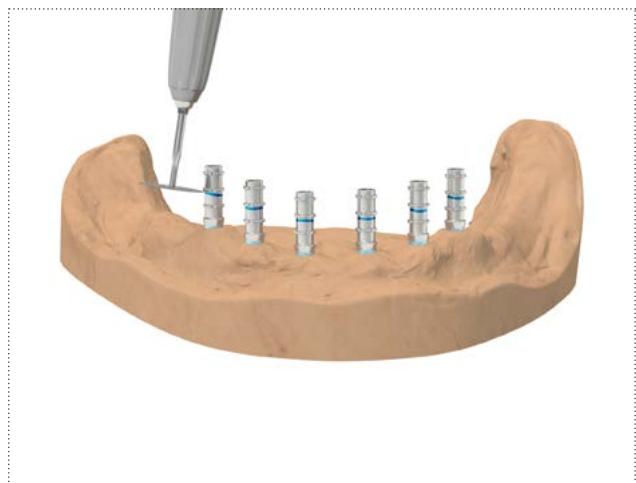
Para las fases de laboratorio usar siempre tornillos de repuesto, disponibles en un envase individual con el código A-PLAINVP200 o en un envase de 10 unidades con el código A-PLAINVP200-10. Usar los tornillos definitivos solamente para la fijación definitiva en la boca del paciente.

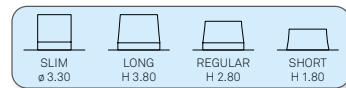


Introducir en las cánulas de titanio PLAIN una estructura realizada en el laboratorio y perforada para crear un espacio adecuado para el deslizamiento de las cánulas a lo largo del cuerpo. Marcar el margen palatal y vestibular de la estructura provisional en todas las cánulas para luego poder reducirlas de manera congrua.



Sacar la estructura provisional y cortar en el modelo a la altura marcada usando un disco abrasivo.

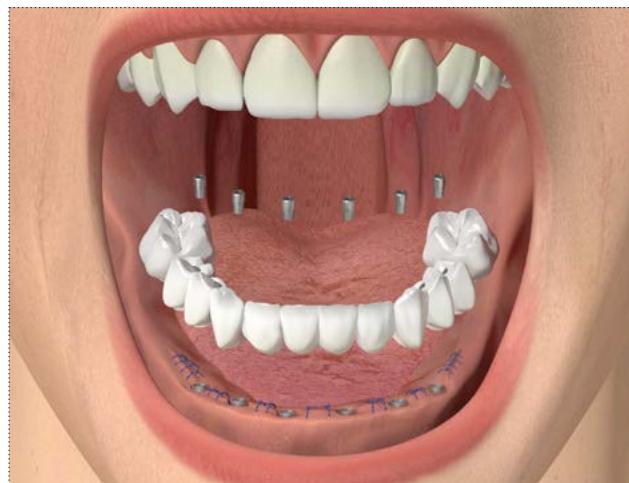




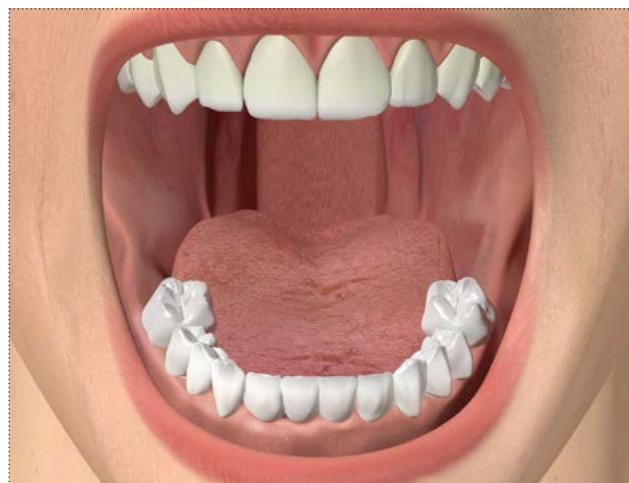
Encolar la estructura provisional en las cánulas de titanio PLAIN, esperando la polimerización, según los modos y los plazos previstos.



Una vez terminada la polimerización, desatornillar la estructura provisional del modelo y atornillarla en los abutment PLAIN, prestando atención para que los colgajos de los tejidos blandos estén alejados de la conexión durante las maniobras de inserción. Luego realizar una sutura en la emergencia de los pilares para permitir un acondicionamiento adecuado. El provisional se deberá atornillar con los tornillos suministrados y un atornillador de la serie HSM. Les aconsejamos no superar el torque de fijación de 20-25 Ncm.



Introducir teflón, gutapercha o cemento blando en el agujero de los tornillos de las cánulas PLAIN y cerrar la extremidad con resina o composite. El provisional no sólo ayudará al paciente a mantener una calidad de vida adecuada en espera de la prótesis definitiva, sino también fomentará una conformación correcta de los tejidos gingivales que luego acogerán la prótesis definitiva con resultados estéticos excelentes.



**Rehabilitación definitiva de arcada completa atornillada con abutment PLAIN:
técnica de fusión integral con cánulas calcinables**

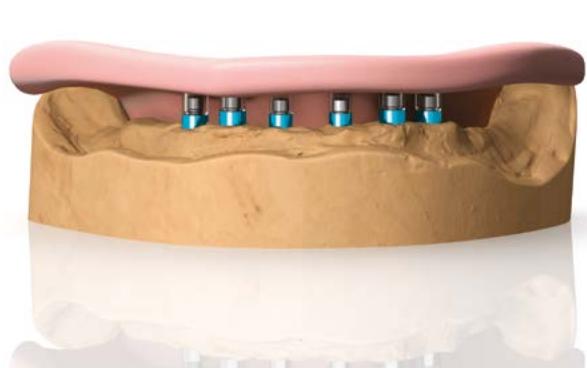
En el modelo de precisión colocar las cánulas calcinables en los abutment PLAIN con el tornillo de fijación A-PLAIN-VP200 en dotación, dejándolas con su altura original. El torque de fijación recomendado es de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Para las fases de laboratorio usar siempre tornillos de repuesto, disponibles en un envase individual o en un envase de 10 unidades. Usar los tornillos definitivos solamente para la fijación definitiva en la boca del paciente

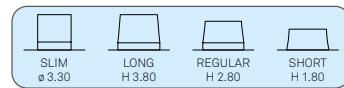


Fresar las cánulas calcinables hasta una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, a través de la mascarilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista.



Realizar la estructura calcinable que permitirá obtener la estructura metálica de la prótesis definitiva.





Realizar la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura antes en el modelo y luego en la boca del paciente para verificar su total pasividad. El torque recomendado para todas las superestructuras obtenidas por fusión en los abutment PLAIN es de 20-25 Ncm.

Advertencia importante

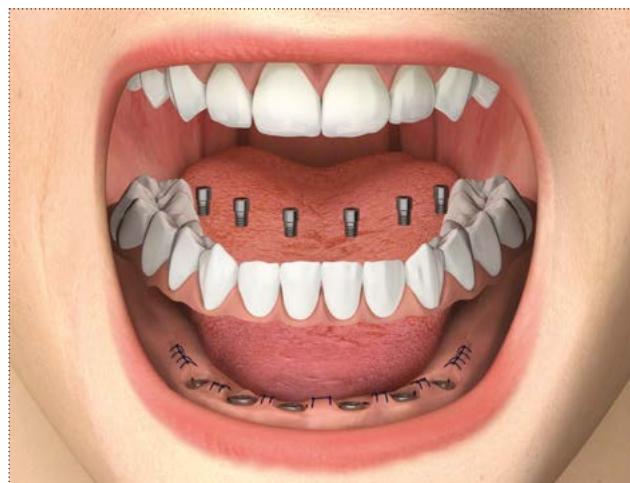
Si la estructura no resultara totalmente pasiva aun siguiendo el protocolo estándar de verificación antes de la fusión, es posible corregir las eventuales tensiones detectadas cortando la estructura en uno o más puntos y volviéndola a soldar en la posición correcta.



Recubrir la prótesis definitiva con cerámica, como de costumbre. Quitar del modelo la superestructura.



Destornillar las cofias de cicatrización y atornillar la superestructura en los abutment, respetando un torque de 20-25 Ncm. Controlar su pasividad y las relaciones oclusales. Les aconsejamos usar siempre tornillos nuevos para la fijación definitiva en la boca del paciente. El operador deberá llenar los agujeros del tornillo con material amovible.



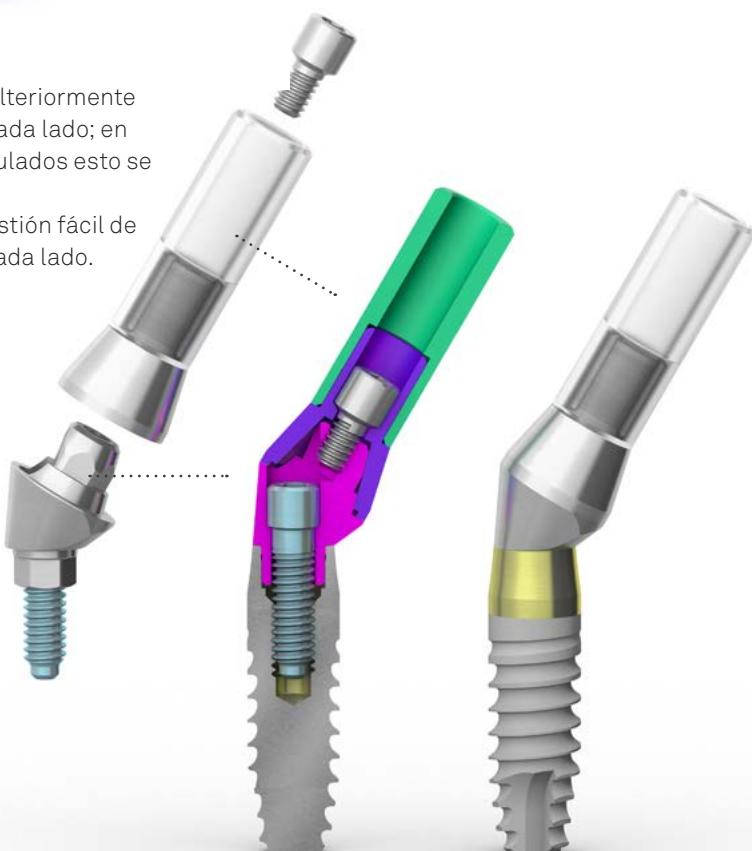
Rehabilitación provisional y definitiva con abutment P.A.D.

El sistema P.A.D. (Protésis Atornillada Disparalela) ha sido estudiada para facilitar la realización de prótesis múltiples atornilladas. Las diferentes versiones disponibles, con angulaciones de 17° y 30° permiten el reposicionamiento protésico favorable de las conexiones incluso si los implantes tuvieran fuertes disparalelismos. Esta característica se ve ampliada por un cono anterior de 15° colocado por encima de la plataforma del P.A.D. que facilita ulteriormente la inserción de las estructuras múltiples. Los abutment P.A.D. angulados deberán llevarse a la boca con el transportador correspondiente PAD-CAR y un tornillo transfer, también de titanio, para la fijación del abutment en el instrumento. Antes de su uso clínico es necesario someter todas las piezas a un ciclo de esterilización en autoclave.



El cono presente en la extremidad de los abutment permite una corrección ulterior de la prótesis de 15°.

El cono superior permite orientar ulteriormente la estructura protésica de 15° en cada lado; en el caso de los abutment P.A.D. angulados esto se añade a la inclinación de 17° o 30°. Esta característica permite una gestión fácil de los disparalelismos hasta 45° en cada lado.



Nota: los abutment P.A.D., que cierran apoyandose en la plataforma implantaria, pueden ser utilizados indiferentemente con todos los diámetros implantarios Prama y con todos tipos de cuellos, Short, Regular y Long.

descripción	código
Abutment P.A.D. rectos atornillado directo H transmucosa 1.50 mm	A-PAD-AD330-15 
Abutment P.A.D. rectos atornillado directo H transmucosa 3.00 mm	A-PAD-AD330-30 
Abutment P.A.D. rectos atornillado directo H transmucosa 4.00 mm	A-PAD-AD330-40 
Abutment P.A.D. angulados 17° H transmucosa 3.00 mm Tornillo de fijación incluido	A-PAD-AA330-173 
Abutment P.A.D. angulados 17° H transmucosa 5.00 mm Tornillo de fijación incluido	A-PAD-AA330-175 
Abutment P.A.D. angulados 30° H transmucosa 3.00 mm Tornillo de fijación incluido	A-PAD-AA330-303 
Abutment P.A.D. angulados 30° H transmucosa 5.00 mm Tornillo de fijación incluido	A-PAD-AA330-305 
Envase individual Envase de 10 unidades	PAD-VM-180 PAD-VM-180-10 
Tornillo de fijación para P.A.D. angulados En dotación con los P.A.D. angulados, puede pedirse por separado como recambio	
Atornillador para P.A.D. rectos, con racor hexagonal para carraca dinamométrica. No incluido en el kit quirúrgico, puede pedirse por separado.	AVV2-ABUT 
Carrier para el transporte de abutment angulados en la cavidad oral, que se puede esterilizar y volver a usar. Deberá ser anclado en los abutment a través del tornillo PAD-VTRAL-140	PAD-CAR 

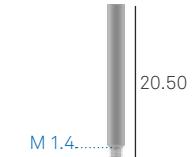
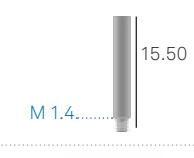
Torque recomendado para los abutment P.A.D. de atornillado directo: 25-30 Ncm.

Torque recomendado para los abutment P.A.D. angulados: 20-25 Ncm..

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

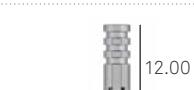
Componentes P.A.D. para superestructuras

descripción	código
Cofia de cicatrización para abutment P.A.D. de titanio Gr. 5. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-CG  Ø 5.80..... Ø 5.00..... 5.50
Cofia de cicatrización para abutment P.A.D. de PEEK. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-CGP  Ø 3.50..... Ø 5.00..... 4.30
Cofias no reposicionables de POM para la toma de impresión directa en abutment P.A.D., con hexágono	PAD-CAP  Ø 5.00..... 9.60
Cofias reposicionables de POM para la toma de impresión directa en abutment P.A.D., con hexágono	PAD-CAP-EX  Ø 5.00..... 9.60
Transfer pick-up de titanio Gr. 5 para abutment P.A.D., con hexágono, no reposicionable. Tornillo para transfer largo incluido (código PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA  Ø 5.00..... 12.00
Transfer pick-up de titanio Gr. 5 para abutment P.A.D., con hexágono, reposicionable. Tornillo para transfer largo incluido (cód. PAD-VTRAL-140)	PAD-TRA-EX  Ø 5.00..... 12.00
Tornillo de repuesto largo para transfer P.A.D.suministrado con los transfer y puede pedirse por separado como recambio	PAD-VTRAL-140  M 1.4..... 20.50
Tornillo de repuesto para transfer P.A.D.suministrado con los transfer y puede pedirse por separado como recambio	PAD-VTRA-140  M 1.4..... 15.50
Tornillo manual de repuesto para transfer P.A.D. No incluido con los transfer, puede pedirse por separado como recambio	PAD-VTRAL-140-MAN  M 1.4..... 15.50
Análogo para abutment P.A.D. en Titanio Gr. 5	PAD-ANA  Ø 5.00..... 12.80
Cánulas calcinables en PMMA para abutment P.A.D., no reposicionables. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-CC  Ø 5.00..... 12.00

Torque recomendado para tornillos transfer: 8-10 Ncm.

descripción	código
Cánulas calcinables de PMMA para abutment P.A.D., con hexágono. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-CC-EX 
Pilares calcinables de PMMA con base preformada de "aleación de oro 1", no reposicionables, para sobrefusión en abutment P.A.D. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-UC 
Pilares calcinables de PMMA con base preformada de "aleación de oro 1", no reposicionables, para sobrefusión en abutment P.A.D. Tornillo de fijación incluido (código PAD-VP-140)	PAD-UCRCO 
Tornillo de repuesto para componentes protésicos para abutment P.A.D. suministrado con todos los componentes para la realización de la superestructura y disponible también como repuesto. Se puede comprar en un envase de 10 piezas (código PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Componentes P.A.D. para rebase y técnica cemento-atornillada

descripción	código
Cánulas de PEEK para abutment P.A.D., no reposicionables para el rebase de la prótesis existente. Tornillo de fijación incluido (cód. PAD-VP-140)	PAD-CP 
Cánulas de PEEK para abutment P.A.D., reposicionables para el rebase de la prótesis existente. Tornillo de fijación incluido (cód. PAD-VP-140)	PAD-CP-EX 
Cánulas de titanio Gr. 5 para abutment P.A.D., no reposicionable para el rebase de la prótesis existente. Tornillo de fijación incluido (cód. PAD-VP-140)	PAD-CT 
Cánulas de titanio Gr. 5 para abutment P.A.D., reposicionable para el rebase de la prótesis existente. Tornillo de fijación incluido (cód. PAD-VP-140)	PAD-CT-EX 
Cánulas calcinables de PMMA para técnicas cementoatornilladas sobre cánulas en titanio Gr. 5	PAD-CCEM 
Tornillo de repuesto para componentes protésicos para abutment P.A.D. provisto con todos los componentes para la realización de la superestructura y disponible también como repuesto. Se puede comprar en un envase de 10 piezas (cód. PAD-VP-140-10)	PAD-VP-140 

Torque recomendado para las cofias de cicatrización: 8-10 Ncm.

Torque recomendado para los tornillos protésicos: 15-20 Ncm.

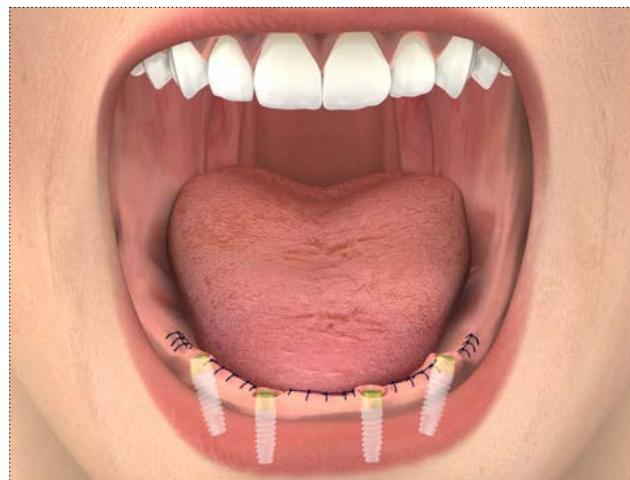
Torque recomendado para las cánulas de PEEK: 15-20 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

Inserción de abutment P.A.D. rectos

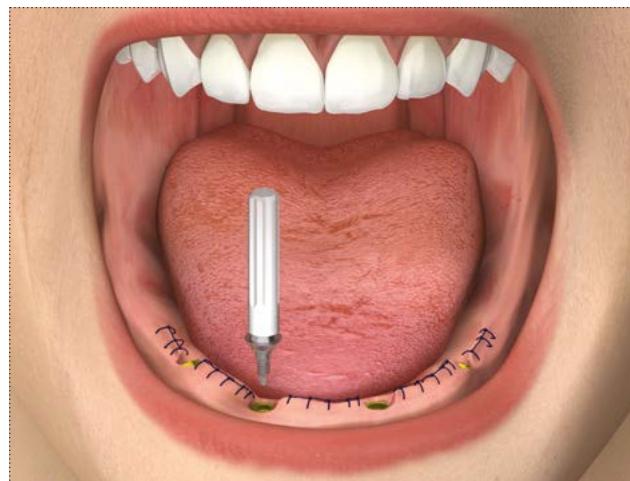
En las siguientes páginas se explicará la introducción de los abutment P.A.D. rectos y angulados. Con una finalidad meramente explicativa, las imágenes muestran una arcada inferior con posicionamiento de las fijaciones, según el protocolo All-on-Four*, para mostrar tanto el uso de los abutment rectos como el de los abutment angulados. Las mismas operaciones de inserción son válidas incluso cuando la rehabilitación prevé un número superior de implantes.



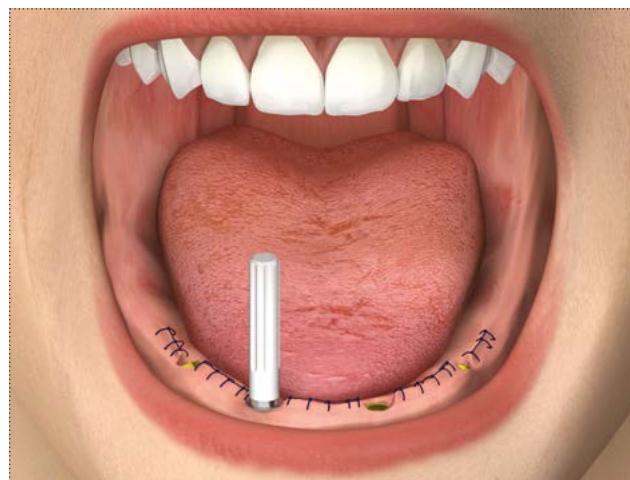
Usar el carrier para pilar AVV-ABUT-DG suministrado en el envase del pilar para transportar los abutment P.A.D. rectos a la boca del paciente. El carrier produce fricción en el hexágono superior del abutment P.A.D., por lo tanto, no es necesario llevarlo hasta el tope para obtener la retención correcta.

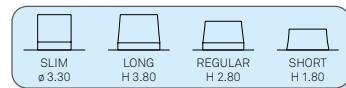
Advertencia importante

Los abutment P.A.D. rectos se venden en un envase no estéril. Antes de su uso clínico es necesario someter únicamente el pilar de titanio a un ciclo de esterilización en autoclave. El carrier AVV-ABUT-DG está hecho con POM, por lo tanto, no puede someterse a esterilización en autoclave. Es oportuno esterilizar en frío el carrier antes de usarlo para transportar el abutment a la boca.



Introducir el abutment P.A.D. en la conexión del implante, encontrar la posición correcta entre la rosca del abutment y la de la pared interna de la conexión y atornillar algunos giros.
Con un ligero movimiento en palanca eliminar el carrier del abutment P.A.D.





El atornillado deberá completarse con la llave de Allen correspondiente (código AVV2-ABUT) que se comprará por separado. Dicha llave deberá conectarse con la carraca dinamométrica (CRI5-KIT).



Si fuera necesario, se puede usar una alargadera (BPM-15) que se deberá introducir entre la llave de Allen y la cabeza de la carraca.

Advertencia importante

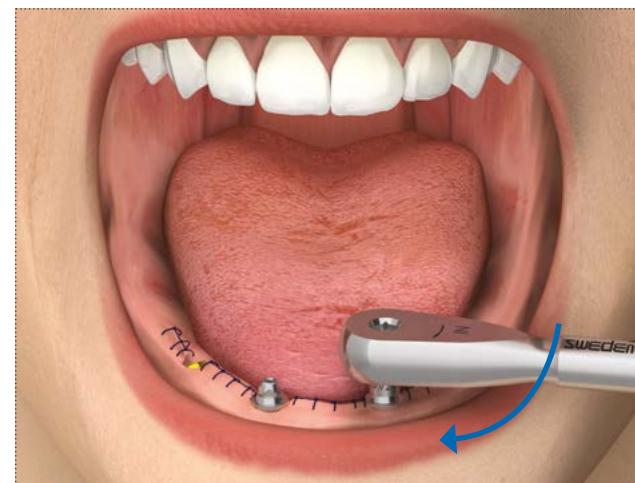
Para garantizar un correcto funcionamiento de los instrumentos es necesario controlar periódicamente que la retención de los O-ring de goma sea adecuada y, eventualmente, proceder a la sustitución de los que estén desgastados.



Para estabilizar el eje de trabajo de la carraca y de los instrumentos montados, les aconsejamos apoyar el dedo índice de la mano libre en el trinquete de la cabeza de la carraca misma.

Advertencia importante

El torque de fijación máximo de los abutment P.A.D. angulados, con tornillo de fijación, es de 20-25 Ncm. Como es difícil controlar de manera manual y con precisión el torque de inserción de los componentes protésicos, es obligatorio terminar las operaciones siempre con la carraca dinamométrica.



Inserción de abutment P.A.D. angulados

Con el atornillador HSM-20-DG alojar el tornillo de fijación (cód. PAD-VM-180): el diseño especial del instrumento permitirá ejercer una ligera fricción en el interior de la cabeza del tornillo para poder transportarlo e introducirlo en el agujero lateral presente en el abutment P.A.D.

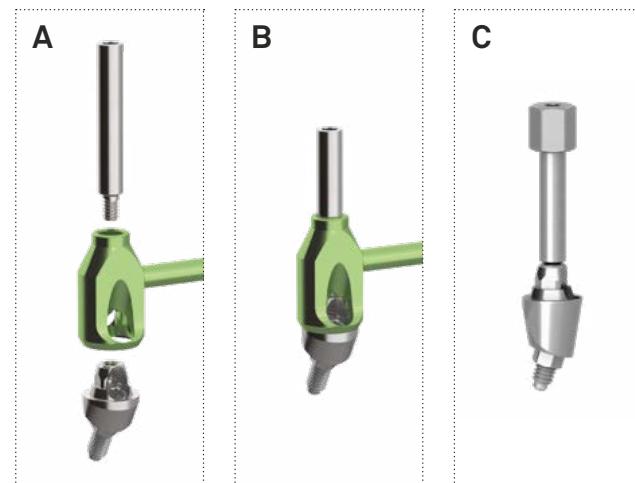
Advertencia importante

Los abutment P.A.D. angulados deberán llevarse a la boca con el transportador correspondiente PAD-CAR y un tornillo transfer, éste también de titanio, para la fijación del abutment en el instrumento. Antes de su uso clínico es necesario someter todas las piezas a un ciclo de esterilización en autoclave.

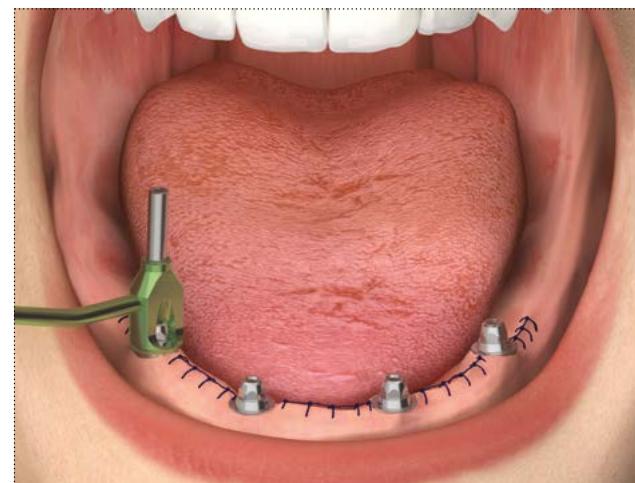


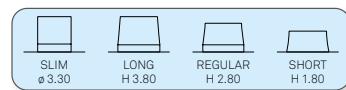
Colocar el abutment P.A.D. angulado en la parte inferior del carrier correspondiente (cód. PAD-CAR) para que el agujero del tornillo del abutment coincida con uno de los agujeros laterales del carrier, según la orientación necesaria dada desde el lado de la boca en que se debe intervenir (**Imagen A**). Introducir en el agujero superior del carrier el tornillo transfer (cód. PAD-VTRA-140 o PAD-VTRAL-140) y apretarlo en el abutment P.A.D. angulado (**Imagen B**).

Nota: el tornillo transfer no está suministrado con el carrier. Puede pedirse por separado en un envase individual. Si no hubiera espacio vertical suficiente, puede usarse como carrier, sin el PAD-CAR, atornillándolo directamente en el agujero para el tornillo protésico (**Imagen C**).

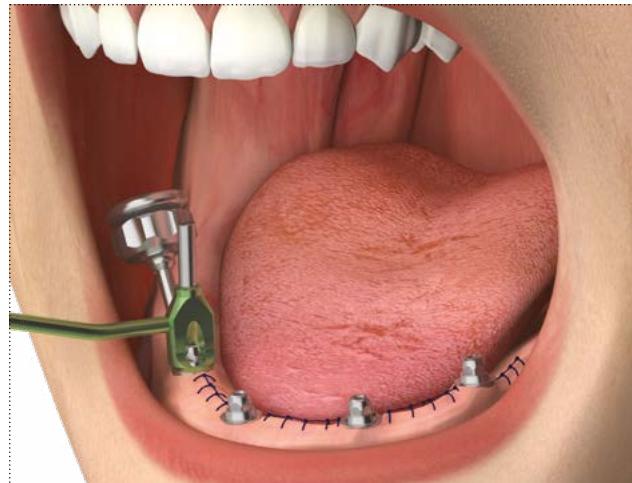


Colocar el conjunto tornillo transfer-carrier-P.A.D. angulado en la conexión implantaria.

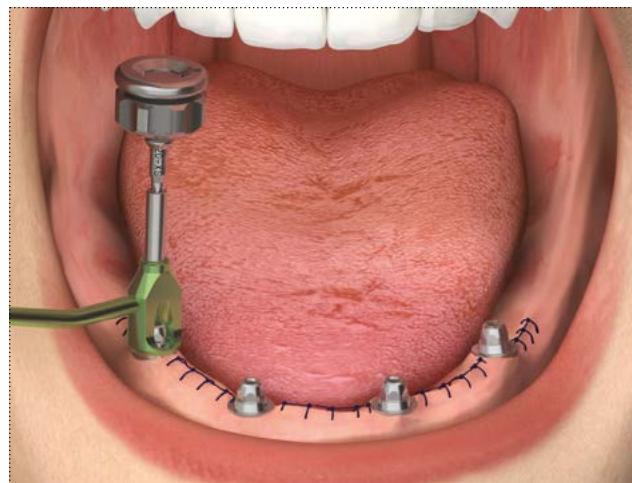




Manteniendo ubicado el abutment con el carrier, atornillar el tornillo de fijación hasta el tope.



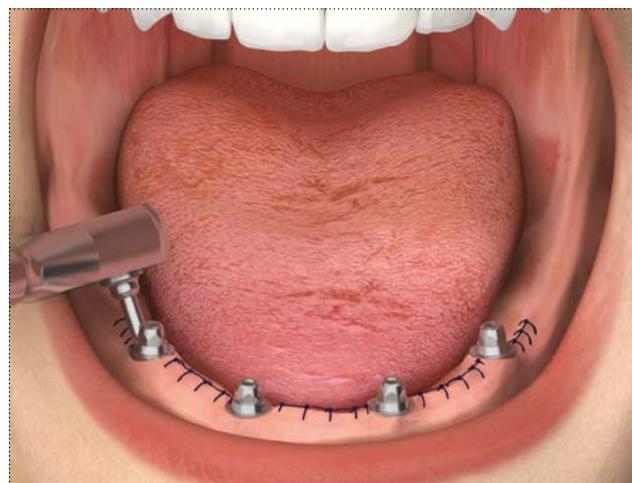
Usar el mismo atornillador de la serie HSM para desatornillar el tornillo transfer y extraer luego el carrier.



Comprobar otra vez el torque de fijación correcto del tornillo metiendo un atornillador de la serie HSM en la carraca (CRI5-KIT).

Advertencia importante

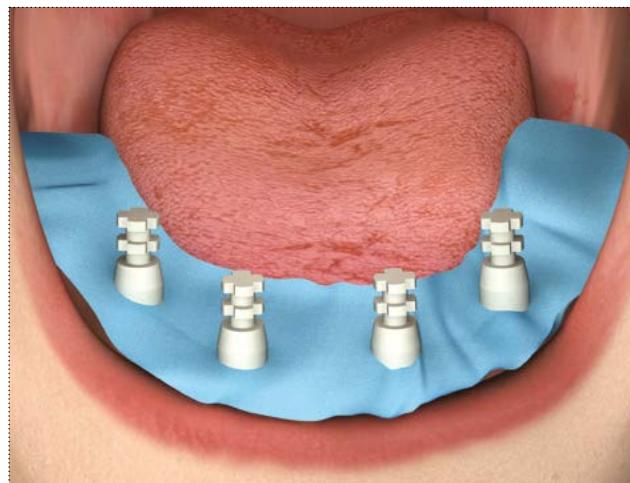
El torque de fijación máximo de los abutment P.A.D. angulados, con tornillo de fijación es de 20-25 Ncm. Como es difícil controlar de manera manual y con precisión el torque de inserción de los componentes protésicos, es oportuno terminar las operaciones siempre con la carraca dinamométrica. Les aconsejamos mantener la carraca en posición perpendicular durante el atornillado, teniendo el índice de la mano libre arriba del trinquete para evitar movimientos basculatorios que pueden arruinar los instrumentos e influir en el posicionamiento correcto de los abutment.



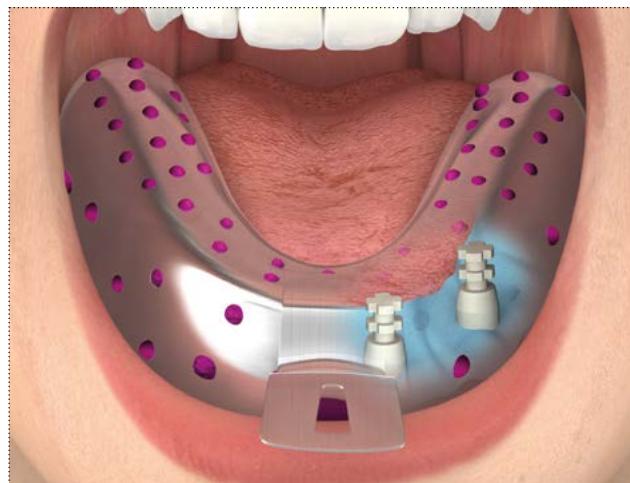
Carga inmediata en 4 o 6 implantes: técnica cemento-atornillada

Impresión en abutment P.A.D. y cofias de POM

Después de introducir los abutment P.A.D. en las conexiones implantarias, introducir con una ligera presión las cofias no reposicionables para la técnica con cubeta cerrada (cód. PAD-CAP). No se usan tornillos porque dichas cofias actúan por fricción en el cono del abutment. Se recomiendan especialmente para situaciones de leve disparalelismo de las plataformas emergentes.



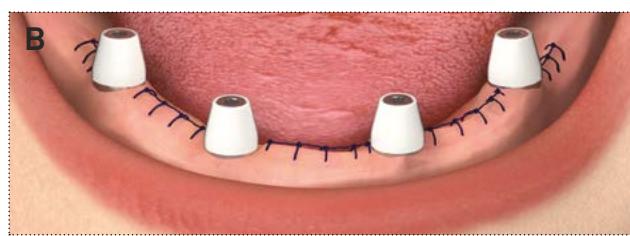
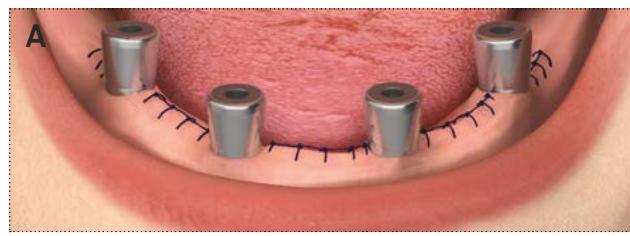
Colocar la cubeta portaimpresión cerrada en las cofias, intentando evitar movimientos laterales que pueden causar su desplazamiento accidental. Dejar fraguar el material de impresión, según las indicaciones, y levantar la cubeta de manera vertical.

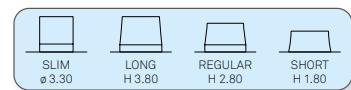


Si los abutment no reciben carga inmediata y si es necesario protegerlos durante su estancia en la cavidad oral, se pueden tapar con la cofia de protección de titanio PAD-CG (**Imagen A**), o con las cofias PAD-CGP de PEEK (**Imagen B**), que tienen un tamaño inferior y pueden ser ocultadas por un provisional. Dichas cofias deberán ensamblarse en los abutment a través de los tornillos suministrados. El torque recomendado para apretar los tornillos de la cofia de protección a través del tornillo es de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Los dos tipos de cofia se venden en envase no estéril, por lo tanto, es necesario someterlas a esterilización en autoclave antes del uso clínico, según las indicaciones de la pág. 233.





Colocar en la cubeta portaimpresión los análogos (cód. PAD-ANA) alojándolos en las cofias no reposicionables.

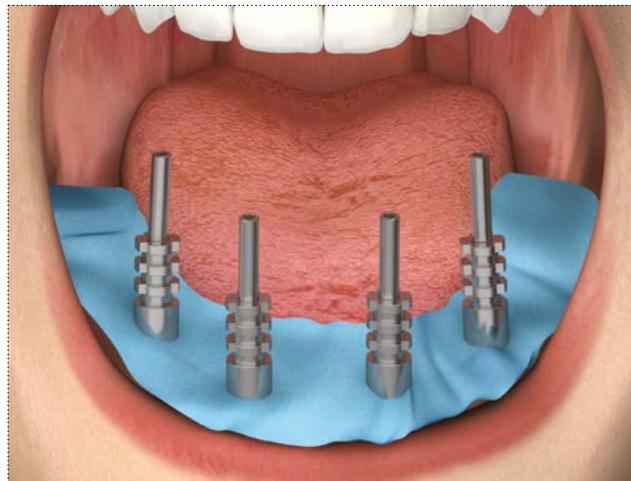


Realizar el modelo como de costumbre.

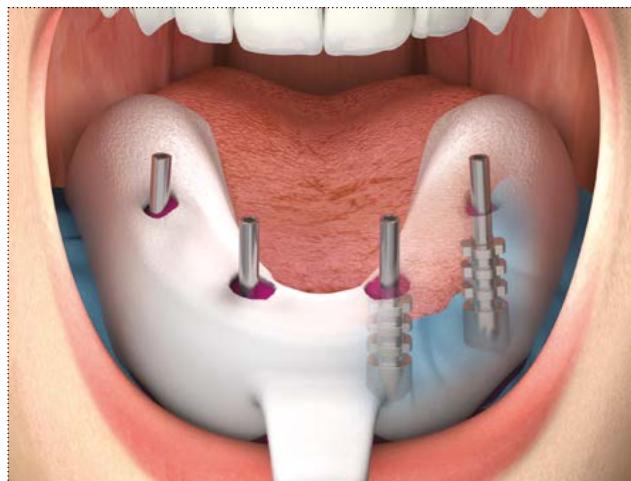


Impresión en los abutment P.A.D. con transfer Pick-up

Después de introducir los abutment P.A.D. en las conexiones implantarias, atornillar los transfer Pick-up con el tornillo correspondiente para transfer PAD-VTRAL-140, largo, idóneo para la toma de impresión con cubeta individual abierta. El tornillo se puede pedir también por separado como repuesto.



Colocar la cubeta individual abierta en los transfer. El tornillo saldrá de los agujeros creados adrede en la cubeta individual. Al final del fraguado del material de impresión, desatornillar los tornillos transfer y sacar la cubeta.

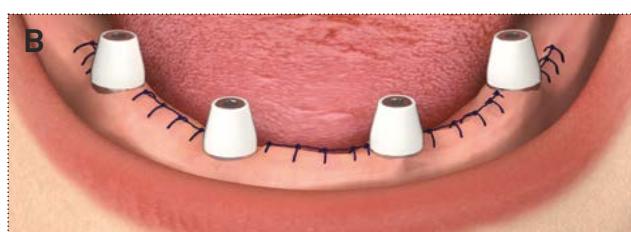
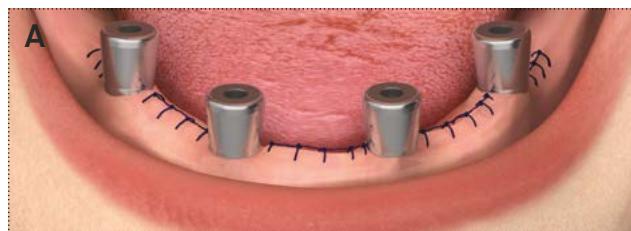


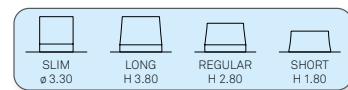
Si los abutment no reciben carga inmediata y si es necesario protegerlos durante su estancia en la cavidad oral, se pueden tapar con la cofia de protección de titanio PAD-CG (imagen A) o con las cofias PAD-CGP de PEEK (imagen B), que tienen un tamaño inferior y pueden ser ocultadas por un provisional. Dichas cofias deberán ensamblarse en los abutment a través de los tornillos suministrados.

El torque recomendado para apretar los tornillos de la cofia de protección es de 8-10 Ncm.

Advertencia importante

Los dos tipos de cofia se venden en envase no estéril, por lo tanto, es necesario someterlas a esterilización en autoclave antes del uso clínico, según las indicaciones de la pág. 232.





Colocar en la cubeta los análogos PAD-ANA alojándolos en los transfer y atornillar el tornillo, volviéndolo a colocar en el agujero dejado por el mismo en el material de impresión.



Desarrollar el modelo como de costumbre.



Realización de una prótesis con estructura armada: técnica cemento-atornillada

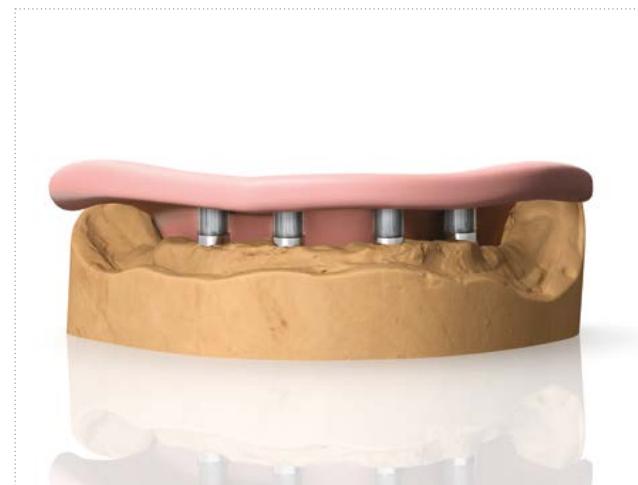
A través del tornillo específico suministrado (cód. PAD-VP-140), atornillar en cada análogo P.A.D. una cánula de titanio no reposicionable (cód.PAD-CT).

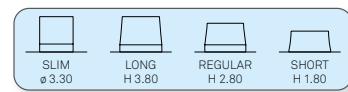


Colocar en cada cánula de titanio un cilindro calcinable de PMMA (cód. PAD-CCEM).



Fresar las cánulas de titanio y los cilindros calcinables correspondientes hasta una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, a través de la mascarilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista.





Modelar una estructura de resina, englobando los cilindros calcinables.



Quitar la estructura del modelo y proceder a la fusión o a la réplica con técnicas digitales CAD CAM como de costumbre. Las cánulas de titanio permanecen atornilladas en los abutment P.A.D.



Proceder a la realización de la parte estética de la prótesis, como de costumbre. Probar en el modelo y luego en la boca la pasividad de la estructura.

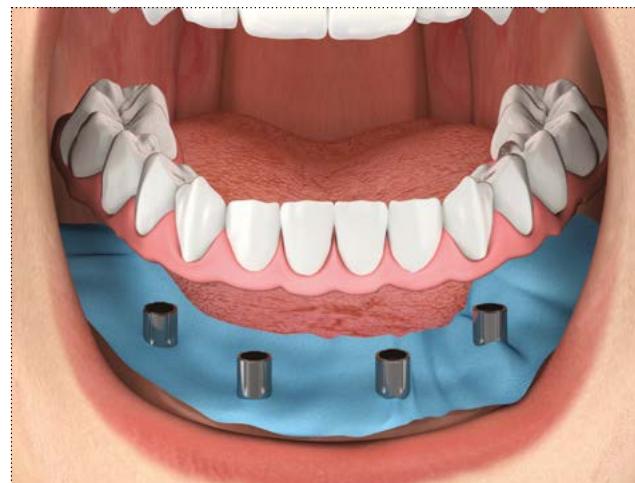


EN LA CLÍNICA: Volcar el provisional e introducir cemento de resina entre la estructura fundida y las cánulas de titanio.



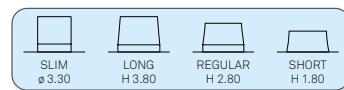
Calzar el provisional en las cánulas de titanio, anteriormente colocadas en la boca y atornilladas con los tornillos correspondientes.

Nota: prestar atención al posicionamiento correcto de las cánulas de titanio en la boca, siguiendo el orden del modelo para no crear incomodidad y dificultades funcionales al paciente. Es posible proteger los tejidos blandos a través de un protector de goma moldeado adrede para evitar que el cemento pueda englobar los puntos de sutura.



Dejar polimerizar el cemento, según las indicaciones del fabricante.





Desatornillar el provisional y acabar la base: las cánulas de titanio permanecerán englobadas por el cemento en el interior de la prótesis. Los abutment P.A.D. permanecerán atornillados en los implantes. Despues del abrillantado de la base, volver a atornillar el provisional en los abutment P.A.D. con un torque de fijación de 20-25 Ncm. Controlar las relaciones oclusales y verificar la ausencia de tensiones. Preservar la cabeza del tornillo y cerrar los agujeros del tornillo con material amovible como composite o resina.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.



Advertencia importante

Para los pacientes que ya tienen una sobredentadura es posible realizar un provisional anclado en los implantes, utilizando las mismas cánulas de titanio PAD-CT o la versión de PEEK (cód. PAD-CP). En este caso la prótesis existente será perforada en correspondencia de los agujeros y luego encolada/cementada en las cánulas mencionadas adaptando la base directamente en la boca. Las partes excedentes de las cánulas deberán cortarse para evitar incomodidad y dificultades funcionales al paciente.

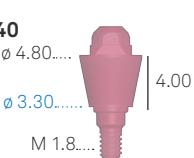
Rehabilitación provisional y definitiva con abutment P.A.D.r

Los P.A.D.r son abutment fácil de colocar, son cortos, estrechos y con dimensiones reducidas, circunstancia que los hace adecuados en las rehabilitaciones de las arcadas parcialmente o totalmente edentulas con espacios horizontales y verticales reducidos.

Los P.A.D.r ofrecen al clínico la máxima libertad y ergonomía de las superestructuras.

Los componentes P.A.D.r son anodizados de color rosa para maximizar el mimetismo y para que sean más aceptadas por el paciente.



descripción	código
Abutment P.A.D.r rectos, de atornillado directo para implantes con conexión Collex One H transmucosa 1.50 mm Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AD330-15  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 1.50</p>
Abutment P.A.D.r rectos, de atornillado directo para implantes con conexión Collex One H transmucosa h 3.00 mm Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AD330-30  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 3.00</p>
Abutment P.A.D.r rectos, de atornillado directo para implantes con conexión Collex One H transmucosa h 4.00 mm Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AD330-40  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 4.00</p>
Abutment P.A.D.r angulados para implantes con conexión Collex One H transmucosa 3.00 mm, angulados 17° Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AA330-173  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 1.20</p>
Abutment P.A.D.r angulados para implantes con conexión Collex One H transmucosa 5.00 mm, angulados 17° Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AA330-175  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 3.50</p>
Abutment P.A.D.r angulados para implantes con conexión Collex One H transmucosa 3.00 mm, angulados 30° Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AA330-303  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 11.00</p>
Abutment P.A.D.r angulados para implantes con conexión Collex One H transmucosa 5.00 mm, angulados 30° Tornillo de fijación incluido (cod. PADR-VM-180) Transfer incluido (cod. PADR-VTRAL-140)	A-PADR-AA330-305  <p>Ø 4.80... Ø 3.30... M 1.8... 2.50</p>
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación para P.A.D.r angulados en dotación con los P.A.D.r angulados, puede pedirse por separado como recambio	PADR-VM-180 PADR-VM-180-10  <p>M 1.8...</p>

Torque recomendado para las cofias de cicatrización: 8-10 Ncm.

Torque recomendado para los tornillos protésicos: 15-20 Ncm.

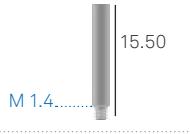
Torque recomendado para las cánulas de PEEK: 15-20 Ncm.

Advertencia importante

Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

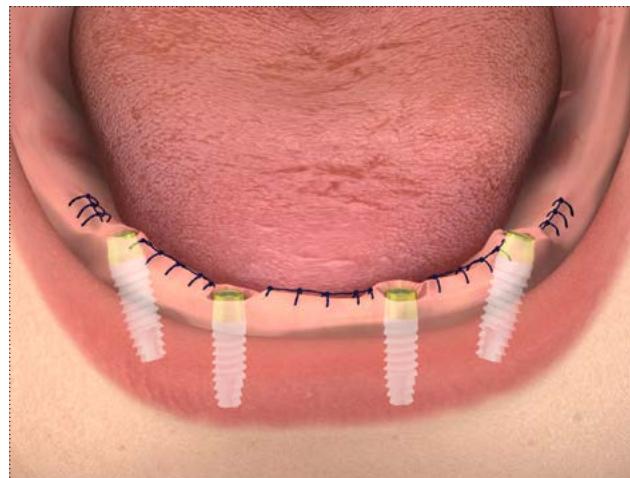
Componentes protésicos P.A.D.r

descripción	código
Cofias de protección en titanio Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-CG  Ø 5.50..... 5.00 Ø 4.80.....
Cofias de protección en PEEK Tornillo PAD-VCGP-140 incluido	PADR-CGP  Ø 4.10..... 4.00 Ø 4.80.....
Cofia encajable para toma	PADR-CAP-EX  Ø 4.80..... 11.50
Transfer Pick-up, no reposicionable Tornillo PAD-VTRAL-140 incluido	PADR-TRA  Ø 4.80..... 11.00
Análogo	PADR-ANA  Ø 4.80..... 12.20
Cánula en PEEK, no reposicionable Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-CP  Ø 4.80..... 12.50
Cánula en titanio Gr. 5, no reposicionable Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-CT  Ø 4.80..... 12.50
Cánula calcinable en PMMA	PADR-CCEM  Ø 4.75..... 11.00
Cánula calcinable en PMMA, no reposicionable Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-CC  Ø 4.80..... 12.50
Cánulas en titanio sin base de apoyo para reconstrucciones estéticas Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-BAS  Ø 4.30..... 12.50
Pilar en PMMA con base en cromo cobalto, no reposicionable Tornillo PAD-VP-140 incluido.	PADR-UCRCO  Ø 4.80..... 13.01 6.60

descripción	código
Scanbody para uso intraoral Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-INT-CAMTRA-L  Ø 4.80..... 10.00
T-connect no reposable para abutment P.A.D.r con cono h 4 Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-TC-M-4  Ø 4.80..... 5.00
T-connect no reposable para abutment P.A.D.r con cono h 8 y marcos de corte Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-TC-M-8  Ø 4.80..... 8.35
T-connect no reposable para abutment P.A.D.r para orificio angulado Tornillo 41.314.040.02-2 non incluido	PADR-TCA-M (*)  Ø 4.80..... 8.35
Canula calcinable no reposable para T-connect Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-TC-CC-M-8  Ø 4.80..... 8.35
Canula calcinable reposable para T-connect para orificio angulado Tornillo PAD-VP-140 incluido	PADR-TC-CC-S-8  Ø 4.80..... 8.35
Envase 1 unidad Envase de 10 unidades Tornillo para componentes sobre abutment P.A.D.r	PAD-VP-140 PAD-VP-140-10  M 1.4..... 4.20
Tornillo Talladium para PADR-TCA-M de apretarse con los atornilladores dedicados DSPDCLH-24 y DSPDCLH-32	41.314.040.02-2  M 1.4..... 4.00
Tornillo para transfer pick-up, largo	PAD-VTRAL-140  M 1.4..... 20.50
Tornillo para transfer pick-up, corto	PAD-VTRA-140  M 1.4..... 15.50
Tornillo para transfer pick-up, de atornillado manual	PAD-VTRAL-140-MAN  M 1.4..... 15.50

Inserción de abutment P.A.D.r rectos

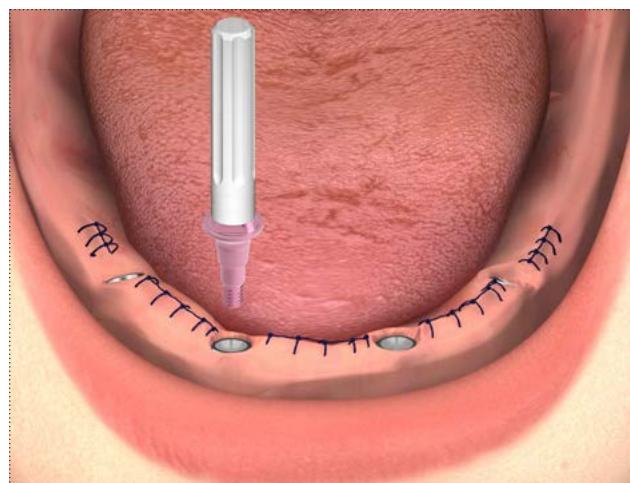
En las siguientes páginas se explicará la introducción de los abutment P.A.D.r rectos y angulados. Con una finalidad meramente explicativa, las imágenes muestran una arcada inferior con posicionamiento de los implantes, según el protocolo All-on-Four*, para mostrar tanto el uso de los abutment rectos como el de los abutment angulados. Las mismas operaciones de inserción son válidas incluso cuando la rehabilitación prevé un número superior de implantes.



Usar el carrier para abutment suministrado en el envase del abutment para transportar los abutment P.A.D.r rectos a la boca del paciente. El carrier produce fricción en el hexágono superior del abutment P.A.D.r, por lo tanto, no es necesario que cubra totalmente también el cono debajo del hexágono para obtener la retención correcta.

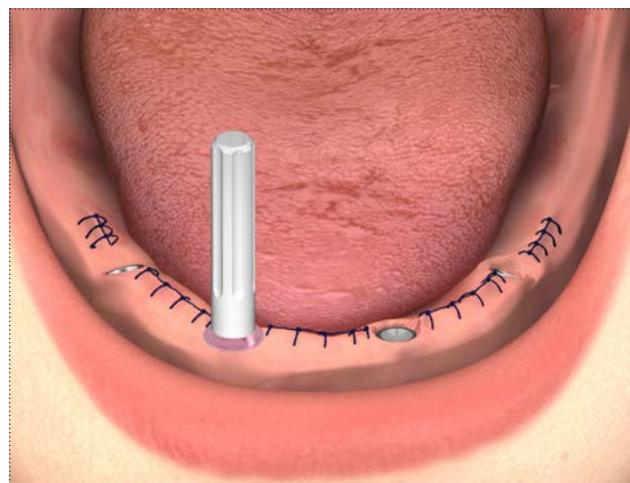
Advertencia importante

Los abutment P.A.D.r rectos se venden en un envase no estéril. Antes de su uso clínico es necesario someter solo el abutment de titanio a un ciclo de esterilización en autoclave. El carrier está hecho con POM, por lo tanto, no puede someterse a esterilización en autoclave. Es oportuno esterilizar en frío el carrier antes de usarlo para transportar el abutment a la boca.



Introducir el abutment P.A.D.r en la conexión del implante, encontrar la posición correcta entre la rosca del abutment y la de la pared interna de la conexión y atornillar algunos giros.

Con un ligero movimiento en palanca eliminar el carrier del abutment P.A.D.r.



El atornillado se deberá completar con el atornillador correspondiente (cód. AVV2-ABUT). Dicha llave deberá conectarse con la carraca dinamométrica (cód. CRI5-KIT).



Si fuera necesario, se puede usar una alargadera (cód. BPM-15) entre el atornillador y la cabeza de la carraca.

Advertencia importante

Para garantizar un correcto funcionamiento de los instrumentos es necesario controlar periódicamente que la retención de los O-ring de goma sea adecuada y, eventualmente, proceder a la sustitución de los que estén desgastados.

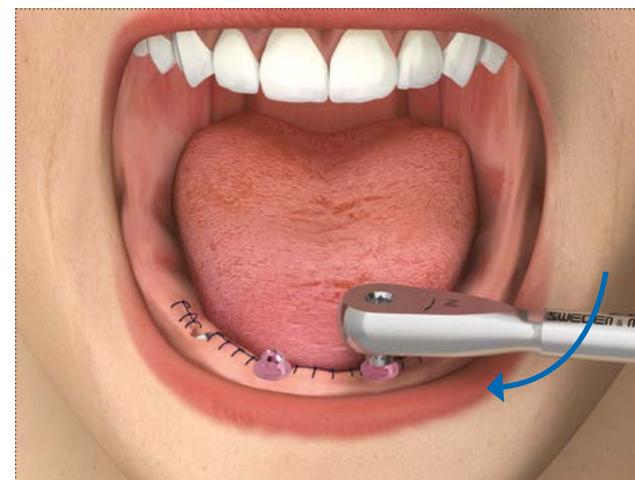


El torque de fijación máximo de los abutment P.A.D.r rectos, para atornillado directo, es de 25-30 Ncm. En caso de torque excesivo existe el riesgo de deformar la parte roscada del abutment.

Como es difícil controlar de manera manual y con precisión el torque de inserción de los componentes protésicos, es oportuno terminar las operaciones siempre con la carraca dinamométrica.

Advertencia importante

Para estabilizar el eje de trabajo de la carraca y de los instrumentos montados, les aconsejamos apoyar el dedo índice de la mano libre en el trinquete de la cabeza de la carraca misma.



Inserción de abutment P.A.D.r angulados

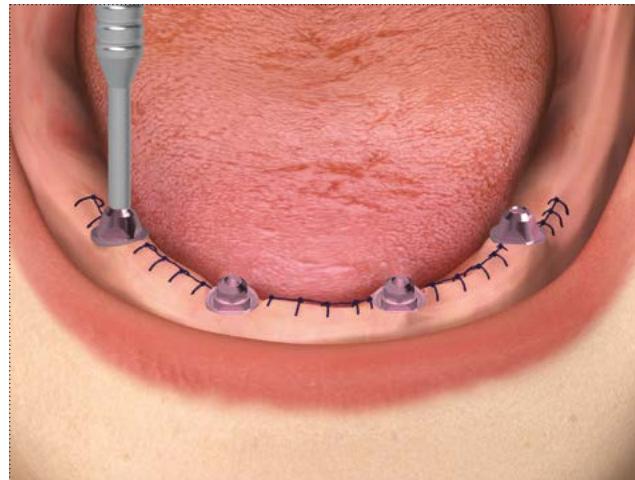
Los abutment P.A.D.r angulados se colocan en la boca con el transportador dedicado PADR-VTRAL-140-M, que es ya atornillado a los P.A.D.r.

Advertencia importante

Antes del uso clínico es necesario esterilizar todas las piezas en autoclave. Se recomienda colocar primero el P.A.D.r en la conexión del implante y luego proceder con la inserción del tornillo protésico.



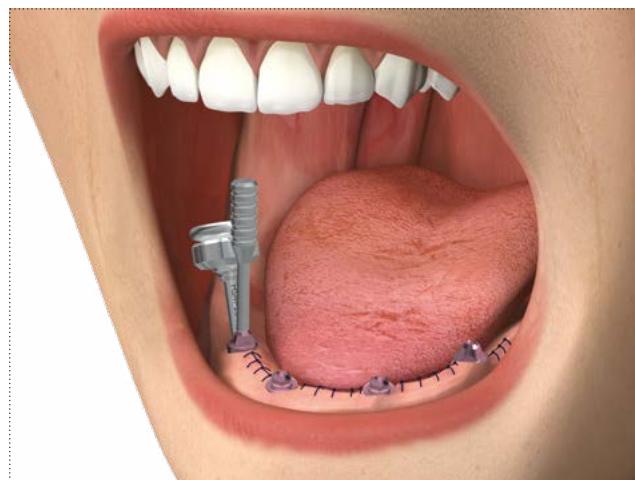
Colocar el ensamblado carrier-P.A.D.r angulado sobre la conexión del implante.



Con el pilar colocado con el transportador, atornillar el tornillo de cierre incluido en el paquete, hasta el tope.

Advertencia importante

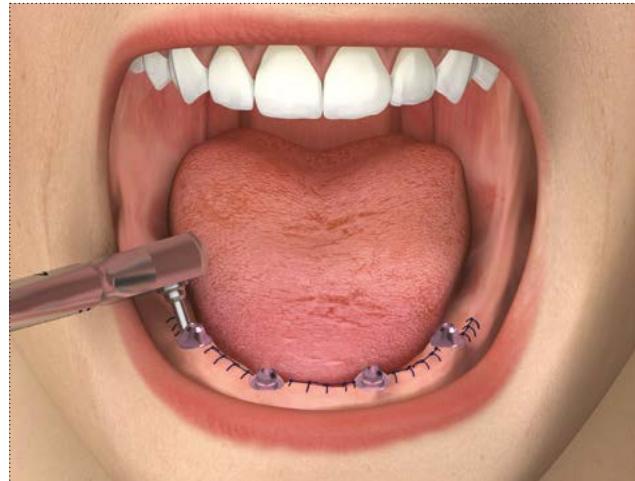
Si hay un ligero contacto entre el atornillador y el transportador, desenrosque ligeramente el transportador.



Asegurar el torque de fijación al tornillo utilizando el atornillador (HSM-20-EX) con la carraca (cod. CRI5-KIT).

Advertencia importante

El torque máximo de fijación de los pilares P.A.D.r angulados con tornillo pasante es de 20-25 Ncm. Puesto que es difícil controlar manualmente el torque de inserción de los componentes protésicos, es obligatorio terminar el procedimiento siempre con la carraca dinamométrica. Se recomienda mantener la carraca en posición perpendicular al eje de trabajo durante el atornillado manteniendo el índice de la mano libre sobre la carraca para evitar movimientos basculadores que puedan estropear los instrumentos y afectar al correcto posicionamiento de los pilares. En caso de torque excesivo existe el riesgo de deformar la parte roscada del tornillo.



Atornillar el provisional sobre los abutment P.A.D.r con el tornillo PAD-VP-140 y un torque de fijación de 15-20 Ncm.

Advertencia importante

Utilizar tornillos nuevos para la fijación final de la estructura en la boca.



Carga inmediata en 4 o 6 implantes: técnica D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Los componentes D.P.F. han sido desarrollados especialmente para facilitar los protocolos de impresión y traslado al laboratorio de rehabilitaciones múltiples con abutment P.A.D., independientemente de su número. La cementación intraoral de la estructura metálica obtenida luego por fusión permite disminuir los tiempos de introducción del provisional reforzado a las 8 horas del fin de la intervención quirúrgica, manteniendo de todas formas los requisitos de resistencia y pasividad importantes durante la primera fase de la carga implantaria.



Descripción	Código
<p>Envase con todos los componentes protésicos para la técnica “D.P.F.” en abutment P.A.D. individual. El envase incluye la cánula en titanio (PAD-CT-LV), el centrador calcinable (PADCC-LV), el tapón de cierre (PAD-TR-LV), el O-ring de protección (PAD-ORING-LV) y el tornillo de fijación (PAD-VP-140) que debe ser apretado a 20-25 Ncm, disponible también como repuesto.</p>	PAD-LV 
<p>Repuesto para cánula en titanio para la técnica “D.P.F.”. El envase no incluye el tornillo de fijación.</p>	PAD-CT-LV 
<p>Repuesto para el centrador calcinable para la técnica “D.P.F.”.</p>	PAD-CC-LV 
<p>Repuesto para el tapón de cierre para la técnica “D.P.F.”.</p>	PAD-TR-LV 
<p>Repuesto del O-ring para la técnica “D.P.F.”.</p>	PAD-ORING-LV 
<p>Tornillo de repuesto para componentes protésicos para abutment P.A.D. Disponible también en un envase de 10 piezas (cód. PAD-VP-140-10)</p>	PAD-VP-140 
<p>Barra calcinable, L. 5.00 cm, Ø 2.20 mm</p>	BARC 

Torque recomendado para los tornillos para abutment P.A.D.: 20-25 Ncm.

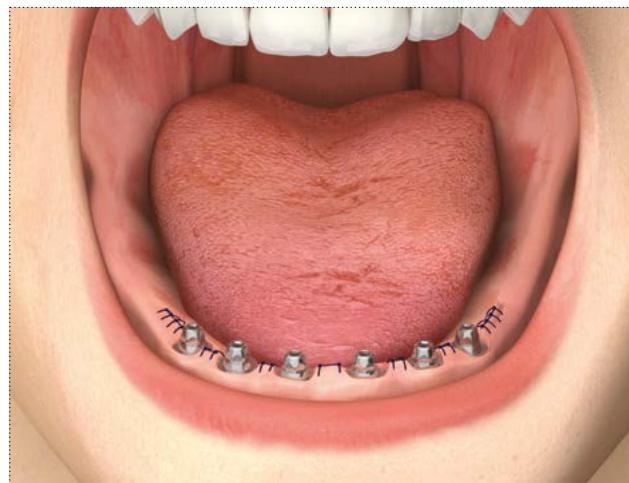
Carga inmediata en 4 o 6 implantes: técnica D.P.F. (Direct Prosthetic Framework)

Realización de una prótesis con estructura armada

Antes de suturar la herida quirúrgica, atornillar en cada implante un abutment P.A.D. con altura transmucosa congrua respecto al espesor de los tejidos blandos del paciente. Luego aplicar puntos de sutura según las indicaciones clínicas requeridas.

Advertencia importante

Los abutment P.A.D. rectos se venden en un envase no estéril. Antes de su uso clínico es necesario someterlos a un ciclo de esterilización. El abutment, al ser de titanio, puede ser esterilizado en autoclave. El carrier AVV-ABUT-DG está hecho con POM, por lo tanto, no puede someterse a esterilización en autoclave y deberá esterilizarse en frío antes de su uso para el transporte del abutment a la boca.



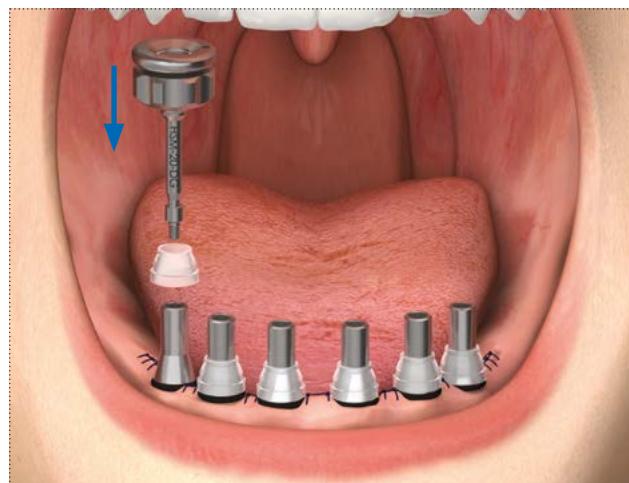
Empujar el O-ring negro en la base de la cánula hasta su tope en la ranura. Puede ser útil usar una tienta.

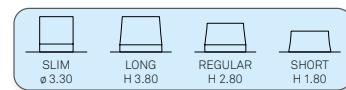


Con el tornillo suministrado atornillar en cada abutment P.A.D. una cánula de titanio para la técnica D.P.F. (cód PAD-CT-LV), ensamblada en su O-ring negro (cód. PAD-ORING-LV). Meter luego en cada cánula un centrador calcinable (cód. PAD-CC-LV).

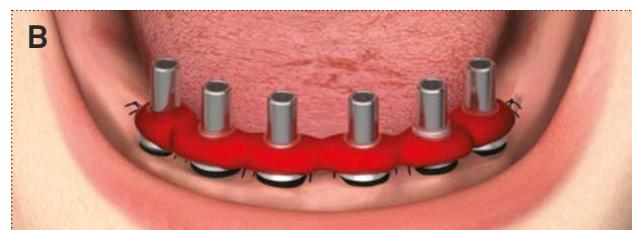
Advertencia importante

Los componentes para la realización de la técnica "D.P.F." se venden en un envase no estéril, en un kit para cada abutment P.A.D. Cada kit incluye todos los elementos necesarios, según las indicaciones de la pág. 139. Antes de su uso clínico es necesario someterlos a un ciclo de esterilización en autoclave. Es oportuno esterilizar en frío también el O ring de silicona y el centrador calcinable antes de su inserción en la boca.

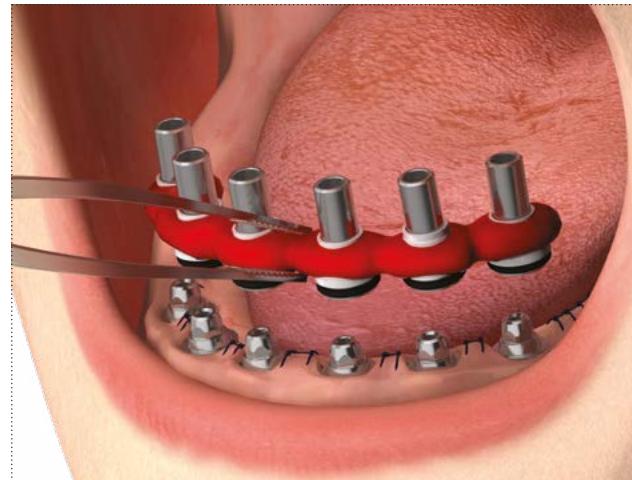




Crear una estructura de resina calcinable en los PAD-CC-LV con la ayuda de segmentos preformados (cód. BARC) y de resina líquida fotopolimerizable (**Imagen A**). Al final ensanchar toda la estructura con otra capa de resina (**Imagen B**).



Después de la polimerización, desatornillar los tornillos PAD-VP-140 y quitar toda la estructura de resina con las cánulas PAD- CT-LV todavía insertadas.



EN EL LABORATORIO: eventualmente ensanchar ulteriormente la estructura. Quitar las cánulas de titanio y los tornillos correspondientes antes de la fusión de la estructura.



Fundir la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura en la boca del paciente para verificar su total pasividad.

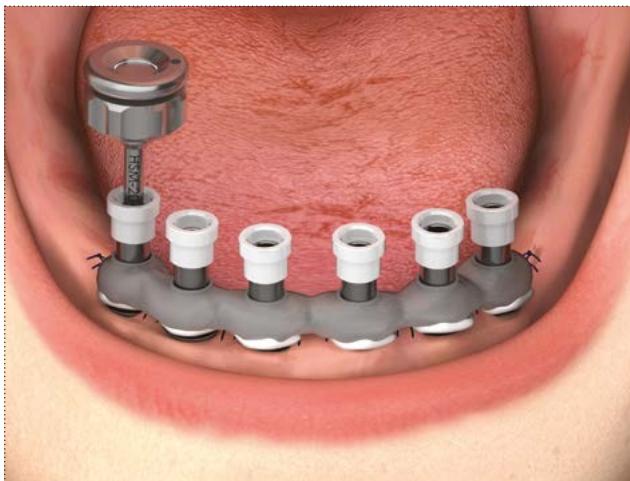
El torque de fijación recomendado para todas las superestructuras obtenidas por fusión en los abutment P.A.D. es de 20-25 Ncm. Volver a introducir las cánulas de titanio en la estructura que se mantendrá en la posición correcta a través de los tapones anti-salida. Introducir otra vez los tornillos PAD-VP-130 desde la parte superior de las cánulas e inyectar una pequeña cantidad de vaselina dentro de las mismas para evitar que salgan los tornillos durante el traslado al estudio.

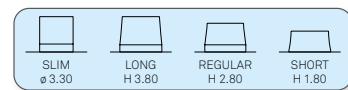


EN LA CLÍNICA: Volcar la estructura tal y como ha sido entregada por el laboratorio e introducir cemento de resina entre la estructura fundida y las cánulas de titanio.

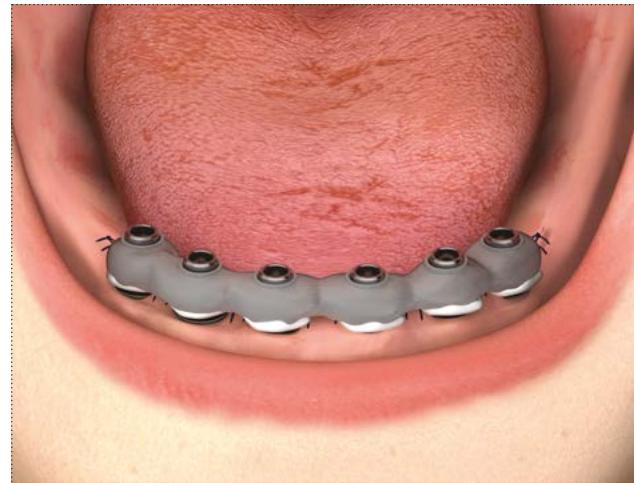


Atornillar la estructura en los abutment P.A.D.manteniendo un torque de 20-25 Ncm y dejar polimerizar el cemento, según las indicaciones del fabricante.un torque di 20-25 Ncm e far polimerizzare il cemento.

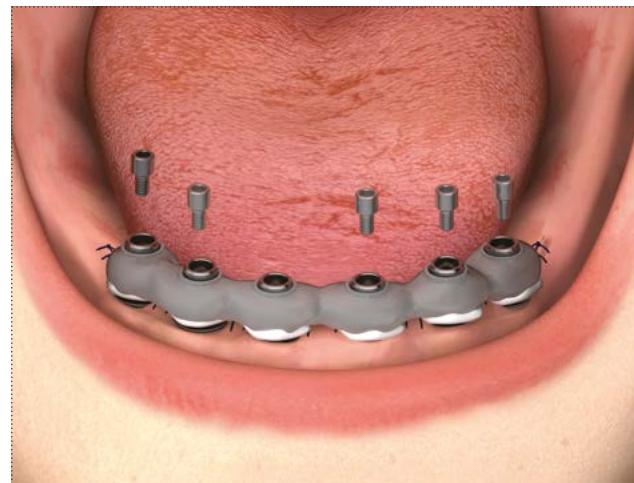




Si fuera necesario, el técnico podrá acortar las cánulas según la dimensión vertical del paciente.

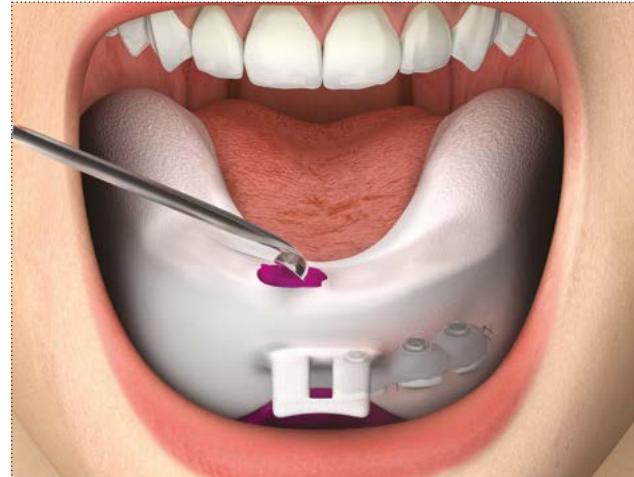


Quitar todos los tornillos PAD-VP-140 menos uno, en posición mesial.



Usando una cubeta individual, perforada en correspondencia del tornillo dejado in situ, tomar una impresión que englobe la estructura fundida, anteriormente unida a las cánulas de titanio. Liberar luego la impresión en correspondencia del tornillo.

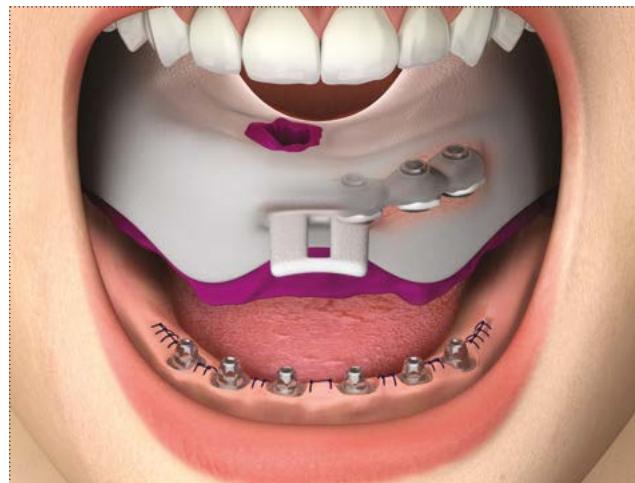
Nota: es posible sustituir el tornillo PAD-VP-140 con un tornillo transfer PAD-VTRAL-140: de esta manera no será necesario excavar la impresión sino será suficiente desatornillar el tornillo agarrando la extremidad que sale de la cubeta.



Desatornillar el tornillo PAD-VP-140 o el tornillo transfer.

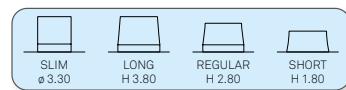


Levantar la cubeta portaimpresión dentro de la que estará englobada la estructura.



Colocar en la cubeta portaimpresión los análogos PAD-ANA alojándolos en la base de la estructura fija.





Colar el modelo y liberar la estructura de la impresión para atornillarla en los análogos de los abutment P.A.D.



Realizar la prótesis provisional de resina como de costumbre y acabar la base para una mayor comodidad del paciente.



Atornillar la prótesis provisional en la boca del paciente y cerrar los agujeros con cemento provisional.



Carga diferida en 4 o 6 implantes

Realización de una prótesis definitiva por fusión o con técnica CAD CAM

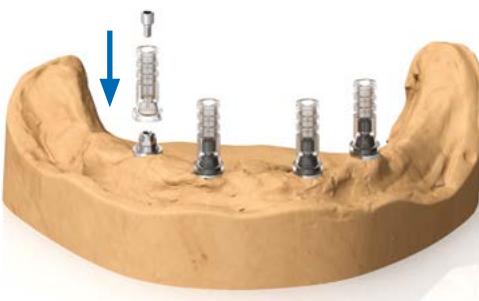
Quitar el provisional y tomar una impresión definitiva en los abutment P.A.D. con transfer Pick-up y cubeta individual, según las mismas operaciones indicadas en la pág. 36 y colar el modelo como de costumbre. Volver a colocar el provisional en la boca del paciente.



Atornillar las cánulas calcinables PAD-CC en los abutment. Prestar atención en el laboratorio, antes de la fusión, a no apretar las cánulas totalmente calcinables en los modelos con un torque mayor de 8-10 Ncm, ya que los polímeros tienen una resistencia menor respecto al metal.

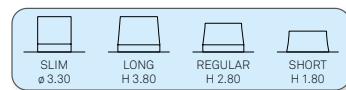
Advertencia importante

En la fase de laboratorio utilizar siempre los tornillos de recambio disponibles con el código PAD-VP-140. Utilizar los tornillos definitivos solo para la fijación final en la boca del paciente.



Fresar las cánulas calcinables hasta una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, a través de la mascarilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista.





Realizar una estructura calcinable que permitirá obtener el marco metálico de la prótesis definitiva.

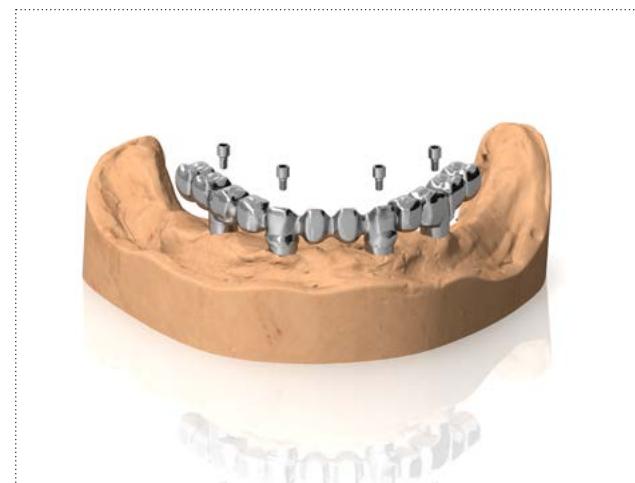
Partiendo del mismo encerado, la estructura puede también hacerse por duplicación con tecnología CAD CAM.



Fundir la estructura según el protocolo estándar o con tecnología CAD CAM. Probar la estructura en el modelo y luego en la boca del paciente para verificar su total pasividad.

Advertencia importante

Si la estructura no resultara totalmente pasiva aun siguiendo el protocolo estándar de verificación antes de la fusión, corregir como de costumbre.



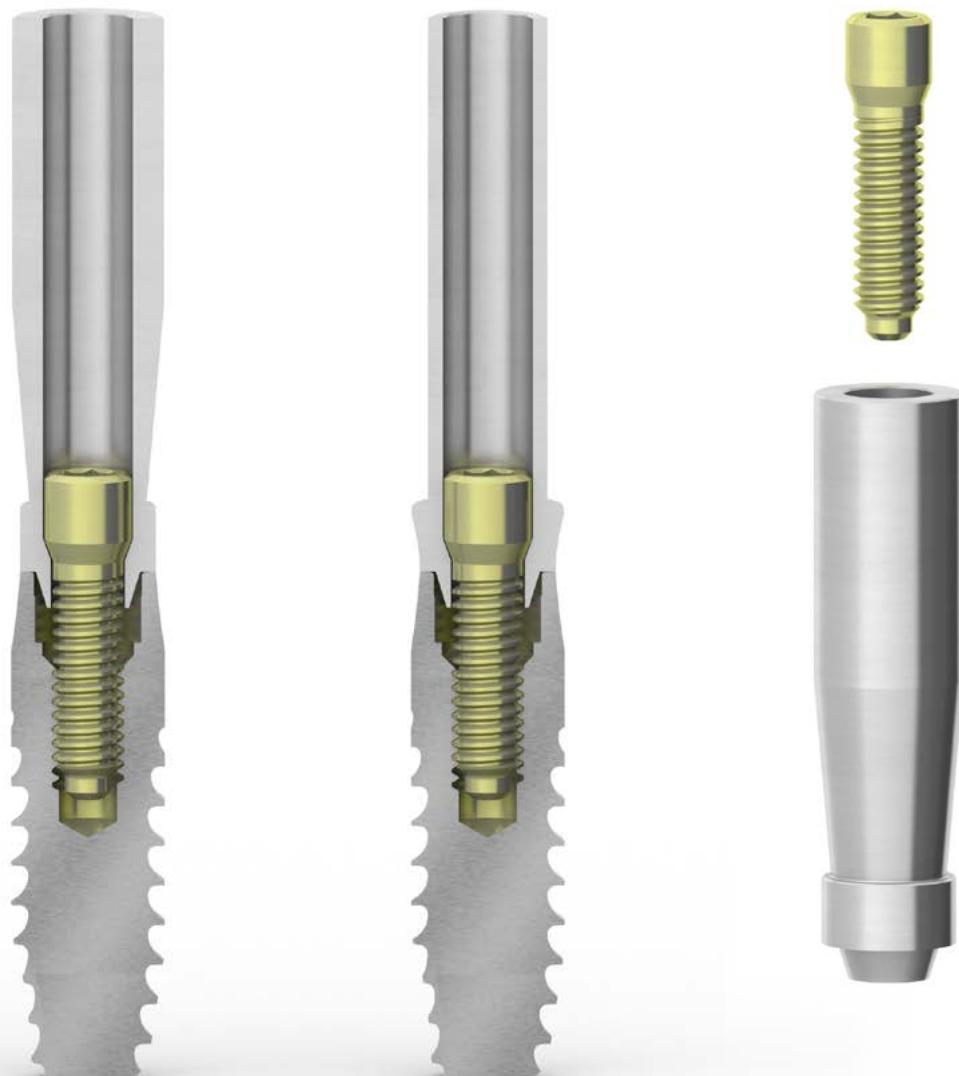
Recubrir la prótesis definitiva con cerámica, como de costumbre, y atornillarla en los abutment P.A.D. en la boca del paciente. Preservar la cabeza del tornillo y cerrar los agujeros del tornillo con material amovible como composite o resina.

El torque de fijación recomendado para todas las superestructuras es de 20-25 Ncm.

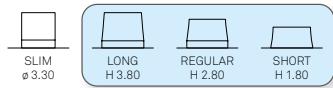


Cánulas para estructuras múltiples atornilladas con técnica cemento atornillada

Estas cánulas se han estudiado para usarse en casos de estructuras múltiples atornilladas, gracias a su longitud y a la morfología de su base que garantiza un excelente punto de apoyo para la fijación con la prótesis. Están disponibles en las versiones de cromo cobalto y de titanio de grado 5, lo que permite realizar prótesis a través del empleo de diferentes técnicas como fusiones, sobrefusiones, técnica cemento-atornillada y soldadura. En estas cánulas el apoyo del tornillo de fijación es cónico, por esta razón para su atornillado es necesario usar los tornillos opcionales con apoyo cónico con alojamiento interno tipo Allen o, como alternativa, los tornillos con tecnología Full Head, indicados en la tabla de la página siguiente.



Nota: Los pilares para la técnica cemento-atornillada que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.



descripción	código
Cábulas en titanio Gr. 5 No reposicionables H 14.00 mm Emergencia recta Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-CT-340-ROT 
Cábulas en titanio Gr. 5 No reposicionables H 14.00 mm Emergencia anatómica Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-CTR-340-ROT 
Cábulas en cromo cobalto No reposicionables H 14.00 mm Emergencia recta Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-CCRCO-340-ROT 
Cábulas en cromo cobalto No reposicionables H 14.00 mm Emergencia anatómica Tornillo de fijación con apoyo cónico incluido	L-CCRCOR-340-ROT 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico En dotación con las cábulas y puede pedirse por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con tecnología Full Head No en dotación con las cábulas, puede pedirse por separado	L-VM-180 L-VM-180-10 

Torque recomendado para las cábulas en titanio: 20-25 Ncm.

*Los tornillos de fijación con tecnología Full Head (L-VM-180) deben ser atornilladas con el correspondiente atornillador para tornillos con tecnología Full Head.

Advertencia importante

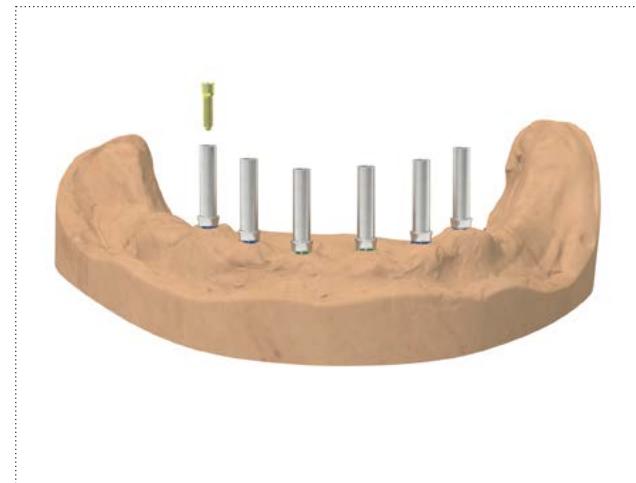
Les recomendamos que utilicen siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y que guarden los tornillos nuevos en dotación para la fijación final en la boca.

Advertencia importante

Les recomendamos no utilizar tornillos de fijación estándar (código VM2-180) con estos pilares porque los tornillos estándar no tienen el apoyo cónico, por tanto no se conectan con precisión con el espacio para la cabeza del tornillo dentro de la prótesis. De otra manera se puede destornillar o romper el tornillo..

Realización de una estructura de arcada completa en cánulas para estructuras múltiples atornilladas: técnica cemento-atornillada

A partir del modelo de precisión, fijar en cada análogo una cánula a través del tornillo suministrado y con un atornillador de la serie HSM.

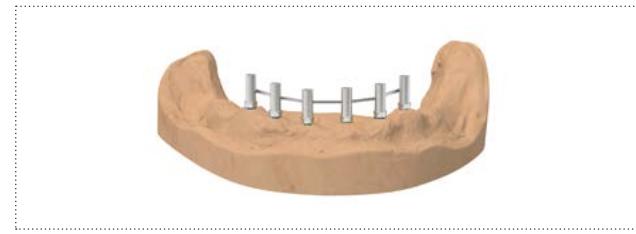
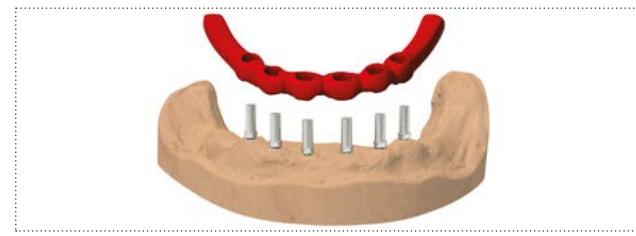


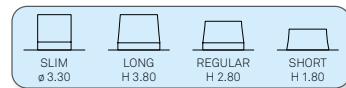
Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congrua respecto a la dimensión vertical del paciente, usando la mascarilla de silicona obtenida a través de un premontaje o metiendo la estructura en el articulador en relación con el espacio dejado por el antagonista



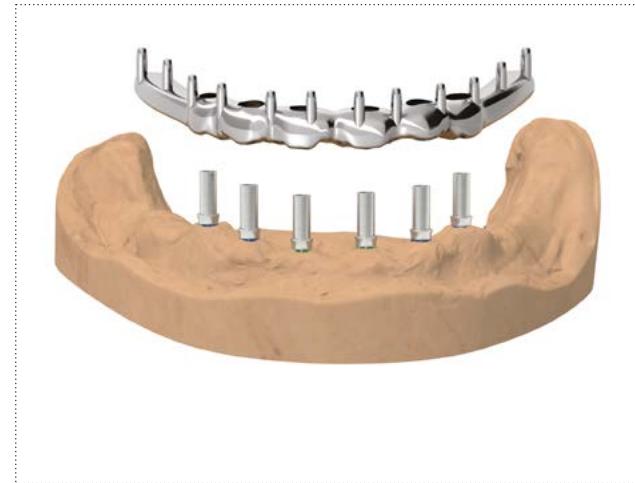
Realizar una estructura calcinable que permitirá obtener el marco metálico de la prótesis.

Nota: si se considerara necesario, será posible realizar una estructura armada a través de una soldadura extraoral de las cánulas usando uno de los diferentes métodos de soldadura.





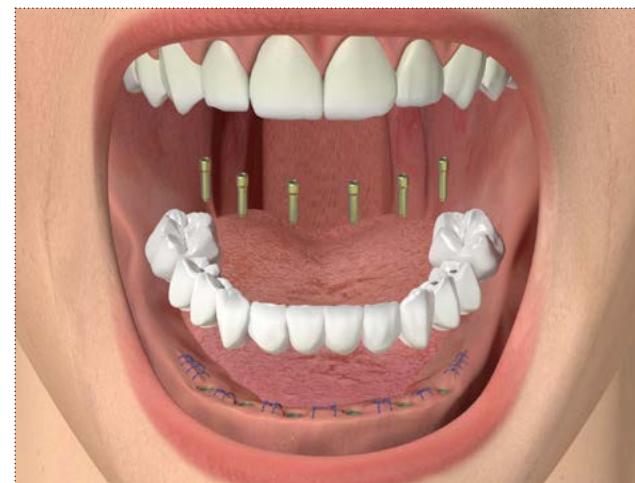
Fundir la estructura anteriormente modelada alrededor de los pilares. Probar la estructura en el modelo y luego en la boca para verificar que no haya asperezas que perjudican su posicionamiento correcto en los pilares y, eventualmente, eliminarlas con una fresa.



Englobar la estructura fundida o soldada dentro de un provisional de resina fresado de manera adecuada para garantizar el confort del paciente.

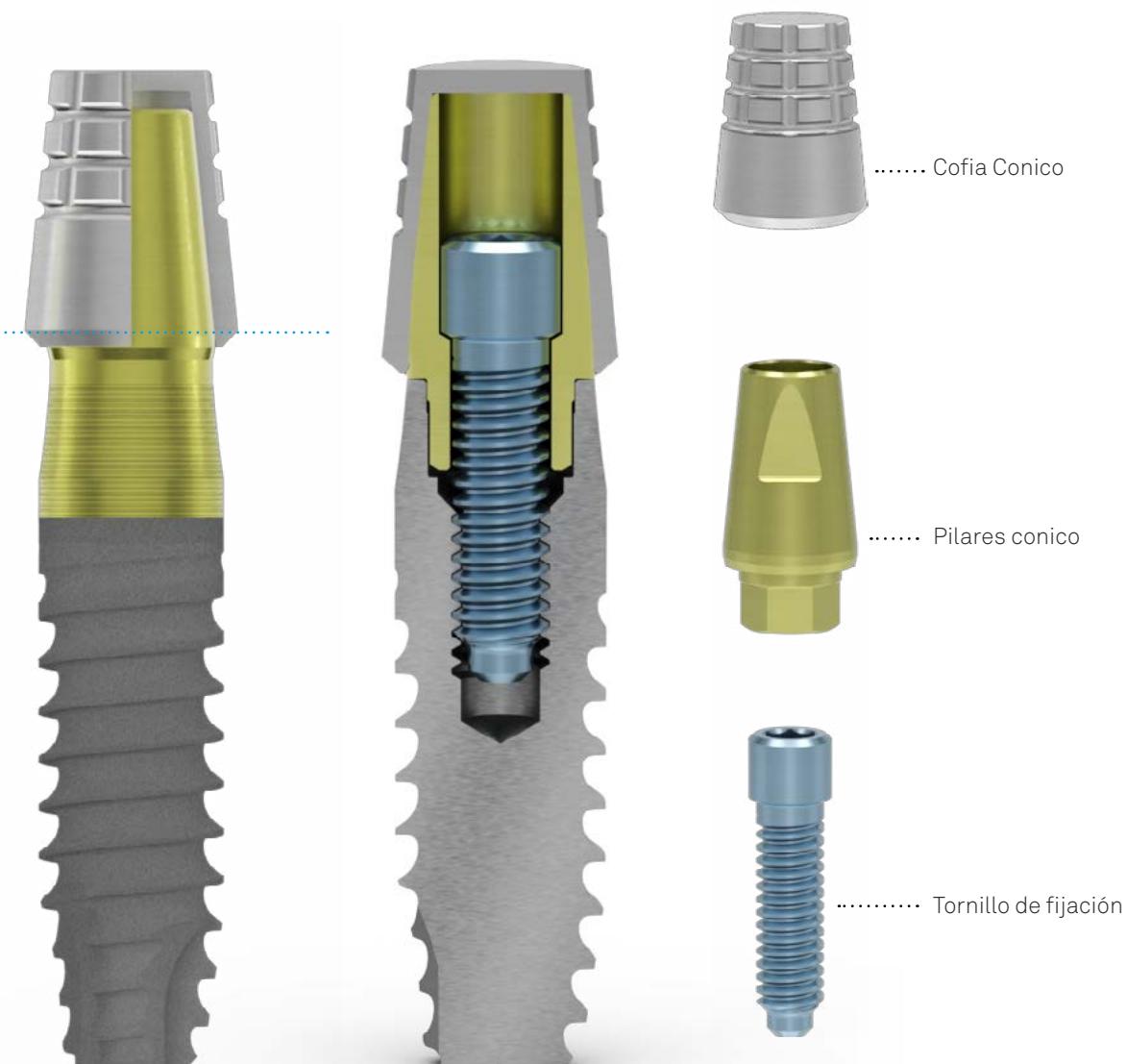


Una vez terminada la polimerización, desatornillar la estructura provisional del modelo y atornillarla en los implantes, prestando atención para que los colgajos de los tejidos blandos estén alejados de la conexión durante las maniobras de inserción y aplicando puntos de sutura alrededor de la emergencia de los pilares para un acondicionamiento adecuado. El provisional se deberá atornillar con los tornillos correspondientes y un atornillador de la serie HSM. Les aconsejamos no superar el torque de fijación de 20-25 Ncm.



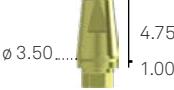
Rehabilitación definitiva con prótesis conométrica Conico

El sistema Conico permite obtener una prótesis fija como soporte del implante sin usar cemento ni tornillos de fijación entre el abutment y la prótesis y a la vez es fácil de quitar por parte del clínico. La prótesis conométrica ha de considerarse como una prótesis fija, a la par de las soluciones atornilladas y cementadas y recoge las ventajas de ambas: la ausencia de cemento de las prótesis atornilladas y la estética y ausencia de orificios en la zona oclusal de las prótesis cementadas. Además, la facilidad con que se quita permite obtener un mantenimiento correcto de la salud de los tejidos peri-implantarios con un ahorro significativo de tiempo y costes tanto para el paciente como para el técnico. El sistema Conico incluye una serie de cofias que permiten aprovechar la conometría tanto en caso de carga inmediata como de carga diferida, también en combinación con las técnicas de soldado intraoral.



Nota: los pilares para la técnica Conico que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

Pilares rectos y angulados

Øcomponente protésico	Ø 3.30 mm
Pilares Conico rectos Reposicionables H transmucosa 0.50 mm tornillo de fijación incluido	A-MD-TS-330-05 
Pilares Conico rectos Reposicionables H transmucosa 1.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MD-TS-330-10 
Pilares Conico rectos Reposicionables H transmucosa 2.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MD-TS-330-20 
Pilares Conico rectos Reposicionables H transmucosa 3.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MD-TS-330-30 
Pilares Conico angulados de 7.5° Reposicionables H transmucosa 2.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MA07-TS-330-2 
Pilares Conico angulados de 15° Reposicionables H transmucosa 2.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MA15-TS-330-2 
Pilares Conico angulados de 22.5° Reposicionables H transmucosa 2.00 mm tornillo de fijación incluido	A-MA20-TS-330-2 
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación suministrado con los pilares y disponible por separado como repuesto	VM2-180 VM2-180-10 
Cofia para prótesis fija parcial o toda la arcada	CAP2-TS-DEF 
Cofia antirotacional para elemento individual	CAP2-TS-IND 
Cofia transfer de PEEK para impresión en abutment Conico	CAP2-TS-IMP 
Análogo pilar Conico	ANA2-MD-TS 

Torque recomendado para pilares Conico: 20-25 Ncm.

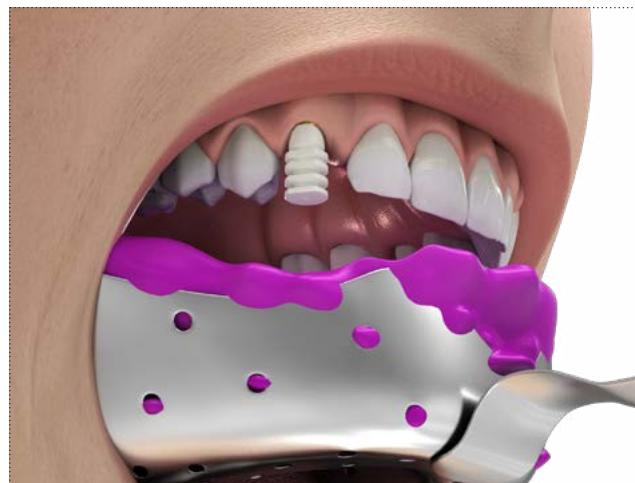
Impresión y modelo con técnica One Abutment-One Time

En la fase de apertura o, si hubiera los requisitos para la carga inmediata, al final de la cirugía posicionar en el implante el pilar Conico con la altura transmucosa y/o angulación deseada. Insertar en el pilar la cofia de PEEK (cód. CAP2-TS-IMP) con una ligera presión manual.



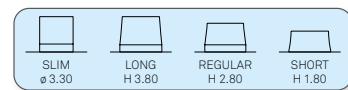
Escoger una cubeta con dimensiones adecuadas para que el volumen vertical de la cofia y del pilar esté contenida en el interior de las paredes del porta-impresión.

Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód. SKY14) alrededor de la cofia. Llenar la cubeta portaimpresión con material de impresión más consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cód. SKY08) en toda la arcada.



Luego colocar la cubeta in situ y esperar el tiempo de fraguado, según las instrucciones.





Levantar la cubeta porta-impresión de manera vertical: la cofia de in PEEK permanecerá englobada en el material endurecido, mientras el pilar quedará atornillado.



Volver a posicionar el análogo del pilar Conico dentro de la cofia e enviar la impresión al laboratorio.



Rehabilitación definitiva individual con técnica conométrica

Posicionar en el modelo de precisión la cofia conométrica (cód. CAP2-TS-IND) en el análogo ayudándose con la cara de reposicionamiento y activar la conometría ejerciendo una fuerza vertical en la cabeza de la cofia.

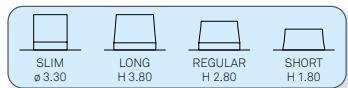


Realizar un encerado de la corona poniendo, como de costumbre, un separador para el pasivado de la prótesis definitiva y permitir luego el encolado. La cofia estará en contacto directo con la estructura solo en la superficie plana oclusal para restablecer de manera precisa la estructura tanto el modelo del laboratorio como en las diferentes fases de la prueba intraoral.



Fundir o duplicar con tecnología CAD-CAM solo la corona de cera o de resina, dejando la cofia Conico en el modelo.

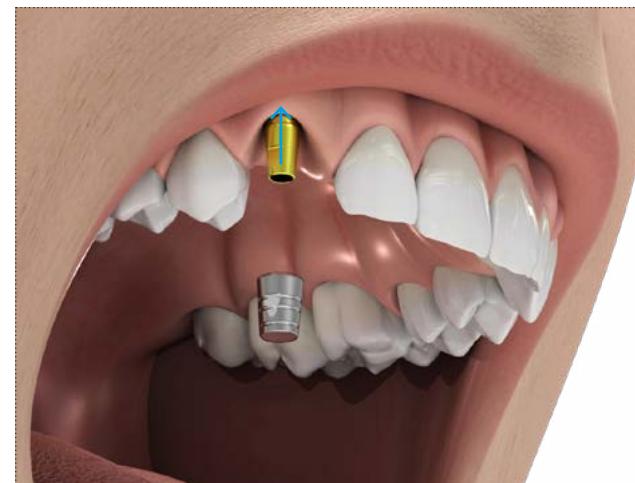




Acabar la base de la corona y realizar luego el recubrimiento con cerámica. No se pasará aún a la técnica cemento-atornillada de la corona en la cofia.



Insertar en el pilar la cofia conométrica definitiva (cód. CAP2-TS-IND) ayudándose con la cara de reposicionamineto y activar la conometría con una presión manual ligera.



Encolar la estructura recubierta con cerámica en la cofia: para ello es útil colocar una capa fina de primer, como ZPrime, dentro de la corona antes de llevar a cabo la cementación con BisCem.

Una vez activada, la retención conométrica de la cofia se mantiene de manera constante también gracias al contacto oclusal, evitando que la corona salga o que el paciente pueda quitarla de manera autónoma.



Rehabilitación definitiva múltiple con técnica conométrica

En el modelo de precisión posicionar las cofias (cód. CAP2-TS-DEF) de titanio en los análogos ayudándose con una ligera presión manual y activar la conometría ejerciendo una fuerza vertical en la cabeza de las cofias.

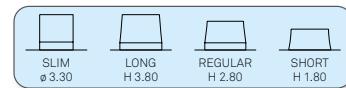


Realizar un encerado de la estructura poniendo, como de costumbre, un separador para el pasivado de la prótesis definitiva y permitir luego el encolado de las cofias. Las cofias estarán en contacto directo con la estructura solo en la superficie plana oclusal para restablecer de manera precisa la estructura tanto en el modelo del laboratorio como en las diferentes fases de la prueba intraoral.



Fundir o duplicar con tecnología CAD-CAM solo la estructura de cera o de resina, dejando la cofia Conico en el modelo.





Acabar la base de la estructura y realizar luego el recubrimiento con cerámica. No se pasará aún a la técnica cemento-atornillada de la corona en la cofia.

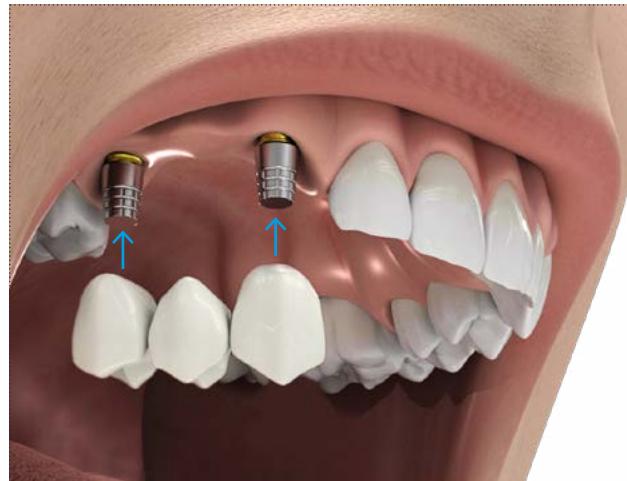


Insertar en cada pilar la cofia conométrica definitiva (cód. CAP2-TS-IMP) y activar la conometría con una ligera presión manual.



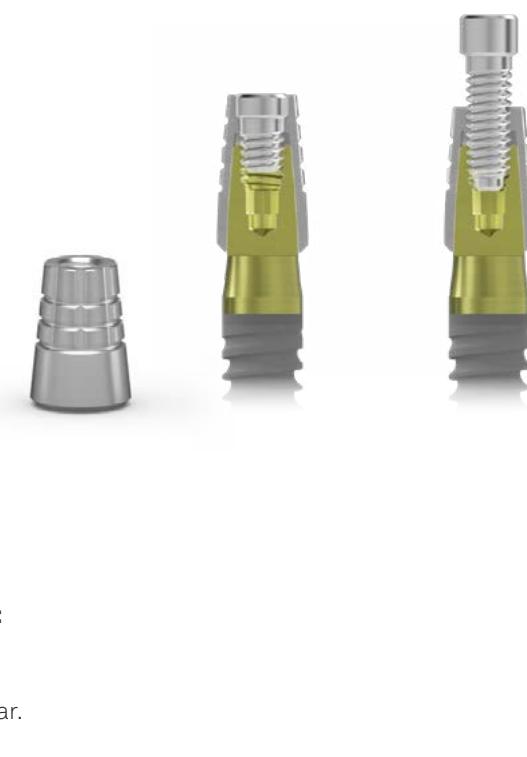
Encolar la estructura recubierta con cerámica en la cofia: para ello es útil colocar una capa fina de primer, como ZPrime, dentro de la corona antes de llevar a cabo la cementación con BisCem.

Una vez activada, la retención conométrica de la cofia se mantiene de manera constante también gracias al contacto oclusal, evitando que la corona salga o que el paciente pueda quitarla de manera autónoma.



Cofias para necesidades especiales

Cofia para la eliminación CAP2-TS-REM: se usará exclusivamente en condiciones especiales de rehabilitaciones múltiples o estructuras full-arch, en caso de pacientes con parafunciones. La presencia de un roscado interno permite alojar en su interior un tornillo con roscado M2 (ej. tornillo cód. VM2-200) capaz de desactivar la conometría y eliminar por consiguiente la prótesis.



Cofia para la soldadura intraoral CAP2-TS-PIN:
el pin permite unir las cofias con el soldadura intraoral en las operaciones de carga inmediata evitando el riesgo de fusión entre la cofia y el pilar.

Componentes para conometría con soldadura intraoral

descripción	código
Cofia con pin para usar para soldadura intraorale	CAP2-TS-PIN
Confección de 5 unidades Barra de titanio Gr. 2 con perfil circular l 150 mm, ø 1.20 mm	DW-BARRA1.2
Confección de 5 unidades Barras en titanio Gr. 2,con perfil circular l 150 mm, ø 1.50 mm	DW-BARRA1.5
Confección de 5 unidades Barras en titanio Gr. 2, con perfil circular l 150 mm, ø 1.80 mm	DW-BARRA1.8
Confección de 5 unidades Barras en titanio Gr. 2, con perfil rectangular l 100 mm, 3x1 mm	DW-BARRA1X3
Confección de 5 unidades Barras en titanio Gr. 2, con perfil rectangular l 100 mm, 4x2 mm	DW-BARRA2X4

Rehabilitación con técnica de soldadura intraoral

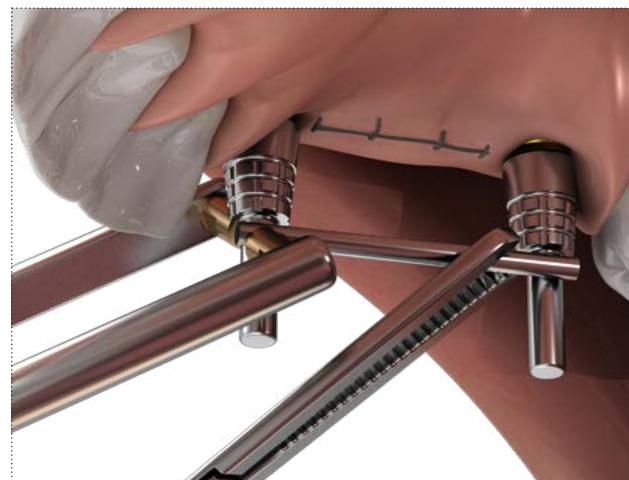
Posicionar en los pilares las cofias para la soldadura intraoral (cód. CAP2-TS-PIN) ejerciendo una ligera presión manual.



Tomar una barra de titanio gr. 2 para la soldadura intraoral del espesor más adecuado (eligiendo entre los disponibles en la pág. 160) y pre-curvarla manualmente de acuerdo con la zona que se debe rehabilitar. Posicionarla en proximidad del pin colocado encima de la cofia.



Realizar una soldadura con una soldadora intraoral adecuada, según las indicaciones del fabricante. La soldadura entre el pin y la barra garantiza que no haya fusión entre la cofia conométrica y el pilar.



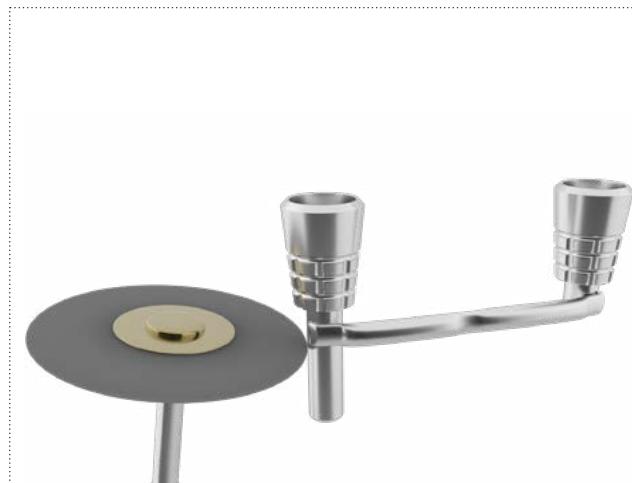
Advertencia importante

Para regular los parámetros de uso de la soldadura y para las indicaciones correspondientes y advertencias consultar el manual de uso del fabricante del aparato.

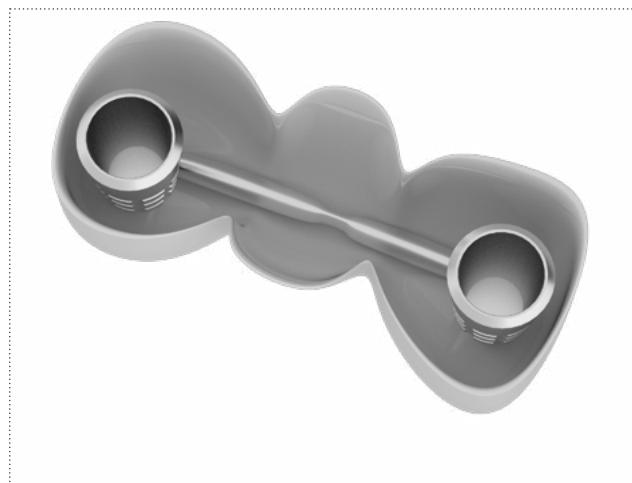
Proceder a la soldadura de la segunda cofia en el pin. Para aumentar la pasividad de la estructura y eliminar tensiones residuales es oportuno realizar luego un punto de soldadura a mitad de cada segmento de titanio libre de la barra.

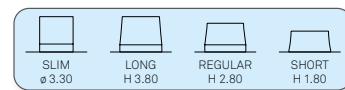


Quitar las cofias soldadas en la barra para eliminar la porción de pin en exceso, para reducir el volumen vertical.



Es posible proceder a la realización de la prótesis tanto en el laboratorio como en el sillón, rebasando una corona individualizada preparada anteriormente por el protésico dental. En este caso es aconsejable comprobar el volumen de la estructura dentro de una corona individualizada antes de proceder a las operaciones siguientes.

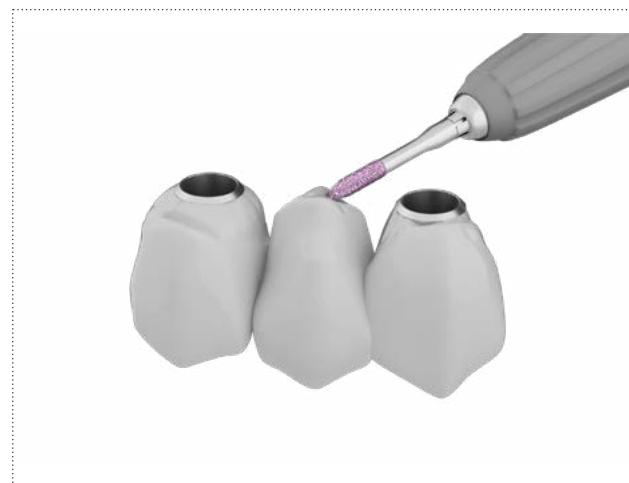




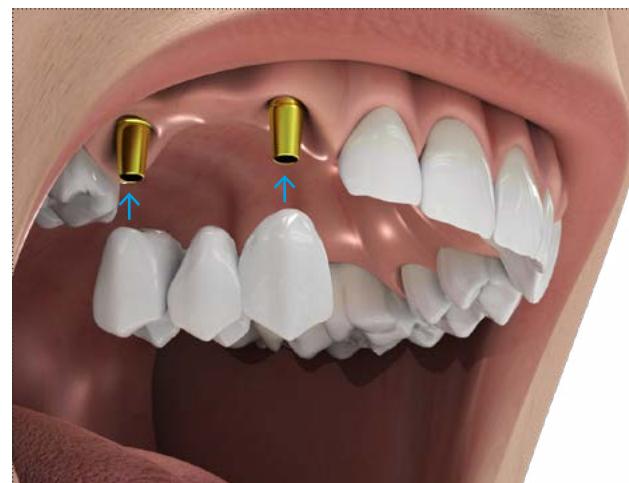
Colocar otra vez en la boca del paciente la estructura formada por las dos cofias soldadas en la barra y realizar el rebase directo a través de la corona individualizada llena de resina y eliminando el material en exceso. La resina englobará totalmente la estructura soldada, facilitando también la limpieza oral por parte del paciente.



Quitar la prótesis rebasada, acabarla y abrillantarla.



Proceder al posicionamiento de los pilares Conico y activarla con una ligera presión manual: la interacción por conometría entre los pilares y las cofias brindará a la estructura una capacidad de retención adecuada que le permitirá al clínico quitar la prótesis en cualquier momento y no permitirá al paciente quitarla de manera autónoma.

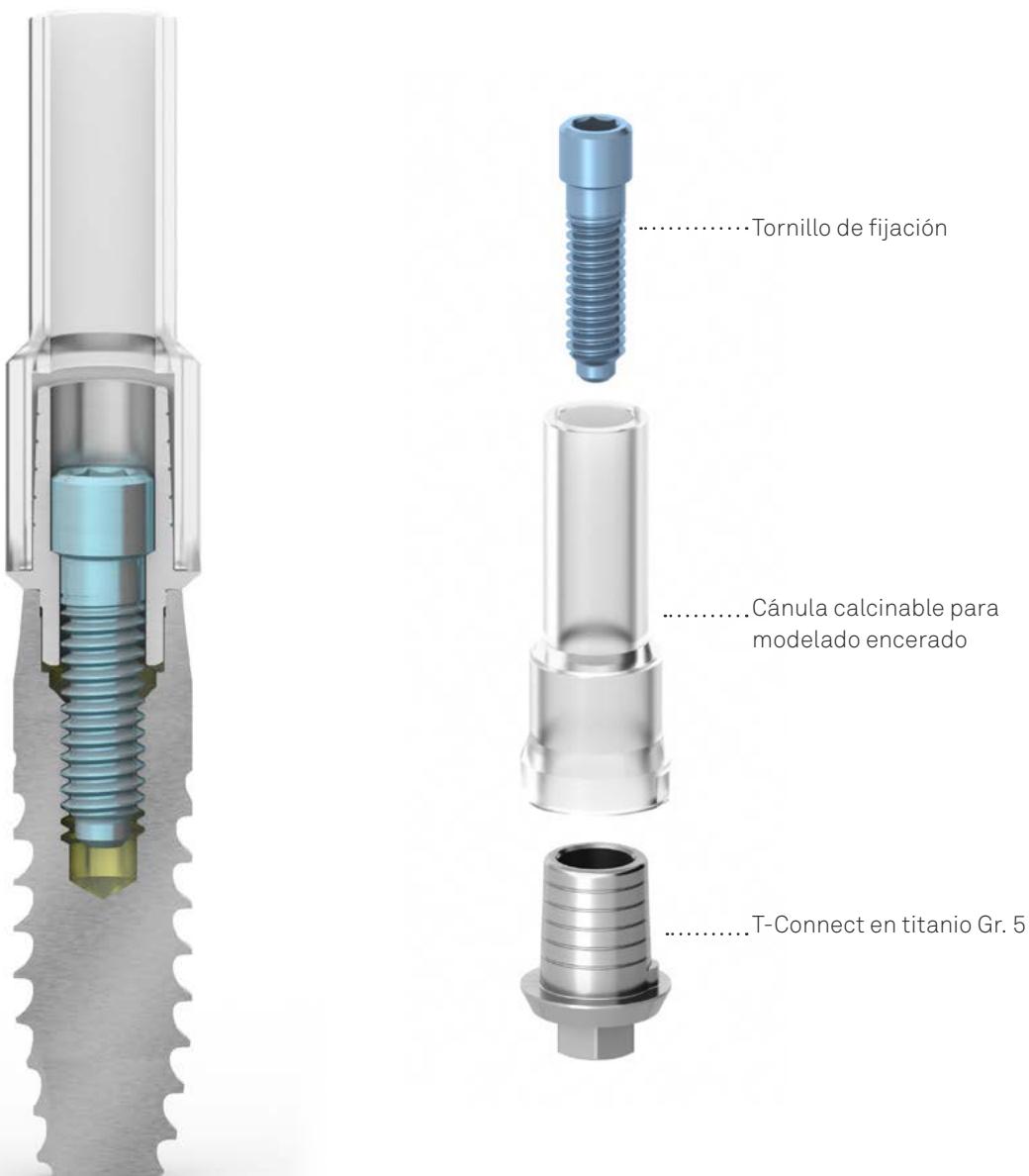


Rehabilitación definitiva con elementos intermedios para la técnica cemento-atornillada

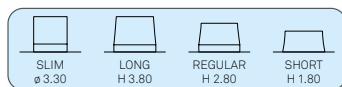
T-Connect

Las T-Connect presentan un cuerpo cónico con ranuras que facilitan la técnica cemento-atornillada tanto de coronas integrales como de estructuras múltiples, con la técnica cemento-atornillada en diferentes materiales con todos los sistemas CAD-CAM abiertos, entre estos Echo de Sweden & Martina.

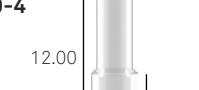
Los T-Connect se han realizado en los diámetros de 3.30 y 3.80 mm con altura del cono de 4.00 mm y alturas transmucosas diferentes (de 1.00 a 3.00 mm) para satisfacer las diferentes necesidades clínicas en todos aquellos casos que prevean un tramo transmucoso alto o en caso de inserción más profunda del implante. Además, entre los componentes T-Connect están disponibles cánulas específicas que facilitan el modelado del encerado de acuerdo con los volúmenes de los T-Connect.



Nota: los T-Connect se usan con todos los diámetros de los implantes Prama y con todos los tipos de cuello,



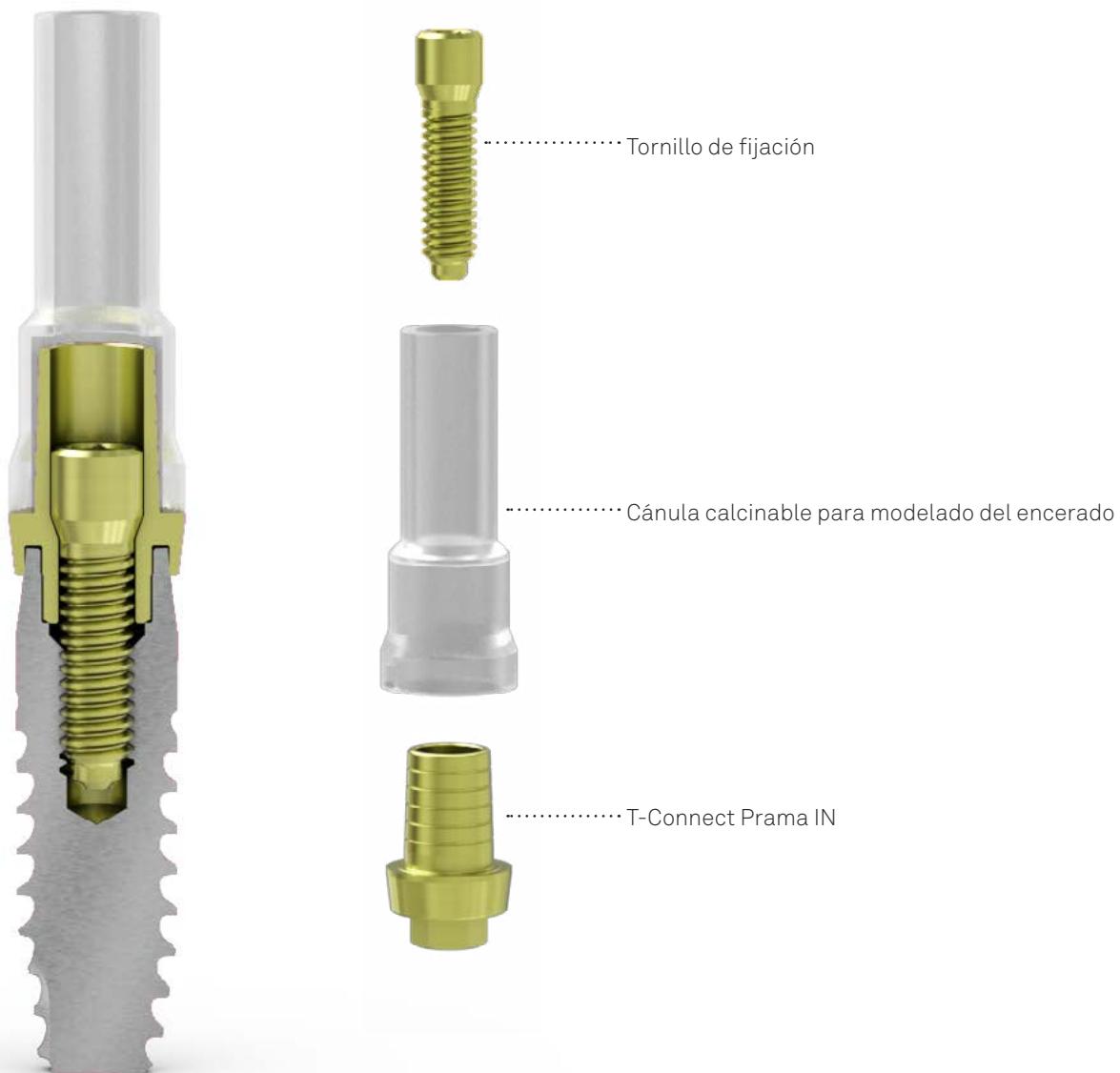
T-Connect estándar y T-Connect con diferentes alturas transmucosas

descripción	código
T-Connect Reposicionables Altura cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-BASTZR-S-330-4  ø 4.20..... 4.00 0.40
T-Connect Reposicionables Altura cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-BASTZR-S-330-6  ø 4.20..... 6.00 0.40
T-Connect No reposicionables Altura cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-BASTZR-M-330-4  ø 4.20..... 4.00 0.40
T-Connect No reposicionables Altura cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-BASTZR-M-330-6  ø 4.20..... 6.00 0.40
T-Connect con H transmucosa 1.00 mm Reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-S-330-4-1  ø 4.20..... 4.00 1.50
T-Connect con H transmucosa 2.00 mm Reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-S-330-4-2  ø 4.20..... 4.00 2.50
T-Connect con H transmucosa 3.00 mm Reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-S-330-4-3  ø 4.20..... 4.00 3.50
T-Connect con H transmucosa 1.00 mm No reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-M-330-4-1  ø 4.20..... 4.00 1.50
T-Connect con H transmucosa 2.00 mm No reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-M-330-4-2  ø 4.20..... 4.00 2.50
T-Connect con H transmucosa 3.00 mm No reposicionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCR-M-330-4-3  ø 4.20..... 4.00 3.50
Cánula para wax-up sobre T-Connect con cono de H 4.00 mm	A-CCBAS-330-4  ø 4.20..... 12.00 4.50
Cánula para wax-up en T-Connect con cono de H 6.00 mm	A-CCBAS-330-6  ø 4.20..... 12.00 6.60
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación estándar En dotación con las T-Connect y puede pedirse por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10  M1.8.....

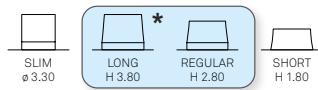
Torque recomendado para las T-Connect: 20-25 Ncm.

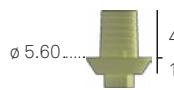
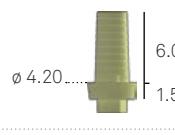
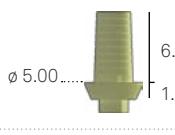
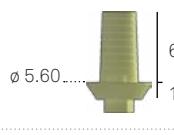
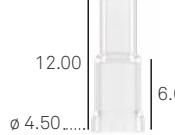
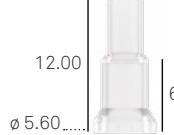
T-Connect Prama IN

Los elementos para la técnica cemento-atornillada T-Connect están disponibles también en la versión Prama In, con cierre en el cuello del implante en 0.50 mm y con dos alturas diferentes del cono, es decir, 4 y 6 mm. Están sometidos a un proceso de pasivado controlado que les confiere su clásico color amarillo dorado con resultados de suma relevancia estética. Los T-Connect Prama IN están realizados para cada diámetro del sistema Prama.

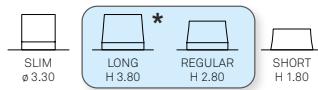


* **Nota:** los T-Connect Prama IN que abrazan por 0.50 mm el cuello se usan solo en los cuellos Regular (h 2.80 mm) y Long (h 3.80 mm).



Ø implante	Ø 3.80	Ø 4.25	Ø 5.00
T-Connect Prama IN Cierre en el cuello 0.50 mm repositionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-BASTZR-S-380-4-05 	L-BASTZR-S-425-4-05 	L-BASTZR-S-500-4-05 
T-Connect Prama IN Cierre en el cuello 0.50 mm No repositionables Cono de cementación H 4.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-BASTZR-M-380-4-05 	L-BASTZR-M-425-4-05 	L-BASTZR-M-500-4-05 
Cánula de PMMA para modelado wax-up o para técnica cemento-atornillada en T-Connect con H cono 4.00 mm	A-CCBAS-380-4 	A-CCBAS-425-4 	A-CCBAS-500-4 
T-Connect Prama IN Cierre en el cuello 0.50 mm repositionables Cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-BASTZR-S-380-6-05 	L-BASTZR-S-425-6-05 	L-BASTZR-S-500-6-05 
T-Connect Prama IN Cierre en el cuello 0.50 mm No repositionables Cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-BASTZR-M-380-6-05 	L-BASTZR-M-425-6-05 	L-BASTZR-M-500-6-05 
Cánula para modelado encerado o técnica cemento-atornillada en T-Connect con H cono 6.00 mm	A-CCBAS-380-6 	A-CCBAS-425-6 	A-CCBAS-500-6 
Confección individual Confección de 10 unidades Tornillo de fijación suministrado con pilares, se puede pedir por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10 	Utilizzare L-VMS-180	Utilizzare L-VMS-180

Torque de fijación recomendado para los T-Connect Prama IN: 20-25 Ncm.

**T-Connect «TCS» para unidades chairside**

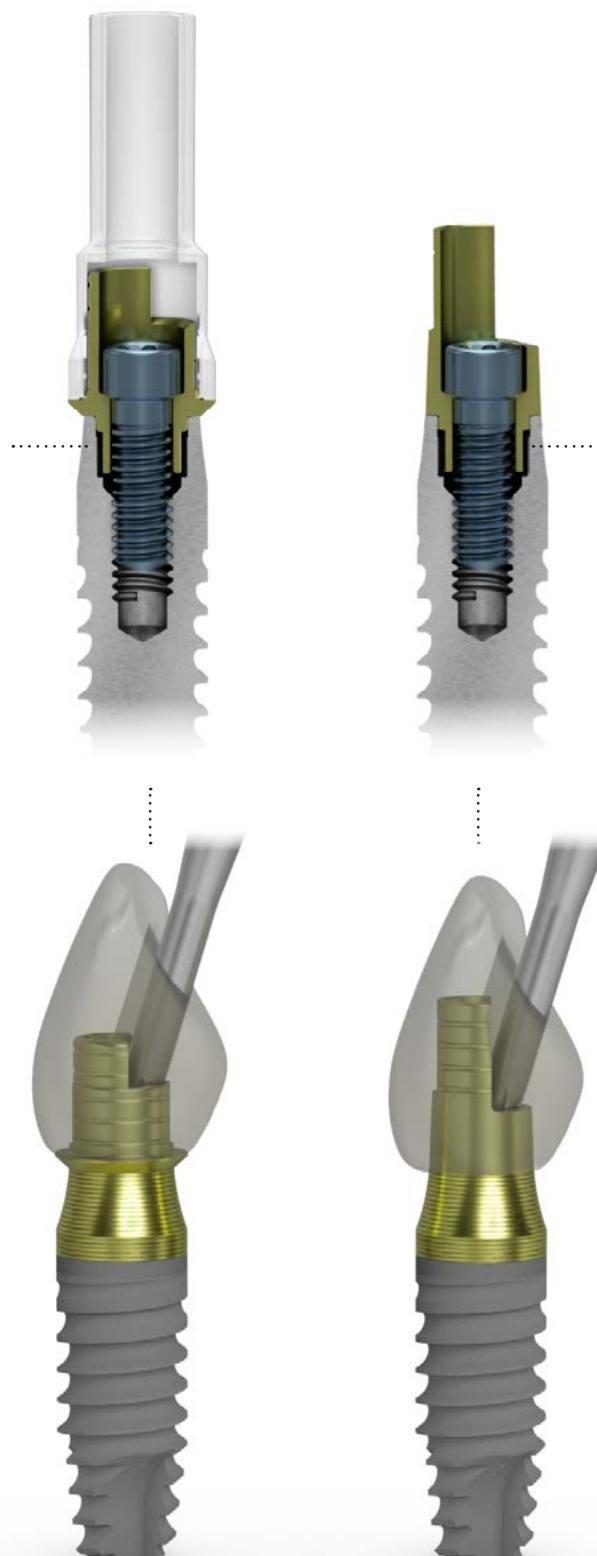
descripción	codigo	dimensiones
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCS-330S-C	
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCS-330S-C-15	
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	A-TCS-330S-C-25	
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-TCS-380S-05	
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-TCS-425L-05	
T-Connect «TCS» para unidades chairside Reposicionables Cono de cementación H 5.00 mm Tornillo de fijación estándar incluido	L-TCS-500L-05	
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación suministrado con pilares, se puede pedir por separado como recambio	VM2-180 VM2-180-10	
Envase individual Envase de 10 unidades Tornillo de fijación con apoyo cónico Incluido con los pilares preformados, puede perdérse por separado como recambio	L-VMS-180 L-VMS-180-10	

Torque recomendado para los pilares preformados: 20-25 Ncm.

Interfase Dynamica

Los soportes Interfase Dynamica tienen una morfología peculiar, con una ventana lateral, que permite ubicar el orificio para el tornillo pasante en una posición palatal o lingual, evitando de esta manera orificios vestibulares poco estéticos. Las bases Interfase Dynamica están disponibles con o sin margen de apoyo para garantizar la máxima libertad de cierre de la prótesis que puede apoyar tanto en el cuello del Prama como en el Interfase, cerrando a partir de 0.50 mm debajo de la ventana lateral.

Los soportes Interfase Dynamica con margen de apoyo son compatibles con la cánula calcinable de los T-Connect para realizar fácilmente estructuras para la técnica cemento-atornillada.

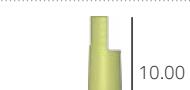
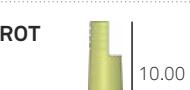


Los soportes Interfase Dynamica sin margen de apoyo no tienen una cánula calcinable específica y se pueden usar solo con la técnica CAD-CAM.

Interfase Dynamica con base

descripción	código
Interfase Dynamica sin base de apoyo Reposicionables Cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación no incluido	IND3PKH330/TIA 
Interfase Dynamica sin base de apoyo No reposicionables Cono de cementación H 6.00 mm Tornillo de fijación no incluido	IND3PKR330/TIA 
Cánula en PMMA para modelación encerado o para cemento-atornillada sobre T-Connect con cono de altura 4.00 mm	A-CCBAS-330-4 
Tornillo de fijación angulado No incluido, puede pedirse por separado	TPDH18L66 

Interfase Dynamica sin base

descripción	código
Interfase Dynamica sin base de apoyo Reposicionables Cono para cementar H 6.00 mm Tornillo de fijación no incluido	L-MDT-340-6 
Interfase Dynamica sin base de apoyo No reposicionables Cono para cementar H 6.00 mm Tornillo de fijación no incluido	L-MDT-340-6-ROT 
Interfase Dynamica sin base de apoyo Reposicionables Cono para cementar H 10.00 mm Tornillo de fijación no incluido	L-MDT-340-10 
Interfase Dynamica sin base de apoyo No reposicionables Cono para cementar H 10.00 mm Tornillo de fijación no incluido	L-MDT-340-10-ROT 
Tornillo de fijación standard No incluido, puede pedirse por separado	VM2-180 
Tornillo de fijación angulado No incluido, puede pedirse por separado	TPDH18L66 

Torque de fijación recomendado para los Dynamic Abutment: 20-25 Ncm

Nota: Para los tornillos TPDH18L66 se deben usar atornilladores para Dynamic Abutment, véase la pág. 29.

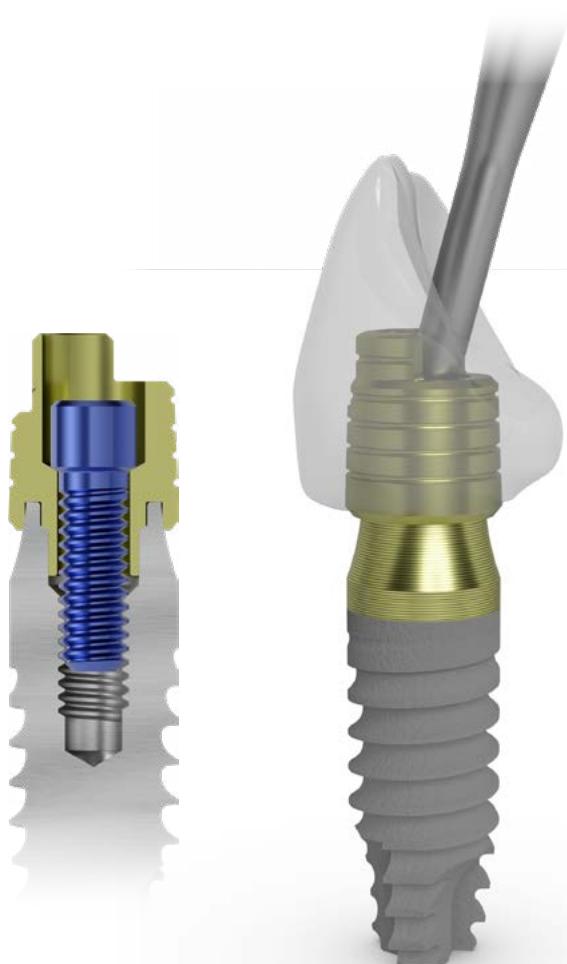
Advertencia importante

Les aconsejamos usar siempre tornillos de prueba para las fases de laboratorio y conservar el tornillo nuevo suministrado para la fijación definitiva en la boca.

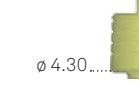
T-connect Prama IN sin base de apoyo para prótesis individual

Los T-Connect Prama IN sin base de apoyo se caracterizan por la ausencia de la clásica base de apoyo, y por lo tanto, la corona se coloca directamente sobre el cono de la T-Connect asegurando un excelente resultado estético. La segunda peculiaridad en la morfología de estos componentes garantiza la máxima libertad gracias la posibilidad de angular el orificio del tornillo.

Los T-Connect Prama In sin base de apoyo permiten de **cerrar en el cuello del implante en 0.50 mm o 1 mm** y son disponibles con altura transmucosa de 5 mm. Son sometidos a un proceso de pasivado controlado que les confiere el clásico **color amarillo dorado pajizo** para resultados con alto valor estético. Los T-Connect Prama IN están realizados para cada diámetro del sistema Prama.



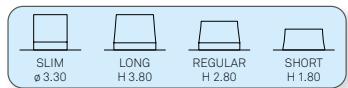
T-Connect para prótesis unitaria sin base de apoyo

descripción	3.80	4.25	5.00
T-Connect para prótesis unitaria con cierre en el cuello 0.50mm Cono para cementar H 5.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación no incluido	L-TCIN-380-05 	L-TCIN-425-05 	L-TCIN-500-05 
T-Connect para prótesis unitaria con cierre en el cuello 0.50mm No reposicionables Cono para cementar H 5.00 mm Tornillo de fijación no incluido	L-TCIN-380-05-ROT 	L-TCIN-425-05-ROT 	L-TCIN-500-05-ROT 
T-Connect para prótesis unitaria con cierre en el cuello 1.00mm Cono para cementar H 5.00 mm Reposicionables Tornillo de fijación no incluido	L-TCIN-380-10 	L-TCIN-425-10 	L-TCIN-500-10 
Tornillo de fijación standard No incluido, puede pedirse por separado	VM2-180 	Usar VM2-180	Usar VM2-180
Tornillo de fijación angulado No incluido, puede pedirse por separado	TPDH18L66 	Usar TPDH18L66	Usar TPDH18L66

Torque de fijación recomendado para T-Connect: 20-25 Ncm.

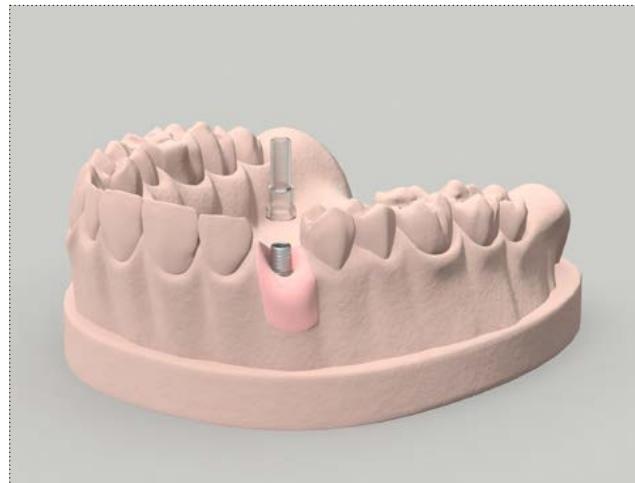
T-Connect para Prama IN - PARA LONG NECK sin base de apoyo

descripción	3.80	4.25	5.00
T-Connect para Prama IN para long neck con cierre en el cuello 1.00 mm Cono para cementar H 5.00 mm	LL-TCIN-380-10 	LL-TCIN-425-10 	LL-TCIN-500-10 
Tornillo de fijación standard No incluido, puede pedirse por separado	VM2-180 	Usar VM2-180	Usar VM2-180
Tornillo de fijación angulado No incluido, puede pedirse por separado	TPDH18L66 	Usar TPDH18L66	Usar TPDH18L66

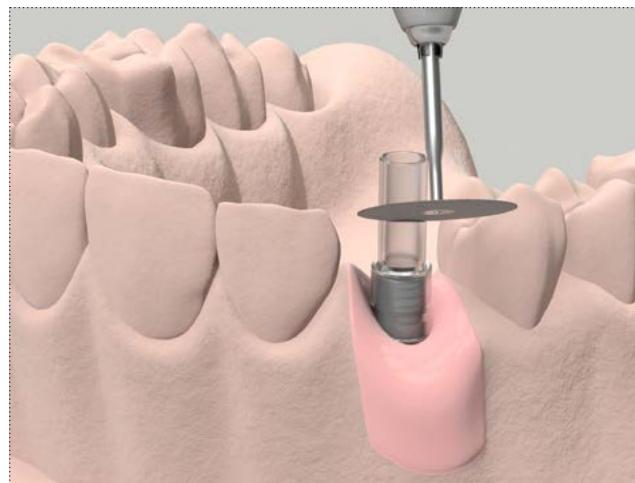


Rehabilitación definitiva unitaria atornillada con T-Connect: técnica cemento-atornillada

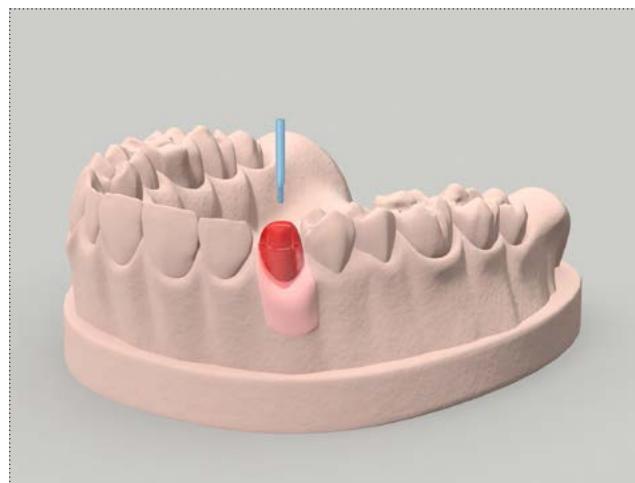
En el modelo de precisión atornillar los soportes T-Connect reposicionables sobre los análogos utilizando un atornillador de la serie HSM series. Colocar una cánula calcinable de la misma altura del cono de cementación de la T- Connect, de 4.00 mm o 6.00 mm.



Reducir la cánula calcinable a una dimensión compatible con la dimensión vertical utilizando un disco abrasivo.



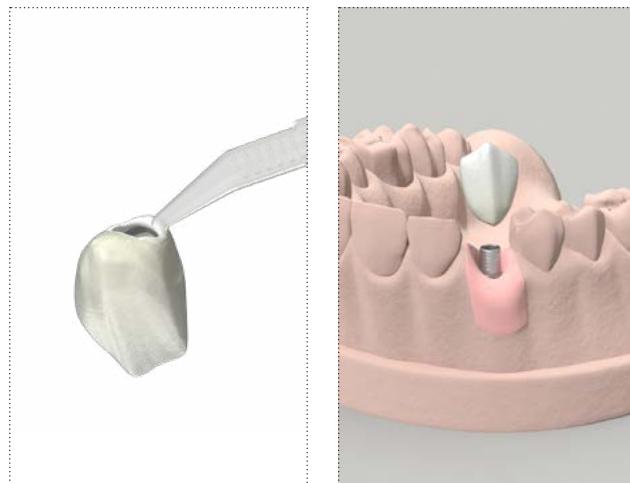
Modelar una corona en cera o resina sobre la cánula calcinable y utilizar un tornillo para mantener el agujero del tornillo libre y limpio.



Fundir la corona modelada en cera o resina junto con la cánula calcinable fresada englobada en su interior.



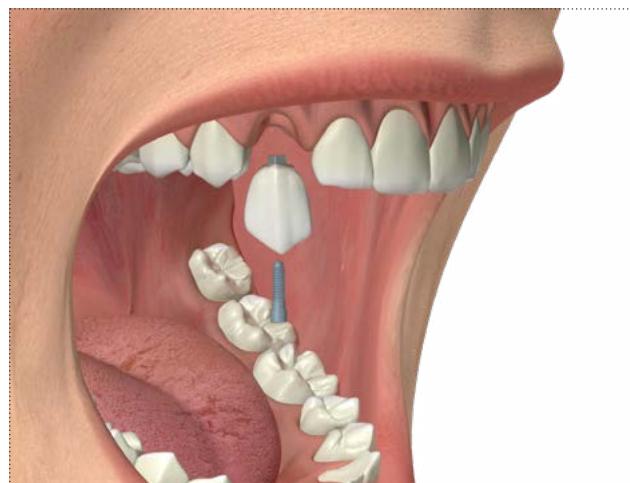
Recubrir con cerámica la corona fundida y cementarla sobre el modelo: volcar la corona e inyectar un cemento resinoso en el agujero para fijar la T-Connect. Polimerizar según las indicaciones del fabricante.

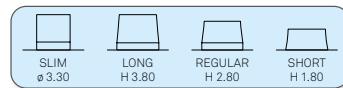


Atornillar la corona al implante con el tornillo en dotación, sin superar el torque de 20-25 Ncm..

Advertencia importante

Se recomienda utilizar los tornillos de prueba para las fases de laboratorio y conservar el tornillo nuevo en dotación para la fijación definitiva en la boca.





Rehabilitación definitiva de toda la arcada atornillada con T-Connect: técnica cemento-atornillada

En el modelo de precisión atornillar los soportes T-Connect en el análogo utilizando un atornillador de la serie HSM. Colocar en cada soporte una cánula calcinable de la misma altura del cono de cementación, de 4.00 mm o 6.00 mm.

Advertencia importante

Se recomienda utilizar los tornillos de prueba para las fases de laboratorio y conservar el tornillo nuevo en dotación para la fijación definitiva en la boca.



Reducir la cánula calcinable hasta una dimensión congruente con la dimensión vertical del paciente utilizando un disco abrasivo.



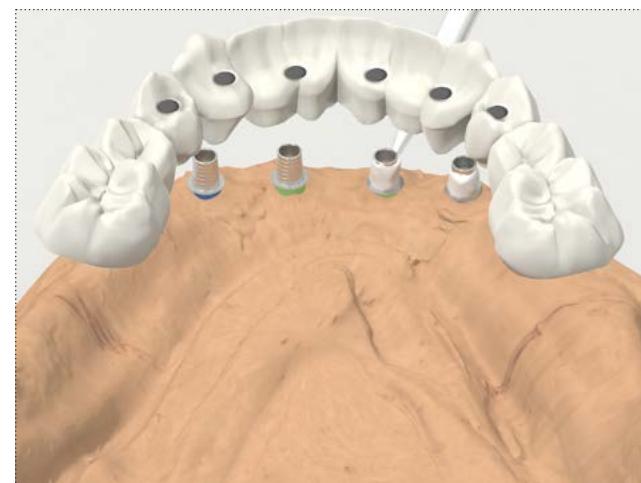
Modelar una estructura de arcada completa en cera o resina que englobe las cánulas.



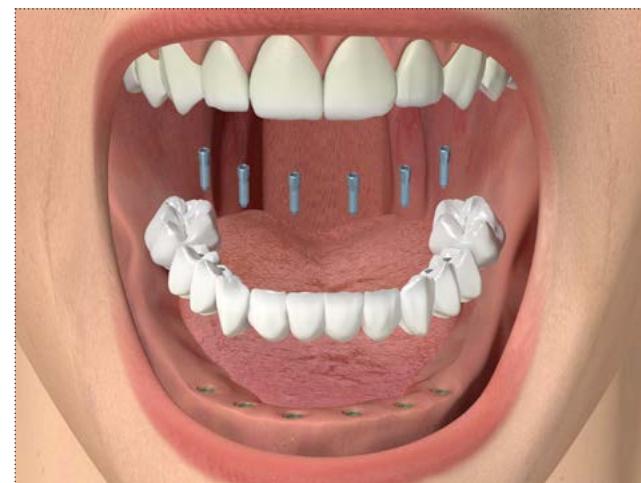
Fundir la estructura en cera o resina junto con las cánulas calcinables englobadas en su interior.



Recubrir con cerámica la estructura fundida y cementarla en el modelo: colocar de manera uniforme el cemento alrededor de las T-Connect. Polimerizar según las indicaciones del fabricante.



Una vez polimerizada, desatornillar la estructura provisional del modelo y atornillarla a los implantes, con el correspondiente tornillo en dotación, sin superar el torque de 20-25 Ncm.



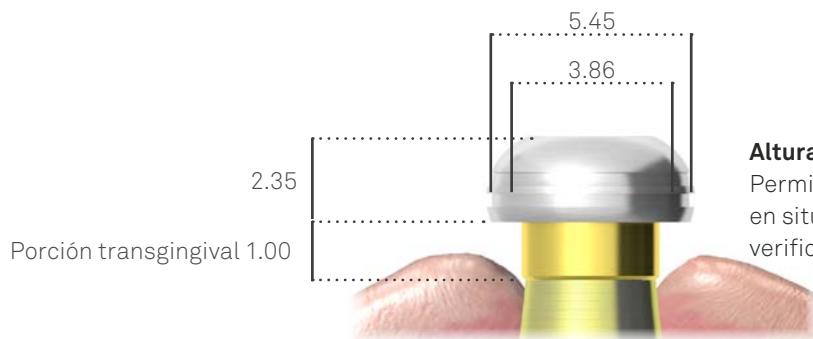
Anclaje con abutment Locator

Los abutment Locator son una solución protésica patentada versátil, simple y segura para fijar las sobredentaduras a los implantes dentales. El sistema Locator permite corregir con facilidad divergencias hasta 40° (20° por implante) en espacios oclusales limitados; considerando sus reducidas dimensiones, es ideal para todos los pacientes con prótesis móviles. Los abutment están realizados en titanio Gr. 5 y se encuentran disponibles en distintas alturas transmucosas. Los Locator van apretados a 25-30 Ncm, utilizando la llave de Allen correspondiente que está incluida en el Screw Kit y que puede pedirse también por separado (cód. 8926-SW, corta, y cód. 8927-SW, larga).



La cabeza del abutment Locator se caracteriza por su dibujo que se auto-guía y que facilita la inserción de la prótesis. Esta auto-alineación de la prótesis reduce el deterioro de las piezas y aumenta la duración de la vida del producto.

Nota: los abutment PLAIN que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

**Altura vertical reducida**

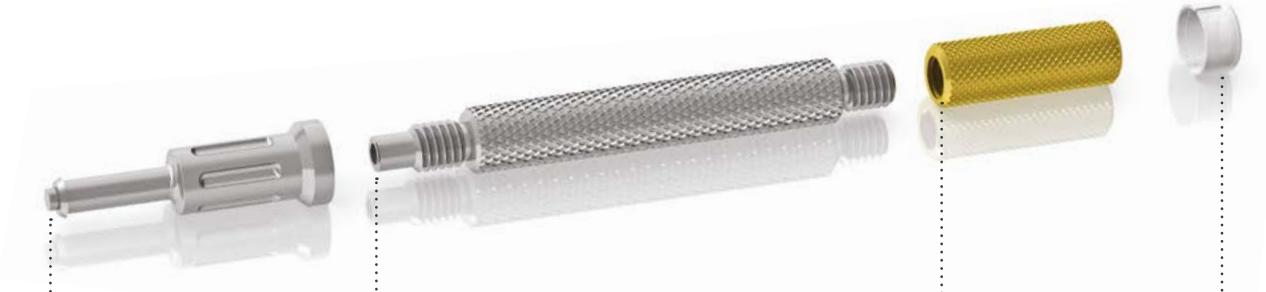
Permite la fijación a la prótesis también en situaciones clínicas en las que se verifica escasa dimensión vertical.

descripción	código
Abutment Locator Emergencia recta H. transmucosa 1.00 mm	1670 
Abutment Locator Emergencia recta H. transmucosa 2.00 mm	1671 
Abutment Locator Emergencia recta H. transmucosa 3.00 mm	1672 
Abutment Locator Emergencia recta H. transmucosa 5.00 mm	1674 

Torque recomendado para los abutment Locator: 25-30 Ncm.

Locator core tool

Todo el protocolo protésico Locator prevé el uso de un solo instrumento, común a todas las líneas de implantes, que ejerce al mismo tiempo 4 funciones:



8397: EXTRACCIÓN

La punta de extracción macho tiene un extremo afilado que sirve para fijar y extraer los retenedores de las cofias metálicas englobadas en la sobredentadura

COLOCACIÓN

La parte central del Locator core tool, una vez desmontada del puntal, tiene un extremo cilíndrico estudiado específicamente para colocar los retenedores en las cofias metálicas

8390: ATORNILLADO

Este extremo del Locator core tool, junto a la específica camisa de retención, funciona como un driver para el transporte del pilar Locator a la cavidad oral y como atornillador manual para su fijación al implante.

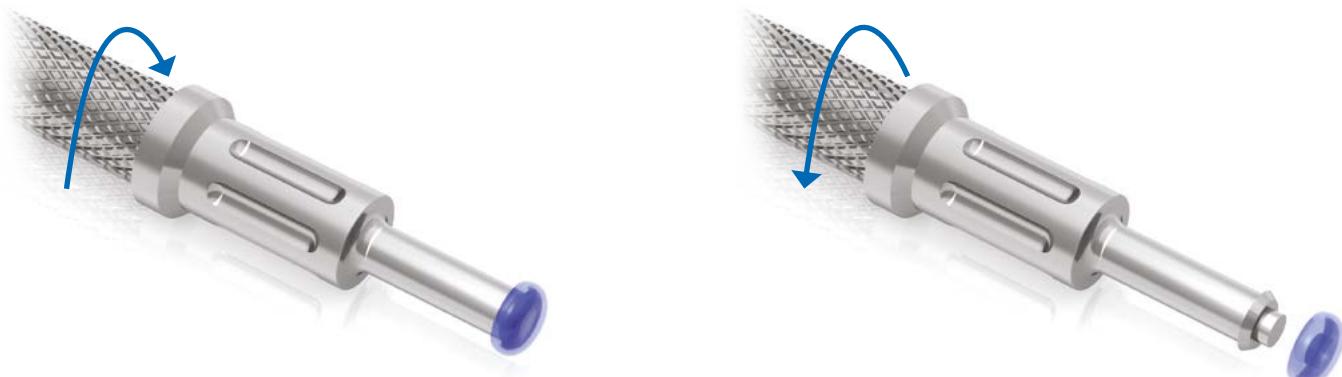
8394: RETENCIÓN

Las camisas de retención en material polimérico permiten transportar los pilares a la boca del paciente. Sin estos componentes el atornillador 8390 no puede ser utilizado como carrier.

Advertencia importante

El código 8393 incluye todo el Locator core tool en acero compuesto por un puntal (cód. 8397) para la introducción de retenedores en las cofias, un mango, un driver manual (cód. 8390) para el atornillado de los pilares Locator y una camisa de retención (8394 envase de 4 unidades) para el driver. Pueden pedirse como recambios sólo los códigos 8397, 8390 y 8394, mientras para tener un nuevo mango es necesario volver a pedir todo el instrumento.

Este instrumento ha sido diseñado para efectuar todas las funciones necesarias para el transporte y la colocación de los abutment (porción color oro, cód. 8390, con cofia 8394: para más detalles sobre su uso y ver cómo sustituir los distintos retenedores disponibles, consultense las páginas 183 y siguientes). De modo especial, el puntal (cód. 8397) solo o parcialmente desatornillado del cuerpo central del Locator Core Tool se fija a los retenedores de nylon y permite la extracción de las cofias metálicas, mientras que cuando se completa el atornillado sobresale un pequeño pistón cilíndrico que desengancha el retenedor del perfil del puntal.



Anillo distanciador

En las fases de toma de impresión y de rebaje de la prótesis es útil el uso de los anillos distanciadores en goma de silicona (cód. 8514), que permiten una correcta resiliencia de la prótesis y ayudan a impedir la colada de material resinoso o en silicona. El anillo tiene que colocarse en la base de la gargantilla que delimita la cabeza del abutment para no obstaculizar el perfecto acoplamiento de las cofias metálicas o de los transfer.



Retenedores en nylon

Los retenedores en nylon para las cofias metálicas se diferencian en base a la capacidad de corrección del eje de inserción del implante y en base a la capacidad de retención. Los que pueden corregir disparalelismos entre 0° y 10° por cada lado (20° en total) presentan un pedúnculo central que fija el centro de la cabeza de los pilares Locator, aumentando la capacidad de retención, mientras los utilizados para disparalelismos entre 10° y 20° por cada lado (40° en total) no lo llevan para facilitar la perfecta adaptación de la prótesis. Los set 8519-2, 8540-2 y 8550-2 comprenden dos piezas de cofias en acero o en titanio, además de dos retenedores negros, blancos, rosa y azul o negros, verdes, naranjas y rojo, según el grado de disparalelismo de los implantes. Cada set permite la ejecución de un caso completo sobre dos implantes: cuando la sobredentadura esté fijada a 4 implantes es necesario pedir dos set. Además de las cofias en titanio, se encuentran disponibles también las cofias en acero por sobre fusión, muy útiles cuando se quiera fijar prótesis reforzadas por frame work metálico en stellite (aleación cromo-cobalto) u otras aleaciones no nobles.



Llaves de Allen para abutment Locator

Después de haber colocado los Locator in situ con el atornillador 8390, para poder completar el atornillado al torque recomendado de 25-30 Ncm es necesario utilizar las llaves de titanio Gr. 5 con conexión compatible con la carraca dinamométrica CRI5-KIT. La disponibilidad de una versión corta, además de la larga, facilita esta operación también en los sectores distales.



Toma de impresión sobre Locator

Para la técnica indirecta se encuentran disponibles transfer (cód. 8505) y análogos (cód. 8530) para reproducir en el modelo la posición exacta los pilares Locator. Ya que la cabeza de los abutment es estándar y siempre igual prescindiendo del diámetro de la conexión implantaria, existen un solo transfer y un solo análogo. Los transfer tienen que ser utilizados siempre con el retenedor en nylon negro, dedicado a la toma de impresión. Cada uno de los transfer se suministra acompañado de un retenedor negro; en caso de necesidad, los retenedores negros pueden pedirse también como recambios (cód. 8515). En cuanto al uso de los componentes, consultense las páginas 185.



Determinación de la medida del paralelismo de los ejes implantarios

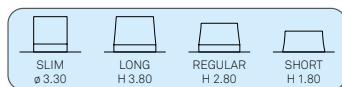
Ya que una correcta retención de la sobredentadura sobre abutment Locator depende del uso de retenedores apropiados, es fundamental definir correctamente los ejes implantarios que determinan la elección de retenedores con o sin pivot central. Para esta finalidad se encuentra disponible una placa metálica, en acero (cód. 9530), que se utiliza para medir las angulaciones de los pin de paralelismo en polietileno negro (cód. 8517) que se introducen en la cabeza de los abutment Locator. En cuanto al uso de los componentes, consultense las páginas 183.



Accesorios para sobredentaduras sobre Locator

descripción	código
Kit compuesto por 2 cofias en titanio Gr. 5, 2 anillos distanciadores en goma de silicona, 2 retenedores en polietileno negro de baja retención para la toma de impresión y 2 retenedores en nylon para cada una de las 4 capacidades distintas de retención	
Kit compuesto por 2 cofias en titanio Gr. 5, 2 anillos distanciadores en goma de silicona, 2 retenedores en polietileno negro de baja retención para la toma de impresión y 2 retenedores en nylon para cada una de las 4 capacidades de retención estudiadas para grandes disparalelismos	8540-2 
Kit compuesto por 2 cofias en acero, 2 anillos distanciadores en goma de silicona, 2 retenedores en polietileno negro de baja retención para la toma de impresión y 2 retenedores en nylon para cada una de las 4 capacidades distintas de retención	8550-2 
Envase de 20 anillos distanciadores en goma de silicona para la fase de rebaje de la prótesis	8514 
Envase de 4 retenedores en polietileno negro (LDPE 993I) de baja retención incluido para la toma de la impresión	8515 
Envase de 4 retenedores en nylon transparentes, retención 5 lb correspondientes a 2268 g	8524 
Envase de 4 retenedores en nylon rosa, retención 3 lb correspondientes a 1361 g	8527 
Envase de 4 retenedores en nylon azul, retención 1.5 lb correspondientes a 680 g	8529 
Envase de 4 retenedores en nylon verde, retención 4 lb correspondientes a 1814 g	8547 
Envase de 4 retenedores en nylon rojo, retención 1 lb correspondiente a 450 g	8548 
Envase de 4 retenedores en nylon naranja, retención 2 lb correspondientes a 907 g	8915 

Anclaje con abutment Locator

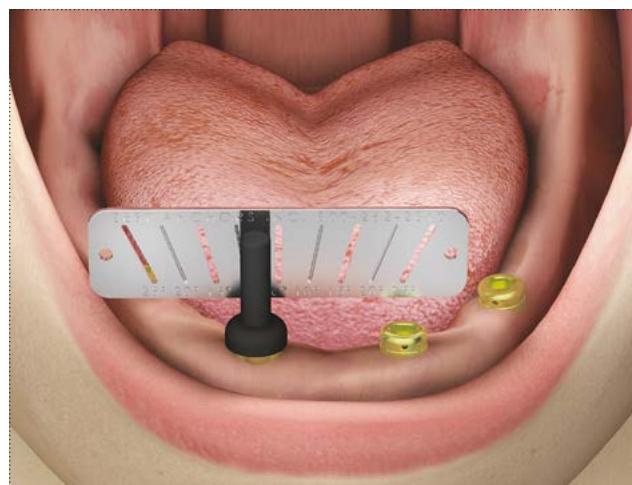
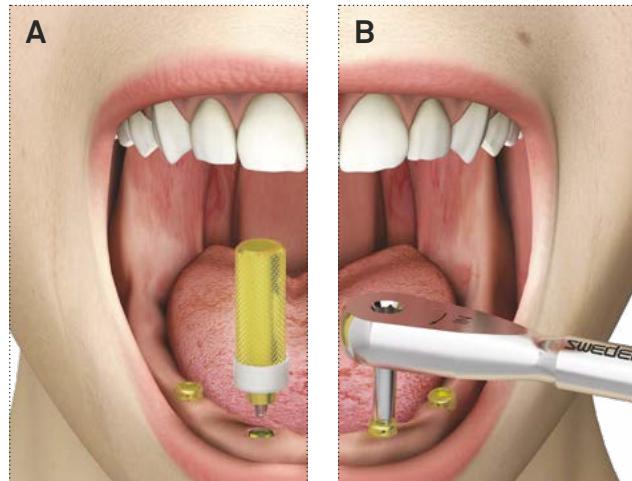


Método directo: fases al sillón

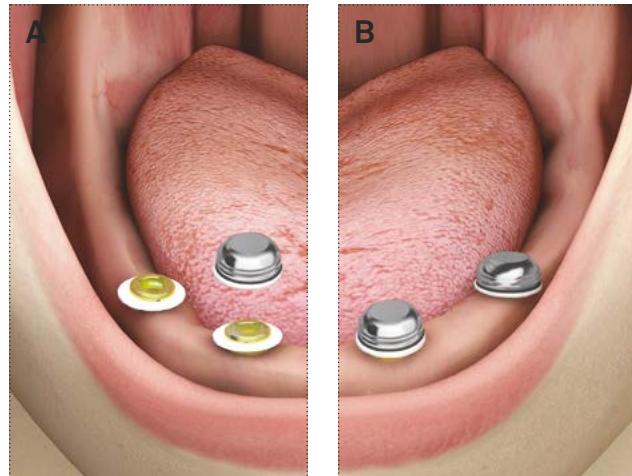
Remover los tornillos quirúrgicos de cierre o los tornillos ide cicatrización, según se haya adoptado un protocolo de fase quirúrgica doble o individual. En base al espesor de los tejidos blandos, elegir el abutment Locator con la altura transmucosa más adecuada e introducir los abutment Locator en las conexiones implantarias con la llave Locator específica (porción terminal color dorado del instrumento 8393, que puede pedirse también por separado con el código 8390). Los abutment pueden ser colocados y transportarse con seguridad a la cavidad oral gracias a la camisa de retención 8394, colocada en el extremo del instrumento 8390 (**Imagen A**). Colocar la rosca del abutment en la conexión del implante y atornillar de forma preliminar algunas vueltas, luego extraer el instrumento 8390 y completar el atornillado con la carraca dinamométrica CRI5 junto a la llave de Allen 8926-SW o 8927-SW, según sea el espacio disponible (**Imagen B**). Le recomendamos que apriete los abutment a 25-30 Ncm.

Introduzca en los abutment Locator los pin de plástico (cód. 8517) y comprobar con la ayuda de la placa 9530 cuál es el grado de divergencia entre los ejes de los implantes. Según el disparalelismo, se utilizarán retenedores de plástico distintos:

divergencia <10° por lado	divergencia <20° por lado
8529 rit. 1.5 lb (680 g)	8545 rit. 1 lb (453 g)
8527 rit. 3 lb (1361 g)	8915 rit. 2 lb (907 g)
8524 rit. 5 lb (2268 g)	8547 rit. 4 lb (1814 g)



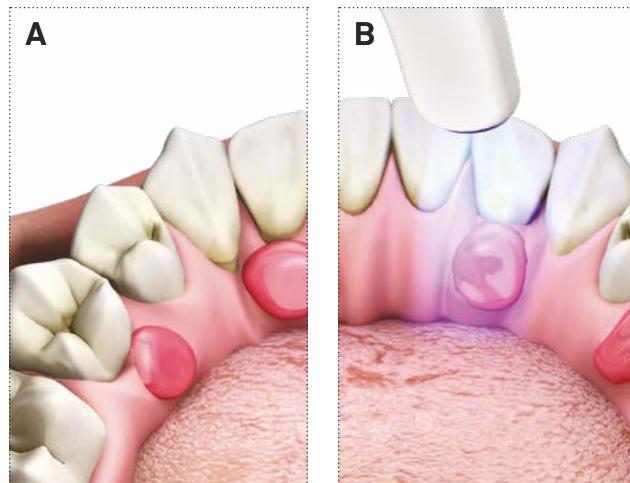
Extraer los pin y colocar el anillo espaciador blanco alrededor de la cabeza de cada abutment Locator (**Imagen A**). Colocar el retenedor negro en cada cofia metálica, posicionar la cofia en el abutment Locator dejando el anillo espaciador blanco debajo de ésta (**Imagen B**). El anillo espaciador funciona también como protector de las mucosas en la zona periimplantaria, que de esta forma no entran en contacto con la resina. El retenedor negro mantendrá la prótesis en el límite superior de su elasticidad vertical durante el procedimiento.



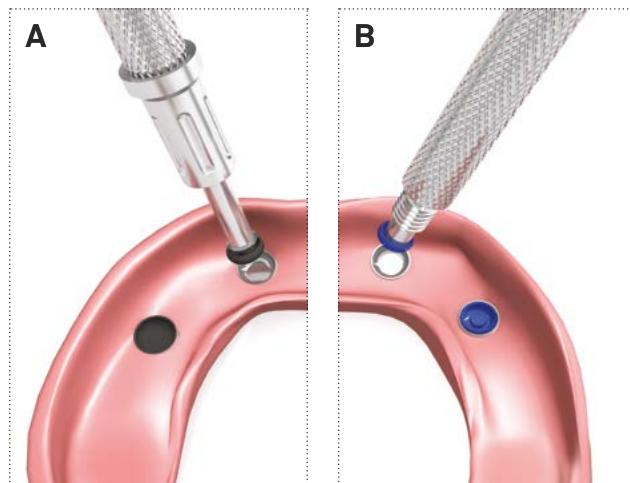
Descargar la prótesis en proximidad de las conexiones, crear agujeros lo suficientemente amplios como para permitir la inyección y la salida de la resina acrílica. Colocar la sobredentadura encima de las cofias metálicas.

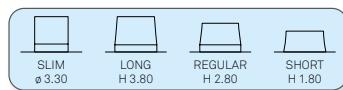


Introducir la resina (imagen A) y polymerizar el material siguiendo las indicaciones del fabricante (imagen B). Luego levantar el manufacturado protésico: los retenedores negros quedarán dentro de las cofias metálicas. Pulir la base de la sobredentadura.



Aflojar el extremo del instrumento 8393 desatornillando con dos vueltas completas la pieza (dirección contraria a la de las agujas del reloj): esto permitirá al pequeño pistón presente en la punta volver a entrar completamente (imagen A) y al margen cortante de la punta agarrar el borde del retenedor negro para extraerlo de la cofia metálica. Volver a atornillar el extremo del Locator Core Tool, para que la salida del pistón expulse el retenedor negro. Utilizar la punta de la porción intermedia del Locator Core Tool para empujar hacia la cofia el retenedor idóneo según el grado de disparalelismo entre los implantes (imagen B). Comprobar atentamente que el retenedor esté alojado completamente en la cofia metálica y que su borde coincida con el de la cofia.





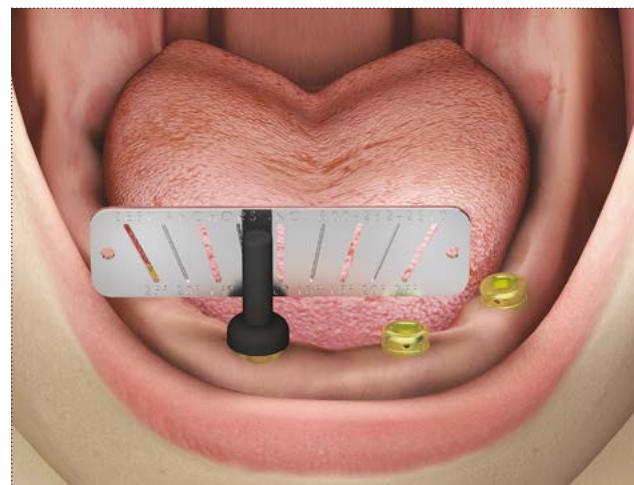
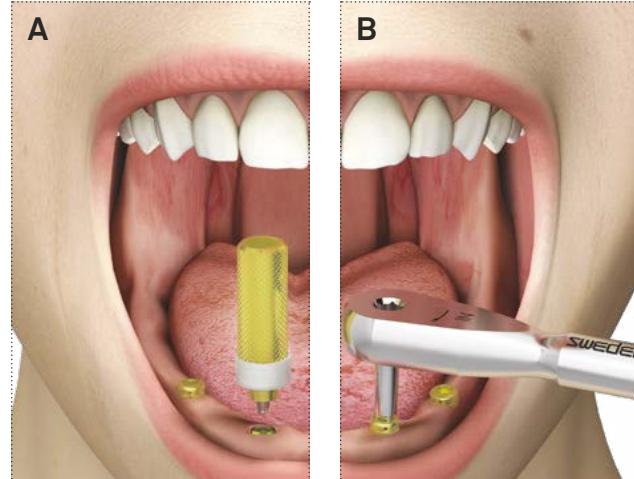
Método indirecto: fases en la consulta del dentista

Remover los tornillos quirúrgicos de cierre o los tornillos de cicatrización, según se haya adoptado un protocolo de fase quirúrgica doble o individual. En base al espesor de los tejidos blandos, elegir el abutment Locator con la altura transmucosa más adecuada e introducir los abutment Locator en los pozos implantarios con la llave Locator específica (porción terminal color dorado del instrumento 8393, que puede pedirse también por separado con el código 8390). Los abutment pueden ser colocados y transportarse con seguridad a la cavidad oral gracias a la camisa de retención 8394, colocada en el extremo del instrumento 8390 (imagen A). Colocar la rosca del abutment en el pozo del implante y atornillar de forma preliminar algunas vueltas, luego extraer el instrumento 8390 y completar el atornillado con la carraca dinamométrica CRI5 junto a la llave de Allen 8926-SW o 8927-SW, según sea el espacio disponible (imagen B). Le recomendamos que apriete los abutment a 25-30 Ncm.

Introduzca en los abutment Locator los pin de plástico (cód. 8517) y comprobar con la ayuda de la placa 9530 cuál es el grado de divergencia entre los ejes de los implantes. Según el disparalelismo, se utilizarán retenedores de plástico distintos:

divergencia <10° por lado	divergencia <20° por lado
8529 rit. 1.5 lb (680 g)	8545 rit. 1 lb (453 g)
8527 rit. 3 lb (1361 g)	8915 rit. 2 lb (907 g)
8524 rit. 5 lb (2268 g)	8547 rit. 4 lb (1814 g)

Nota bene: en el método indirecto esta fase puede ser realizada también a partir del modelo en el laboratorio.



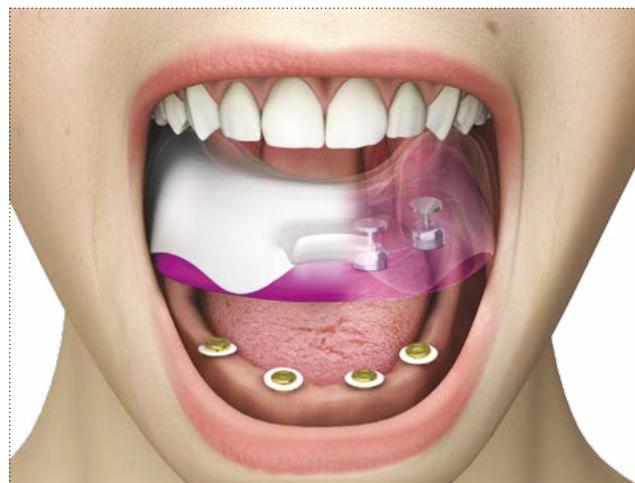
Extraer los pin y colocar en los Locator los anillos distanciadores blancos, con el fin de evitar el colado indeseado de material de impresión. Colocar con una simple presión manual los transfer Locator 8505, dentro de los cuales se habrá colocado previamente el retenedor de plástico negro específico para la toma de impresión (8515).



Inyectar un material de impresión de precisión alrededor de los transfer y al mismo tiempo llenar la cubeta de impresión con un material más consistente en todo el arco. Colocar luego la cubeta in situ y esperar el tiempo de endurecimiento según las instrucciones. La conformación especial de los transfer Locator permite obtener la mayor retentividad posible en el mínimo espacio vertical.



Extraer la cubeta verticalmente: los transfer Locator quedarán englobados en la impresión.



Introducir en cada transfer Locator un análogo Locator 8530 y enviar la impresión al laboratorio. Ya que la cabeza de los abutment Locator en contacto con los retenedores es siempre la misma para todas las plataformas de implantes, existe un solo transfer y un solo análogo



Anclaje con abutment Locator - Indicaciones clínicas



Método indirecto: fases de laboratorio

Con cera o resina, llenar la impresión y colar el modelo: el análogo Locator reproducirá exactamente la posición de la cabeza del abutment Locator. En el modelo, introducir para cada análogo un anillo distanciador 8514, de 0.50 mm de espesor, que creará el espacio necesario para obtener la plena resiliencia de la cofia metálica englobada en la prótesis que gira sobre la cabeza del abutment Locator.



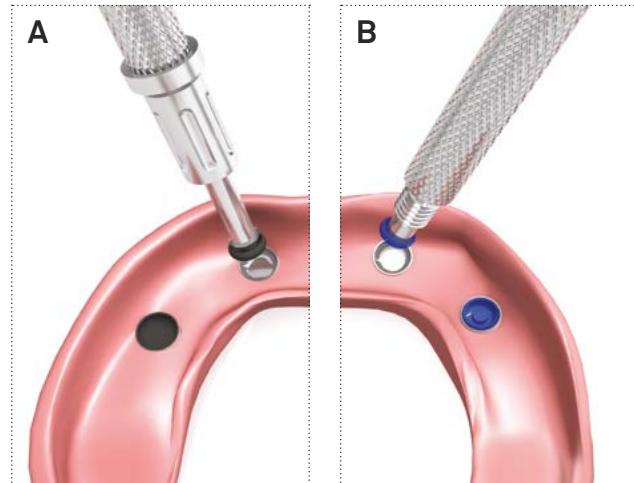
Colocar las cofias metálicas con los retenedores negros premontados sobre la cabeza del análogo Locator. El retenedor negro mantendrá la sobredentadura en el límite superior de su capacidad de resiliencia vertical durante las fases de elaboración, por tanto es necesario comprobar que se haya introducido completamente dentro de la cofia metálica.



Realizar la sobredentadura según los protocolos habituales, comprobando que los volúmenes ocupados por el abutment y la cofia metálica queden completamente dentro de la prótesis. Para englobar correctamente las cofias metálicas en la estructura, descargar ésta última a nivel de los abutment Locator y colocarla en el modelo.

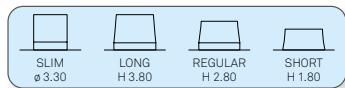


Aflojar el extremo del instrumento 8393 desatornillando con dos vueltas completas la pieza (dirección contraria a la de las agujas del reloj): esto permitirá al pequeño pistón presente en la punta volver a entrar completamente (**Imagen A**) y al margen cortante de la punta tirar del borde del retenedor negro para extraerlo de la cofia metálica. Volver a atornillar el extremo del Locator Core Tool, para que la salida del pistón expulse el retenedor negro. Utilizar la punta de la porción intermedia del Locator Core Tool para empujar hacia la cofia el retenedor idóneo según el grado de disparalelismo entre los implantes (**Imagen B**). Comprobar atentamente que el retenedor esté alojado completamente en la cofia metálica y que su borde quede al mismo nivel que el de la cofia.



Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras; en cualquier caso, el diseño autocentrante de los abutment Locator ha sido diseñado específicamente para facilitar estas operaciones. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los attaches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los retenedores que resulten mal colocados o deteriorados.



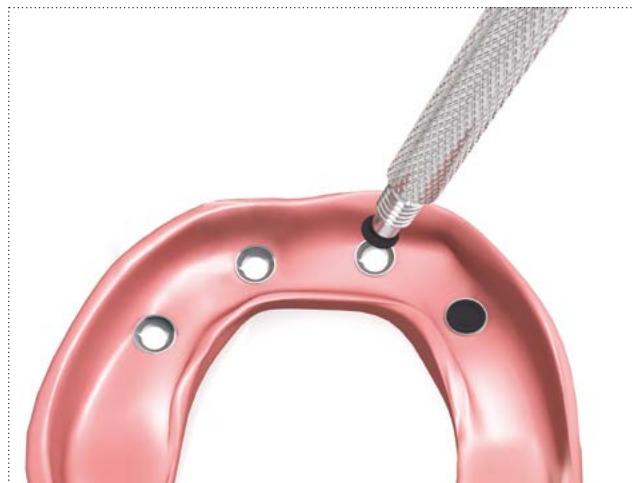
Mantenimiento y rebase

Mantenimiento

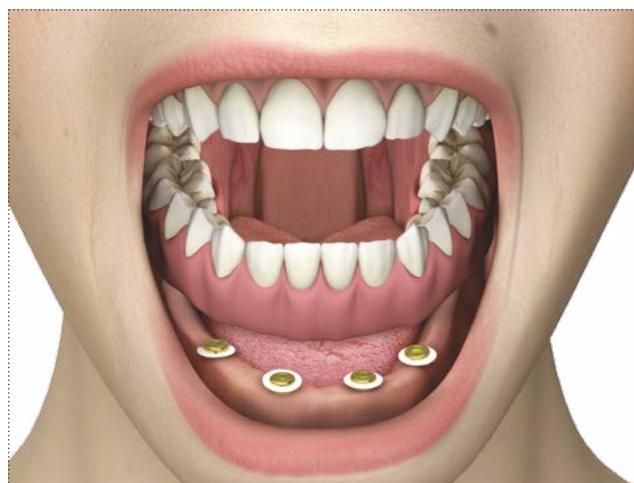
Los componentes metálicos Locator están realizados en titanio Gr. 5, por lo que no requieren especiales precauciones de limpieza o mantenimiento. Sin embargo, para evitar que se forme placa y que queden depositados residuos abrasivos en la conexión del abutment que podrían estropear las dos superficies en contacto, se recomienda cepillar todos los días la prótesis removible, los abutment y los retenedores de nylon con un cepillo suave, bajo un chorro de agua corriente, para así evitar que sustancias detergentes agresivas puedan limitar la duración de estos componentes, que, en todo caso, pueden sustituirse. También el uso de hilo dental de tipo ultrafloss alrededor de los abutment puede contribuir a mantener en buen estado la zona del surco periimplantario y de los attaches. Se aconseja un seguimiento del paciente con una frecuencia al menos semestral, debiéndose comprobar la retentividad y eventual sustitución de los retenedores en nylon estropeados o del upgrade de éstos si el paciente necesitara un grado de retención mayor. Durante el seguimiento se recomienda verificar la correcta fijación de los abutment a los implantes, volviendo a atornillarlos, si fuera necesario, a un torque de 25-30 Ncm. Durante las sesiones de higiene le aconsejamos que utilice sólo instrumentos de plástico para las operaciones de scaling sobre los implantes. Es preferible evitar el uso de instrumentos de metal que podrían arañar la superficie de los abutment.

Rebase periódico de la sobredentadura

Extraer los retenedores de las cofias metálicas siguiendo las indicaciones de la pág. 187 y sustituirlos temporalmente con los retenedores negros, con el fin de mantener una correcta relación vertical durante el rebaje. Descargar posibles zonas de compresión. Extender dentro de la prótesis el material de rebase, ya sea resina o silicona, prestando atención a evitar los retenedores.



Tomar una impresión de rebase utilizando la prótesis existente como cubeta de impresión. Le aconsejamos que proteja los Locator con los específicos anillos distanciadores en goma de silicona.



El retenedor aferrará la cabeza del abutment Locator y mantendrá en posición la prótesis durante la toma de impresión y la solidificación del material. Al extraer la impresión, los retenedores quedarán dentro de las cofias metálicas.



Introducir un análogo Locator (cód. 8530) en cada cofia metálica, junto con el retenedor, y realizar el modelo como de costumbre.

Advertencia importante

El rebase directo en la boca del paciente podría generar problemas relacionados con la diferencia estequiométrica entre la resina estructural de la sobredentadura, polimerizada en caliente y en presión, y la resina de rebase, polimerizada en frío y sin presión. Además, la dificultad de control del material, que podría quedar bajo los attaches, la diferencia del color, la mejor duración del rebase y las molestias relacionadas con la presencia de resina en la boca del paciente, hacen desaconsejable esta opción.



Rebasar definitivamente la prótesis en el laboratorio y realizar con cuidado las pruebas con el paciente para elegir un nuevo retenedor adecuado.

Advertencia importante

Si el paciente presentara sustanciales modificaciones de las anatomías orales (ej. después de haber adelgazado de forma muy significativa) no es necesario proceder con un simple rebaje, sino con un reposicionamiento ex novo de las cofias metálicas dentro de la sobredentadura. Para hacer esto, las cofias deberán ser extraídas con una pequeña fresa de la estructura en resina y volver a ser colocadas, procediendo según lo descrito en la pág.192 y siguientes.



Abutment Locator R-Tx

Los abutment Locator R-Tx* son una solución protésica patentada y versátil, sencilla y segura para anclar las sobredentaduras en los implantes. La nueva generación del sistema ideado por Zest Anchors cuenta con una retención doble para el enganche y el perfil coronal estrecho, para una inserción fácil de la prótesis. El sistema Locator R-Tx permite corregir el eje de inserción hasta 60° en total (30° por cada implante). Los abutment son de titanio grado 5 y están disponibles en diferentes alturas transmucosas. Se deberán fijar en 25-30 Ncm a través de los atornilladores disponibles como opcionales y cuyos códigos se pueden consultar en la pág. 194.



CONFECCIÓN “ALL-IN-ONE”

Se ha diseñado adrede una ampolla con una apertura doble para acoger por separado tanto el abutment como los componentes para la sobredentadura, lo que permite suministrar todo lo necesario en un solo envase y con un solo código.



El sistema Locator R-Tx incluye una cofia con una geometría aumentada para resistir a los movimientos, de color rosa para una estética mayor.

El nuevo tratamiento DuraTec™, alternando capas de titanio y de carbono, confiere al Locator R-Tx un color rosa sumamente estético, robusto y resistente al desgaste

Mayor posibilidad de corrección del eje de inserción y grados de retención diferentes

Nota: los Abutment Locator R-Tx, que cierran apoyándose en la plataforma del implante, se usan con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

*Los abutment Locator R-Tx y sus componentes correspondientes presentados en las páginas siguientes son productos sanitarios y están patentados por Zest Anchors, Inc., 2875 Loker Avenue East, Carlsbad, CA 92010, USA.

descripción	código
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 1.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-01  
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 2.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-02  
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 3.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-03  
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 4.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-04  
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 5.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-05  
Abutment Locator R-Tx Emergencia recta H transmucosa 6.00 mm Confección All-in-One con cofia y retenedores	31110-06  

Torque recomendado para los abutment Locator R-Tx: 25-30 Ncm.

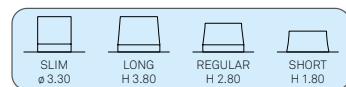
Durante las fases de laboratorio y eventuales fases de prueba en la consulta, el torque de fijación no deberá superar 8-10 Ncm.

Accesorios para sobredentaduras en abutment Locator R-Tx

descripción	código
Confección de 4 cofias y 4 retenedores de plástico negros para la toma de impresión	30013 
Confección de 4 retenedores grises, sin retención	30001 
Confección de 4 retenedores azules, retención baja	30002 
Confección de 4 retenedores rosas, retención media	30003 
Confección de 4 retenedores blancos, retención elevada	30004 
Confección de 4 retenedores de plástico negros para la toma de impresión	30012 
Confección de 20 anillos separadores para la fase de rebasado de la prótesis	8514 
Confección de 4 análogos de aluminio del Abutment Locator R-Tx ø 3.35 mm	30014 

descripción	código
Confección de 4 análogos de aluminio del Abutment Locator R-Tx ø 4.00 mm	30015 
Confección de 4 análogos de aluminio del Abutment Locator R-Tx ø 5.00 mm	30016 
Confección de 4 transfer para abutment Locator R-Tx, retención baja, medida única para todas las plataformas	30017 
Confección con 4 cofias separadoras para la fase de rebase de la prótesis con método indirecto	30018 
Instrumento de acero para la inserción de los retenedores en las cofias y en el dispositivo de retención para driver para el transporte de los abutment Locator R-Tx	30021 
Atornillador para contra-ángulo para abutment Locator R-Tx, hex. 1.25 mm	08008 
Atornillador digital para abutment Locator R-Tx, hex. 1.25 mm	08007 

Anclaje con abutment Locator R-Tx

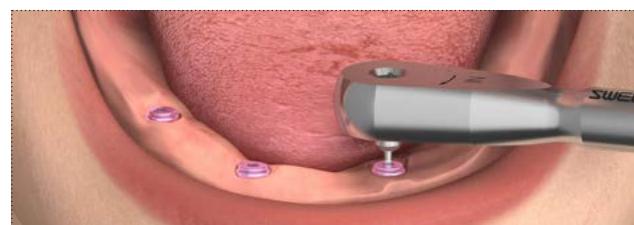


Método directo: fases en el sillón

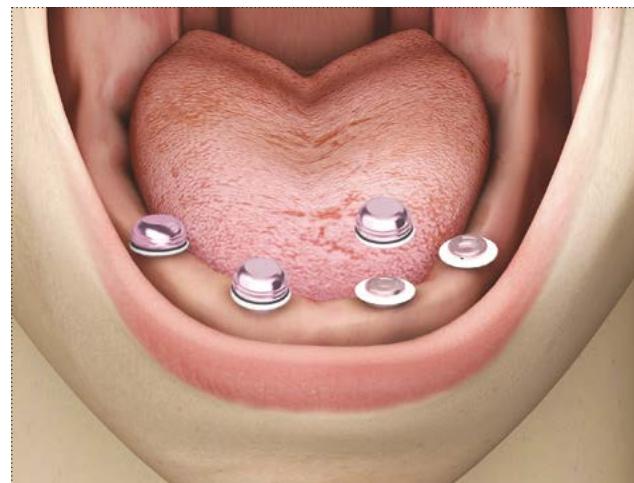
Quitar los tornillos quirúrgicos de cierre o bien los pilares de cicatrización, según si se ha optado por un protocolo de fase quirúrgica individual o doble. Posicionar el abutment Locator R-Tx en el implante usando el atornillador correspondiente, digital (cód. 08007).

Completar el posicionamiento de los abutment Locator R-Tx usando el atornillador con racor hexagonal (cód. 08007) y la carraca dinamométrica CRI5-KIT.

Recomendamos apretar los abutment Locator R-Tx en 25-30 Ncm.

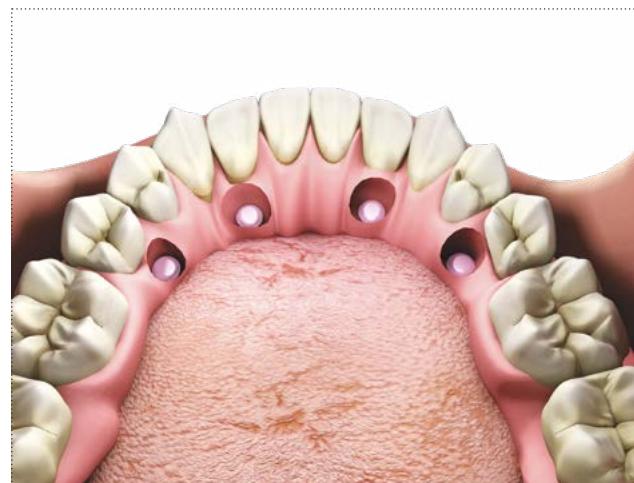


Posicionar el anillo separador blanco en cada abutment y empujarlo hasta el tejido mucoso. Presionar de manera firme las cofias rosas (que contienen el retenedor negro pre-ensamblado) en cada abutment Locator R-Tx



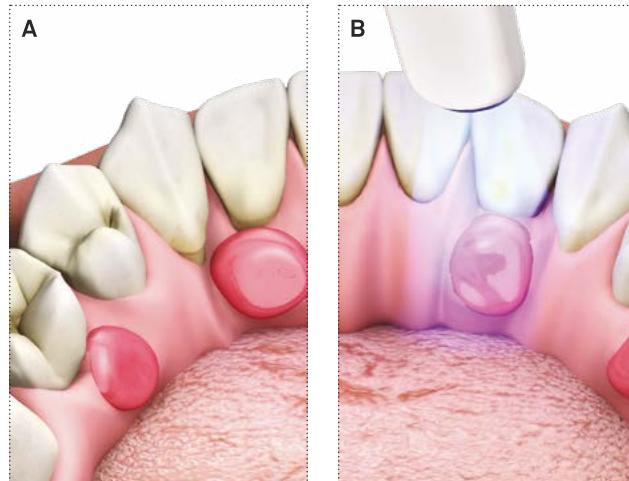
Fresar la prótesis en proximidad de los ataches, crear unos orificios lo suficiente anchos para poder inyectar y la resina acrílica.

Posicionar la sobredentadura encima de las cofias metálicas.



Insertar la resina (imagen A) y proceder con la polimerización del material siguiendo las indicaciones del fabricante (imagen B). Luego levantar el producto protésico: los retenedores negros permanecerán dentro de las cofias metálicas.

Abrillantar la base de la sobredentadura.



Quitar el retenedor negro de la cofia usando la extremidad de eliminación (OUT) del instrumento de inserción para retenedores.

Para hacer esto, es necesario anclar el retenedor negro e inclinar el instrumento distal o mesialmente dentro de la prótesis hasta que el retenedor no se desengancha totalmente de la cofia.

Usar la típica hendidura de metal de la parte trasera del instrumento para quitar el retenedor de la punta, haciendo deslizar el retenedor en la abertura de la hendidura metálica y con un movimiento hacia arriba para quitarlo.



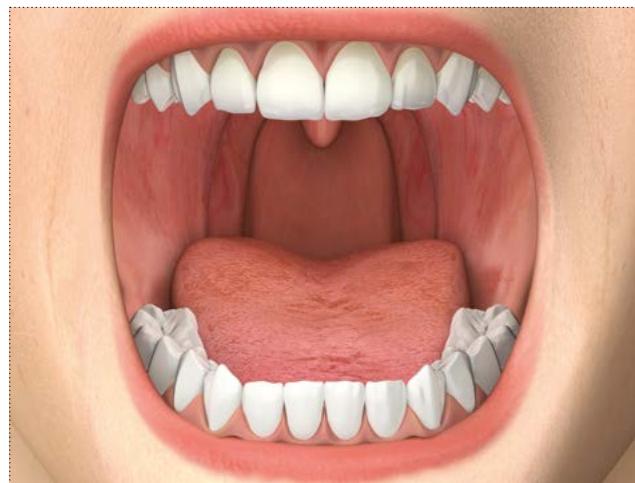
Posicionar en cada cofia el retenedor seleccionado usando la extremidad de inserción (IN) del instrumento. Durante la fase de prueba, empezar seleccionando el retenedor con un grado de retención más bajo. Insertar el retenedor con un ligero ángulo y luego enderezar el instrumento y presionar hacia abajo.



Posicionar la sobredentadura y presionar hacia abajo para anclar los retenedores en los abutment LOCATOR R-Tx, y verificar la oclusión.

Explicar al paciente cómo quitar y volver a insertar la sobredentadura.

Se la retención no es buena, quitar los retenedores y sustituirlos con los que tienen el nivel de retención siguiente.



Método indirecto: fases en el sillón

Insertar con una ligera presión manual los transfer Locator R-Tx (cód. 30017), dentro de los que se insertará el retenedor correspondiente de plástico negro para la toma de impresión (cód. 30012).



Inyectar un material de impresión de precisión solo alrededor de los transfer y al mismo tiempo llenar la cubeta porta-impresión con un material más consistente en toda la arcada.

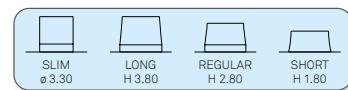
Luego colocar la cubeta cerrada in situ y esperar el tiempo de fraguado, según las instrucciones.

La conformación especial de los transfer Locator R-Tx permite obtener la máxima retención en el mínimo espacio vertical.



Levantar la cubeta porta-impresión de manera vertical: los transfer Locator r-Tx permanecerán incorporados en la impresión.





Insertar en cada transfer Locator un análogo Locator R-Tx: los análogos están disponibles en tres diámetros diferentes (3.35 mm cód. 30014, 4.00 mm cód. 30015 o 5.00 mm cód. 30016) e enviar la impresión al laboratorio.



Método indirecto: fases de laboratorio

Realizar el modelo como de costumbre: el análogo Locator R-Tx reproducirá de manera exacta la posición de la cabeza del abutment Locator R-Tx.

Insertar en cada análogo del modelo un anillo separador 08514 con un espesor de 0.50 mm que creará el espacio necesario para obtener la resiliencia plena de la cofia metálica incorporada en la prótesis que gira arriba de la cabeza del abutment Locator R-Tx.



Posicionar las cofias metálicas con los retenedores negros pre-ensamblados en la cabeza del análogo Locator R-Tx.

El retenedor negro mantendrá la sobredentadura en el límite superior de su capacidad de resiliencia vertical durante las fases de elaboración; por tanto es necesario comprobar que esté insertado totalmente dentro de la cofia metálica.



Realizar la sobredentadura según los protocolos habituales, verificando que los volúmenes del abutment y de la cofia de metal estén incluidos totalmente en la prótesis.

Para englobar correctamente las cofias metálicas en la estructura, es necesario fresar esta última en correspondencia de los abutment Locator y posicionarla en el modelo.



Quitar el retenedor negro de la cofia de alojamiento usando la extremidad de eliminación (OUT) del instrumento de inserción para retenedores.

Para hacer esto, es necesario anclar el retenedor negro e inclinar el instrumento distal o mesialmente dentro de la prótesis hasta que el retenedor no se desengancha totalmente de la cofia.

Usar la típica hendidura de metal de la parte trasera del instrumento para quitar el retenedor de la punta, haciendo deslizar el retenedor en la abertura de la hendidura metálica y con un movimiento hacia arriba para quitarlo.

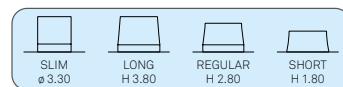


Posicionar en cada cofia el retenedor seleccionado usando la extremidad de inserción (IN) del instrumento. Durante la fase de prueba, empezar seleccionando el retenedor con un grado de retención más bajo. Insertar el retenedor con un ligero ángulo y luego enderezar el instrumento y presionar hacia abajo. poi raddrizzare lo strumento e premere verso il basso.

Advertencia importante

Es oportuno explicar bien al paciente cómo posicionar y quitar la prótesis de manera correcta, invitándolo a practicar con estas maniobras sencillas, si bien el diseño autocentrado de los abutment Locator ha sido ideado para facilitar estas operaciones. Además, el paciente deberá comunicar al médico eventuales molestias de la prótesis, incluida la pérdida de retención de los attaches, para permitir al operador un mantenimiento inmediato o una sustitución de los retenedores que resultaran introducidos mal o desgastados.





Mantenimiento y rebasado

Mantenimiento

Los componentes metálicos Locator R-Tx están realizados con itanio Gr. 5; por lo tanto, no requieren especiales precauciones de limpieza o mantenimiento.

Sin embargo, para evitar la formación de la placa y el estancamiento de residuos abrasivos en la pared interna del abutment que podrían arruinar las dos interfaces en contacto, recomendamos cepillar a diario la prótesis removible, los abutment y los retenedores de nylon con un cepillo suave debajo de un chorro de agua corriente para evitar que sustancias detergentes agresivas puedan limitar la duración de estos componentes, que de todas formas se pueden sustituir.

Usar un hilo interdental muy suave alrededor de los abutment puede contribuir a mantener en buen estado el área del surco peri-implantario y, por consiguiente, los ataches mismos.

Recomendamos programas un seguimiento cada seis meses, al menos, para comprobar la retención y la necesidad de sustituir los retenedores de nylon arruinados o cambiarlos de acuerdo con las necesidades de retención del paciente.

Durante el seguimiento recomendamos comprobar la fijación correcta de los abutment en los implantes, volviendo a fijarlos, si fuera necesario, con un torque de 25-30 Ncm.

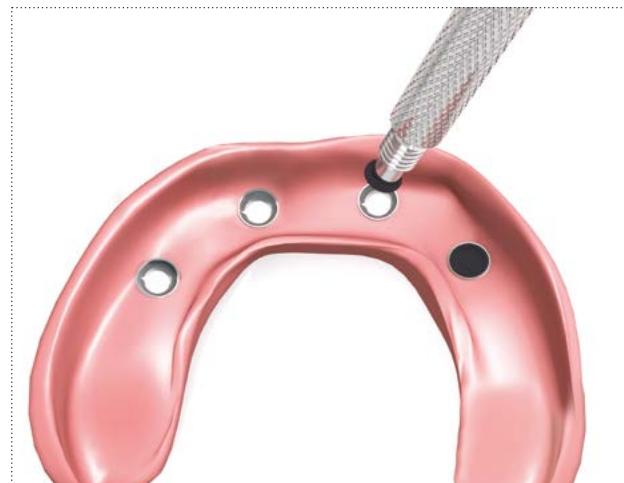
Durante las sesiones de higiene oral recomendamos usar solo instrumentos de plástico para las operaciones scaling de los abutment.

Es preferible evitar el uso de instrumentos de metal que podrían arañar la superficie de los abutment.

Rebasado periódico de la sobredentadura

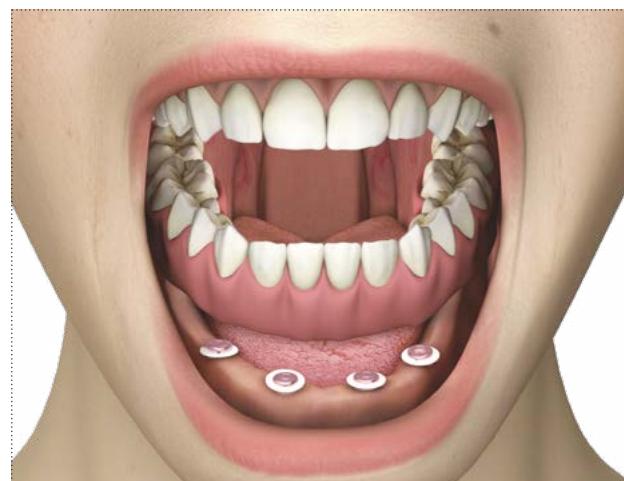
Eliminar los retenedores de las cofias metálicas y sustituirlas de manera provisional con los retenedores negros para mantener una relación vertical correcta durante el rebasado. Fresar eventuales zonas de compresión.

Pasar dentro de la prótesis el material de rebasado, tanto de resina como de silicona, prestando atención para evitar los retenedores.

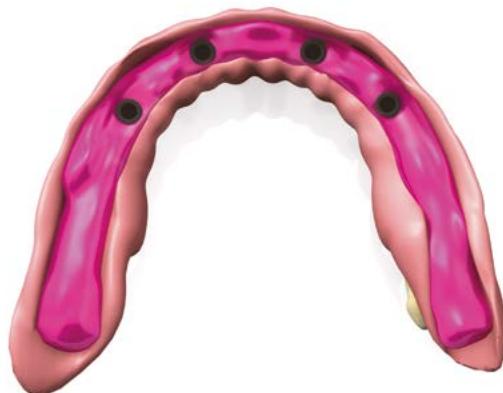


Tomar una impresión de rebasado usando la prótesis existente como cubeta de impresión.

Recomendamos proteger los Locator R-Tx con los anillos separadores de goma correspondientes.



El retenedor alojará la cabeza del abutment Locator R-Tx y mantendrá en posición la prótesis durante la toma de impresión y la solidificación del material. Cuando se quite la impresión, los retenedores permanecerán dentro de las cofias metálicas.



Insertar un análogo Locator R-Tx en cada cofia metálica en combinación con el retenedor y realizar el modelo como costumbre

Advertencia importante

El rebasado directo en la boca del paciente podría provocar problemas relacionados con la diferencia estequiométrica entre la resina estructural de la sobredentadura, polimerizada en caliente y con presión, y la resina para rebasado, polimerizada en frío y sin presión.

Además, las dificultades de control del material que podría anclarse debajo de los attaches, la diferencia de color, la duración inferior del rebasado y las incomodidades relativas a la presencia de la resina en la boca del paciente desaconsejan esta opción.



Rebasar de manera definitiva la prótesis en el laboratorio y realizar de manera atenta varias pruebas con el paciente para elegir otro retenedor apropiado

Advertencia importante

Si el paciente presentara grandes cambios en su anatomía oral (por ej. tras un adelgazamiento muy relevante), es necesario proceder no a un rebasado sencillo sino a un reposicionamiento desde cero de las cofias metálicas dentro de la sobredentadura.

Para ello las cofias se deberán quitar de la estructura de resina con una fresa pequeña y se deberán volver a colocar tal y como descrito en la pág. 178.



Anclaje con attaches de bola

El sistema de fijación con attaches esféricos, denominados también “de bola”, está constituido por un abutment en titanio Gr. 5 con extremo esférico de 2.20 mm de diámetro y por una elección de distintos sistemas de fijación incorporados en la prótesis removible. Los abutment esféricos presentan un pequeño hexágono en la base de la bola, que sirve para enganchar la llave de atornillado, compatible con la carraca dinamométrica del sistema.

Condiciones e indicaciones para el anclaje con attaches de bola

El protocolo protésico estándar con attaches de bola prevé el soporte de dos implantes, colocados preferiblemente a 22.00 mm uno de otro, de tal manera que el eje rotatorio entre los dos abutment permita a la sobredentadura realizar un cierto grado de movimiento vertical. El paralelismo absoluto entre los dos implantes no es una condición indispensable para el éxito de la rehabilitación, pues la cabeza esférica permite intrínsecamente un cierto grado de corrección. Sin embargo, la presencia de posibles disparalelos puede presentar riesgos de fractura, de modo especial para los attaches de bola, en condiciones de carga importantes, por tanto se prefiere rehabilitar con attaches de bola exclusivamente entre implantes paralelos.

La estabilidad y duración a largo plazo del conjunto atache de bola/cofia está determinada por varios factores, entre los cuales:

- alineación tridimensional de los planos oclusales de implantes y prótesis;
- adecuado posicionamiento de la interfaz protésica (cofia o anillo, matriz) de manera que la bola no toque la prótesis en su parte más oclusal;
- dimensión vertical de la prótesis para garantizar que la cofia esté rodeada por cada lado por
- una capa adecuada de resina.

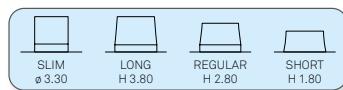


Ya que la esfera debe trabajar libre de vínculos para garantizar el correcto apoyo mucoso de la sobredentadura, los abutment con atache de bola se encuentran disponibles en distintas alturas transmucosas.

Nota: los abutment de bola que cierran apoyándose en la plataforma del implante se pueden usar con todos los diámetros del implante Prama y con todos los tipos de cuello: Short, Regular y Long.

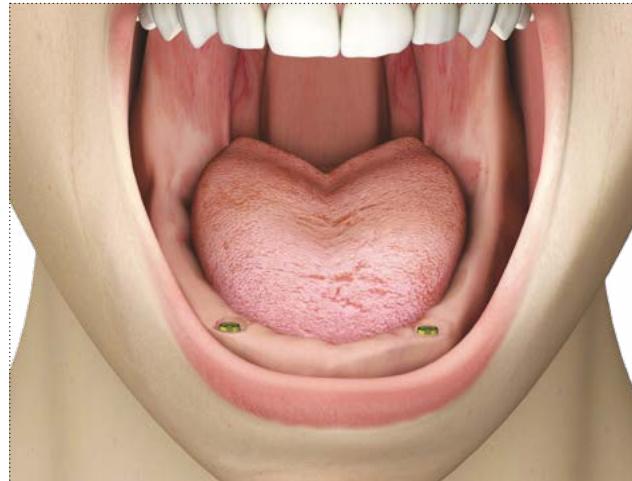
descripción	código
Ataches de bola Emergencia recta H. transmucosa 1.00 mm	A-AS-330-1  ∅ 2.20..... ∅ 3.30..... 1.00
Ataches de bola Emergencia recta H. transmucosa 2.00 mm	A-AS-330-2  ∅ 2.20..... ∅ 3.30..... 2.00
Ataches de bola Emergencia recta H. transmucosa 4.00 mm	A-AS-330-4  ∅ 2.20..... ∅ 3.30..... 4.00
Análogo del atache de bola	ANAS  ∅ 2.20..... ∅ 3.30..... 15.30
Atornillador en acero para ataches de bola, con racor para carraca dinamométrica o racor digital	BASCC-EX 

Torque recomendado para los ataches de bola: 25-30 Ncm



Impresión y modelo

Remover los tornillos quirúrgicos de cierre o los tornillos de cicatrización, según se haya adoptado un protocolo de fase quirúrgica doble o individual. En base al espesor de los tejidos blandos, elegir el atache de bola con la altura transmucosa más adecuada. Para las alturas disponibles véase la tabla de la pág. 204.



Con la llave de Allen BASCC-EX acoplar el pequeño hexágono a la base de la esfera y conectar el otro extremo a la carraca dinamométrica CRI5. Colocar los abutment en las conexiones de los implantes con un torque de 25-30 Ncm.

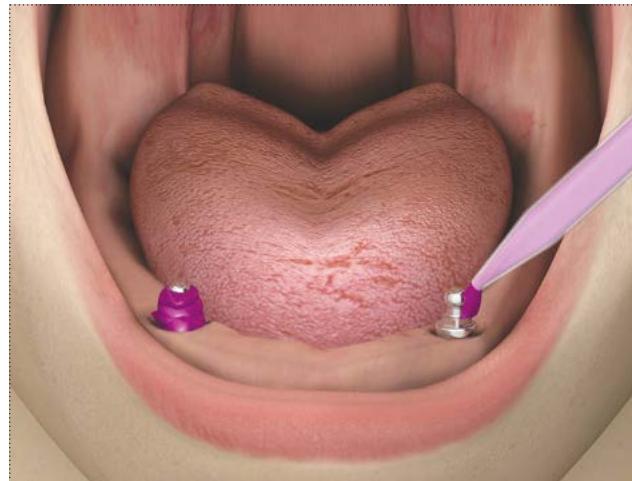
Nota: la llave de Allen no forma parte de los kit quirúrgicos y tiene que pedirse por separado, con el código BASCC-EX. Se incluye, en cambio, en el Screw kit. La llave de Allen es compatible con la carraca dinamométrica del sistema.



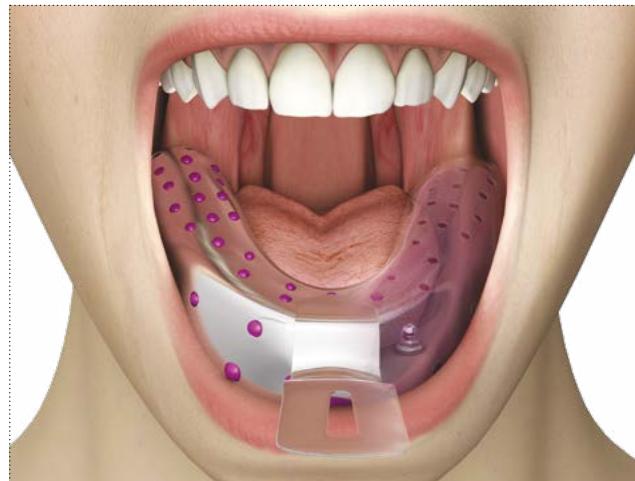
Colocar la cubeta y comprobar que toda la altura del atache de bola se encuentre dentro de las paredes de la cubeta. Inyectar un material de impresión de precisión (SKY IMPLANT LIGHT, cód. SKY14) sólo alrededor de las cabezas esféricas de los abutment y al mismo tiempo llenar la cubeta de impresión con un material más consistente (SKY IMPLANT HEAVYMIX, cód. SKY04) en todo el arco.

Advertencia importante

Según la costumbre, es oportuno introducir un trocito de látex o de patrón agujereado de la forma oportuna para evitar la infiltración de la silicona en el surco periimplantario



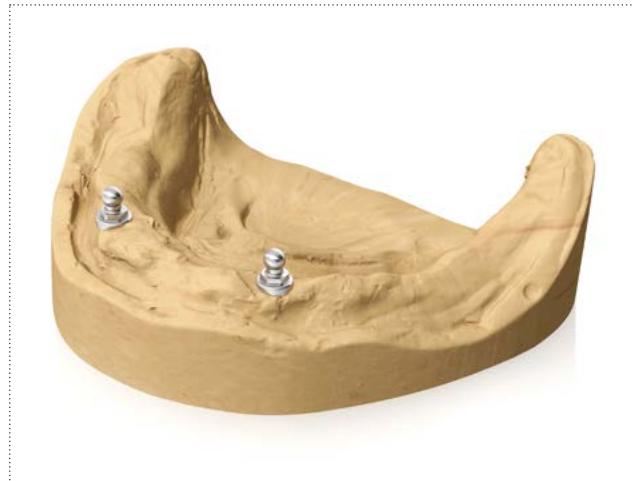
Colocar luego la cubeta in situ y esperar el tiempo de endurecimiento según las instrucciones del fabricante. Extraer la cubeta verticalmente.



Introducir los análogos de los ataches de bola (cód. ANAS) en los espacios vacíos dejados por las esferas de retención de los ataches. Ya que la cabeza es siempre la misma para todas las plataformas de implantes, existe un solo análogo.



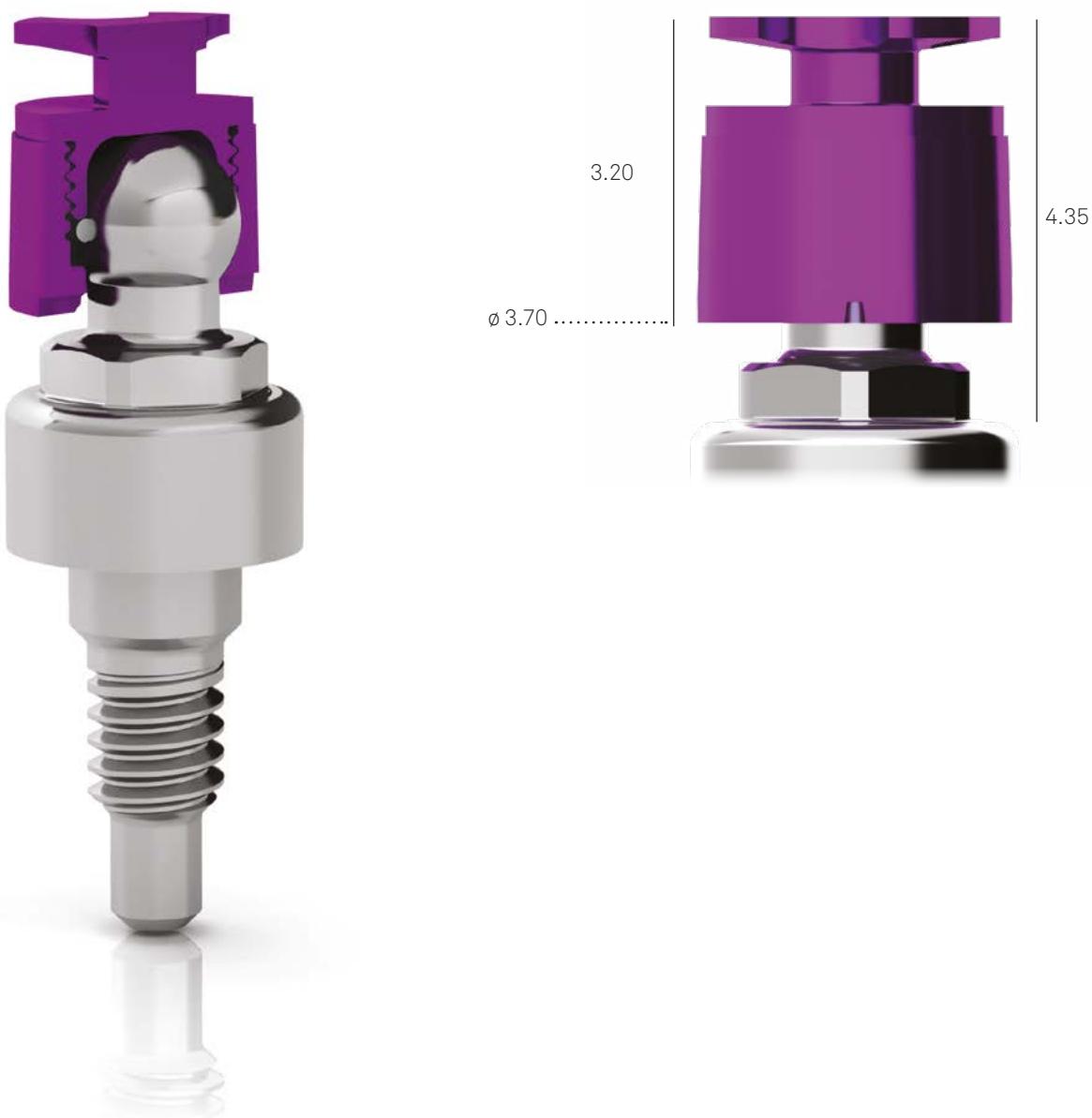
Desarrollar el modelo según las técnicas habituales, englobando los específicos análogos de los ataches de bola (cód. ANAS) en el material elegido.



Matrices para attaches de bola

Cofia en titanio CAP-TIT-1

La matriz está constituida por una cofia en titanio Gr. 5 en dos partes, muelle de retención en titanio y un anillo de montaje de plástico. Cada envase incluye el muelle de retención en la versión media (MOL1-CAP-TIT-1), sin embargo está disponible también un muelle más suave para la adaptación progresiva, que puede pedirse por separado con el código MOL2-CAP-TIT-1. Ambos muelles y el anillo de montaje de plástico se encuentran disponibles también como recambios, con los códigos que se detallan en la tabla adyacente. Para desmontar y remontar la cofia en titanio se encuentra disponible un atornillador específico que permite una rápida sustitución del muelle de retención y simplifica el uso del anillo de rebase de plástico, según se explica en las instrucciones de los pasos de elaboración.



descripción	código
Cofia en titanio Gr. 5 en dos partes, muelle de retención en titanio y anillo de montaje en plástico para attaches de bola de ø 2.20 mm. La dimensión total en altura es de 3.20 mm	CAP-TIT-1 
Anillo de plástico de recambio para cofia en titanio H. 2.20 mm	AN-CAP-TIT-1 
Muelle de retención de recambio para cofia en titanio, media dureza, en acero ø 3.20 mm	MOL1-CAP-TIT-1 
Muelle de retención de recambio para cofia en titanio, blanda, para adaptación progresiva de la prótesis, en acero, ø 3.20 mm	MOL2-CAP-TIT-1 
Instrumento para la inserción, el montaje, el mantenimiento de la cofia en titanio para attaches de bola CAP-TIT-1	AVV-CAP-TIT-1 

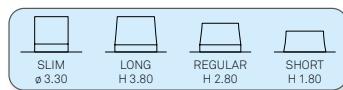
Montaje de la cofia en titanio para fases de elaboración:

La cofia en titanio se suministra montada al muelle con el anillo definitivo en titanio. Antes de empezar el protocolo directo de fijación de la sobredentadura hay que desatornillar el anillo de titanio premontado con la ayuda del específico atornillador AVV-CAP-TIT-1 y mantenerlo separado junto con el muelle.



Con el mismo atornillador, atornillar el anillo de montaje de plástico elastomérico a la parte superior de la cofia de titanio, sin introducir ningún muelle. La retención ejercitada por el anillo de plástico es mínima pero suficiente para realizar las fases de montaje.

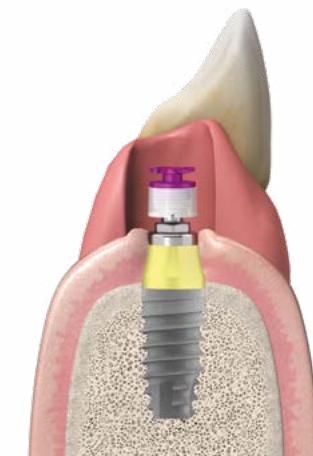




Cofia en titanio CAP-TIT-1: método directo

Colocar las cofias montadas al anillo de plástico elastomérico en la cabeza esférica de los pilares. Descargar totalmente la prótesis por 5.50 mm aproximadamente y colocarla in situ para verificar los espacios disponibles. La retención ejercitada por el anillo elastomérico es mínima pero suficiente para las fases de elaboración.

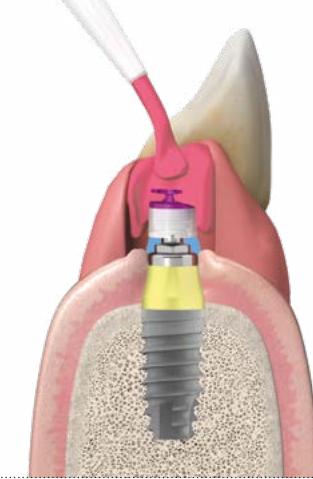
Nota: según el tipo de resina podría ser oportuno aplicar una ligera capa de vaselina o de cera alrededor del anillo de plástico transparente con el fin de hacer más fácil la extracción.



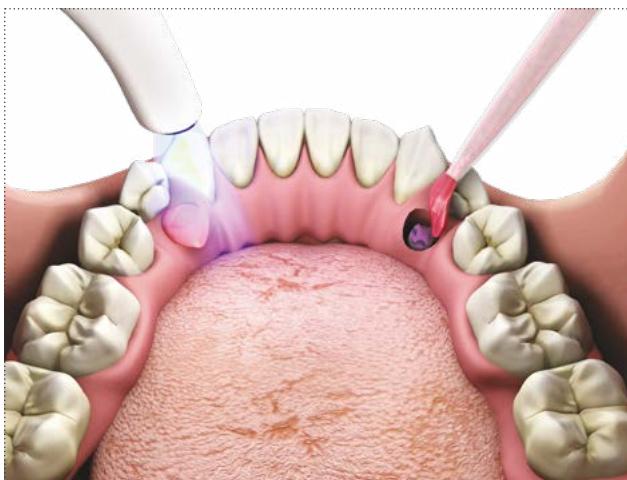
Llenar las cavidades de resina para englobar totalmente las cofias y polimerizar según las indicaciones del fabricante.

Advertencia importante

Si fuera necesario, proteger las socavaduras (evidenciadas en azul en la imagen) con escayola para impresión, cera, protector de encía u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad.



Visión intraoral.



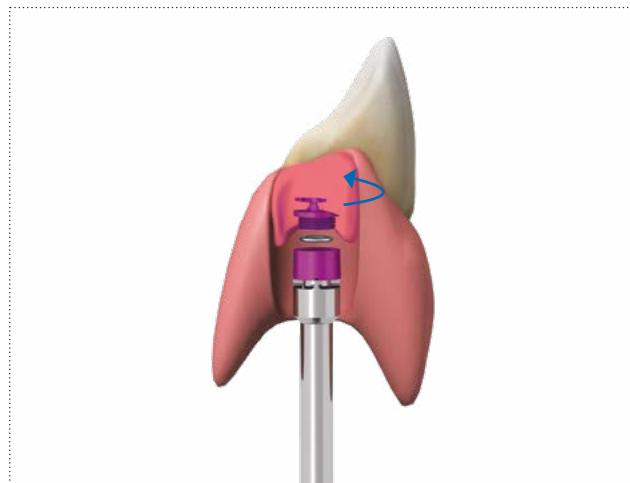
Desatornillar el anillo de plástico con la ayuda del atornillador específico AVV-CAP-TIT-1. El espacio dejado por el anillo de plástico se calcula para permitir una inserción fácil del anillo de titanio.



Atornillar el anillo de titanio a la parte superior de la cofia, dentro del cual habrá sido antes introducido el muelle de retención. Introducir siempre el muelle por el lado roscado.

Advertencia importante

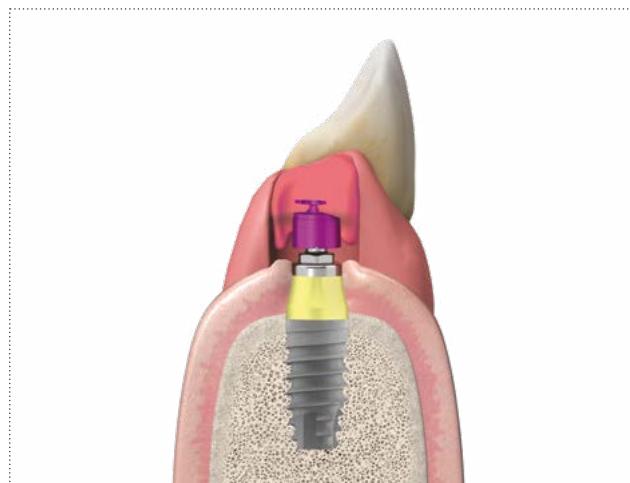
Si la retención inicial fuese excesiva para el paciente, sustituir el muelle en dotación con el de color dorado, que puede comprarse por separado con el código MOL2-CAP-TIT-1.

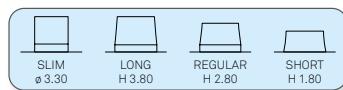


Pulir la base de la sobredentadura e introducir la prótesis in situ, ejercitando una presión vertical hasta oír el típico clic que indica que la cabeza del atache de bola se ha encajado sobre el muelle de retención.

Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola facilitan estas operaciones simples y rápidas. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los enganches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución del muelle o de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados.





Cofia en titanio CAP-TIT-1: método indirecto

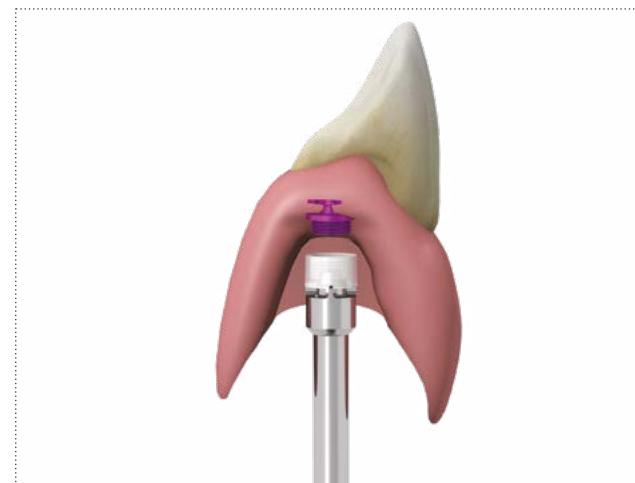
Colocar las cofias montadas al anillo de plástico elastomérico en la cabeza esférica de los análogos, prestando atención a mantener el eje de inserción ortogonal en coincidencia con el de los análogos. Si fuera necesario, proteger las socavaduras con escayola para impresión, cera, protector de encía u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad.



Realizar la sobredentadura según los protocolos habituales, comprobando que los volúmenes ocupados por el atache de bola y la cofia metálica estén incluidos completamente en la prótesis.



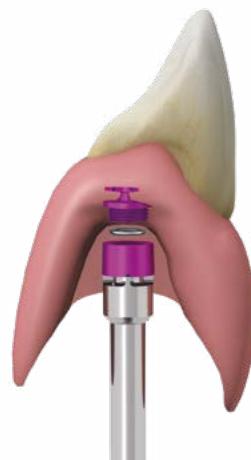
Desatornillar el anillo de plástico con la ayuda del atornillador específico AVV-CAP-TIT-1. El espacio dejado por el anillo de plástico se calcula para permitir una inserción fácil del anillo de titanio.



Atornillar el anillo de titanio a la parte superior de la cofia, dentro del cual habrá sido antes introducido el muelle de retención. Introducir siempre el muelle por el lado roscado.

Advertencia importante

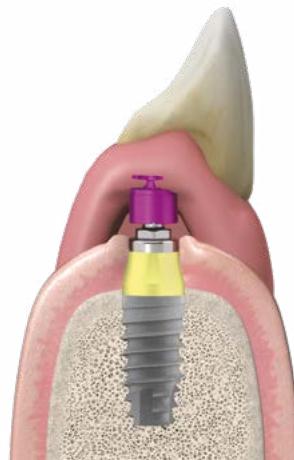
Si la retención inicial fuese excesiva para el paciente, sustituir el muelle en dotación con el de color dorado, que puede comprarse por separado con el código MOL2-CAP-TIT-1.



Pulir la base de la sobredentadura e introducir la prótesis *in situ*, ejercitando una presión vertical hasta oír el típico clic que indica que la cabeza del atache de bola se ha encajado sobre el muelle de retención.

Advertencia importante

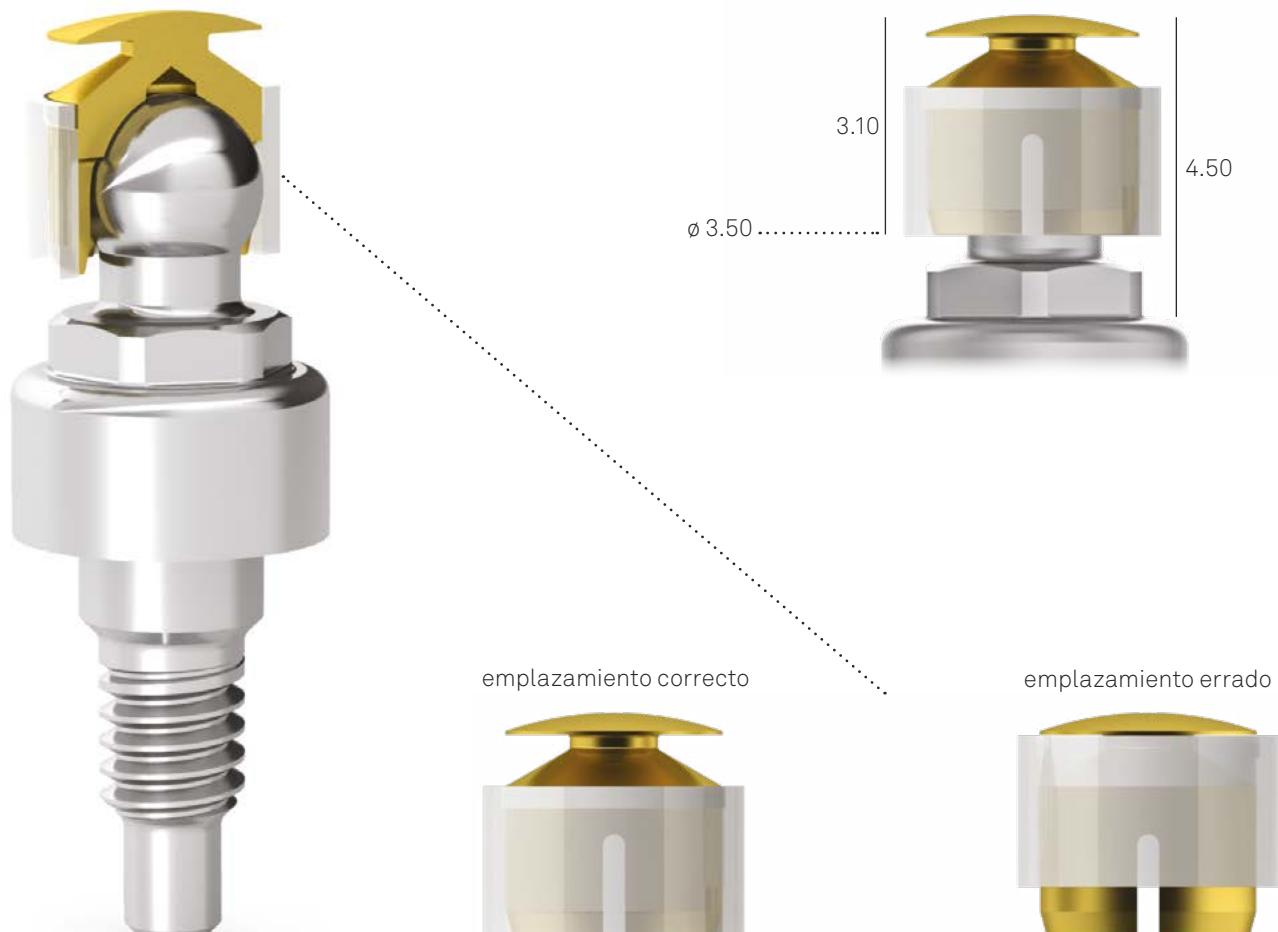
Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola facilitan estas operaciones. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los ataches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución del muelle o de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados.



Matrices para attaches de bola

Cofia en aleación de oro CAP-1

La matriz está constituida por una cofia en aleación de oro caracterizada por 4 alas con un diseño retentivo especial, que se entrega junto a tres anillos transparentes en elastómero y por un distanciador en estaño realizado en el laboratorio. Los anillos contribuyen a mantener la elasticidad de las alas en aleación de oro, que, de lo contrario, perderían su capacidad de retención tras un breve uso. Por eso es importante posicionar correctamente los dos componentes uno sobre otro, según se describe en la imagen que aparece al fondo de la página.

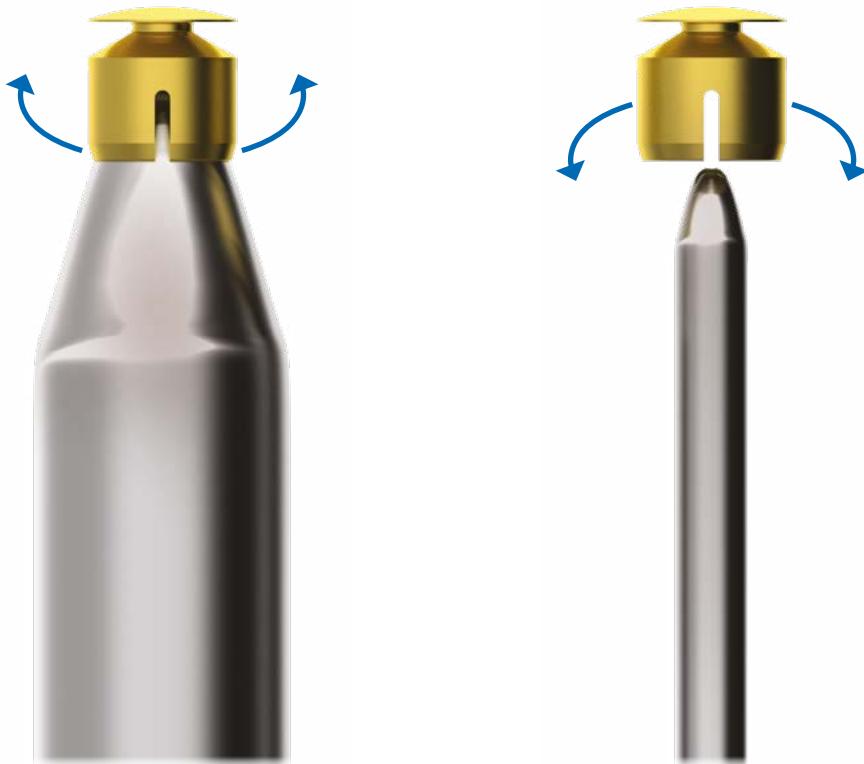


El anillo de plástico debe introducirse en la cofia, de tal modo que éste cubra completamente las alas de retención pero no la porción más coronal, que deberá englobarse en la resina.

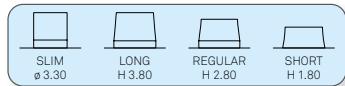
descripción	código
Cofia en "aleación de oro 2" para attaches de bola de Ø 2.20 mm, con 3 anillos de plástico para su emplazamiento y un distanciador en estaño realizado en el laboratorio. La dimensión total en altura es de 3.10 mm, y el diámetro externo de 3.50 mm	CAP-1

Ajuste de la retención

Si la matriz en aleación resultase difícil de extraer para el paciente, es posible aflojar la fuerza de retención de las láminas introduciendo dentro de la cofia una punta cónica de diámetro progresivo que separará gradualmente las láminas. Por el contrario, si la matriz perdiera su capacidad de retención, es posible reactivar las láminas simplemente introduciendo dentro de la cofia una punta de diámetro inferior a 2.20 mm, que hará converger céntricamente las cuatro paredes de retención. Estas operaciones deben ser realizadas con delicadeza, prestando atención a no separar la hembra de la resina.

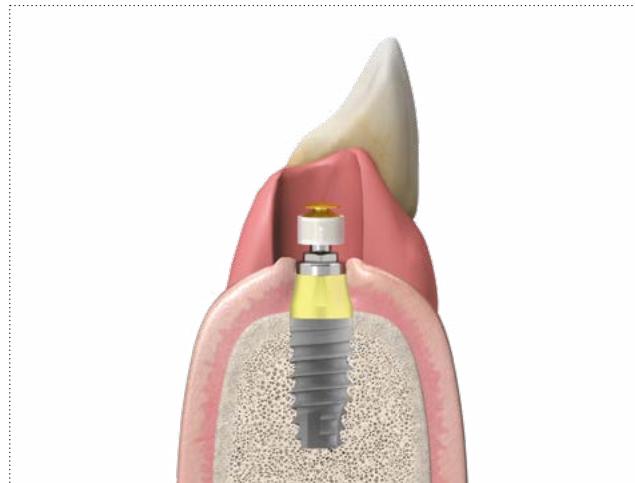


La regulación de base de la cofia en aleación de oro es de aproximadamente 200 g, que corresponde también al valor mínimo que puede obtenerse. El valor máximo es de 1200 g. aproximadamente. En caso de falta de agarre a pesar de la activación, verificar que la parte hembra esté bien posicionada. Si fuera necesario, repolimerizar. Durante las posibles operaciones de modificación y rebaje del manufacturado protésico, es preferible quitar la hembra original de la prótesis.



Cofia en aleación de oro CAP-1: método directo

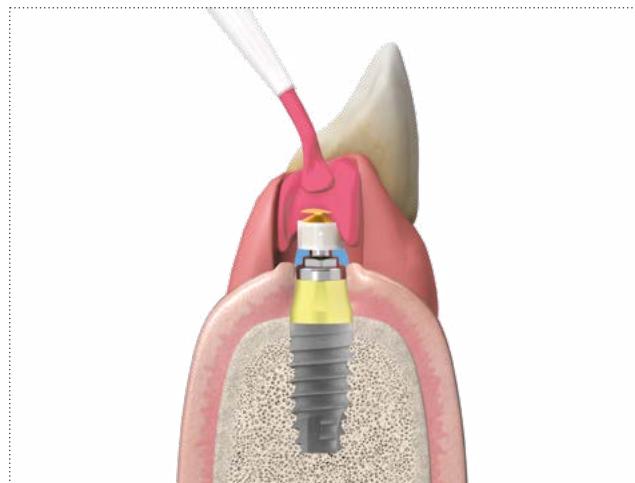
Colocar las cofias montadas al anillo de plástico elastomérico en la cabeza esférica de los abutment. Descargar totalmente la prótesis por 5.50 mm aproximadamente y colocarla in situ para verificar los espacios disponibles.



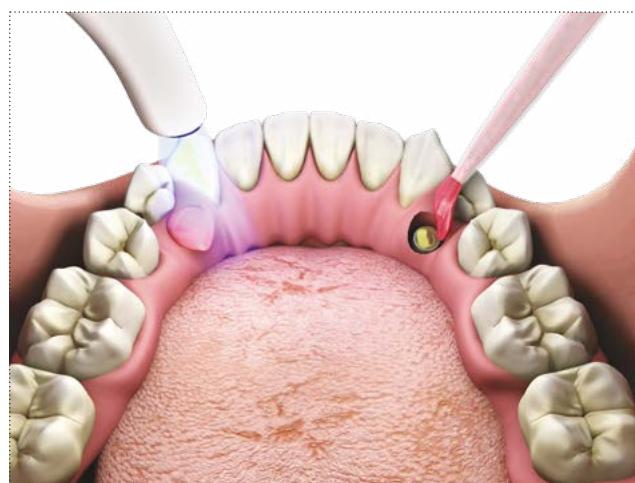
Introducir una masa de resina en el agujero de tal manera que ésta englobe la parte superior de la cofia, provista de un específico pedúnculo que facilita la retención en el material, una vez que éste habrá sido polimerizado.

Advertencia importante

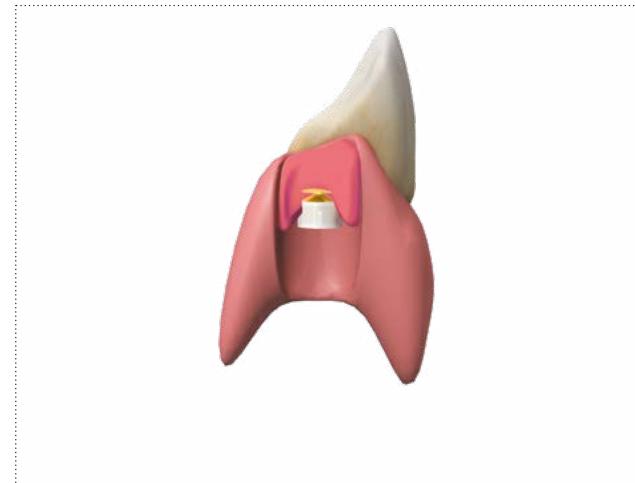
Si fuera necesario, proteger las socavaduras (evidenciadas en azul en la imagen) con escayola para impresión, cera, protector de encía u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad..



Visión intraoral.



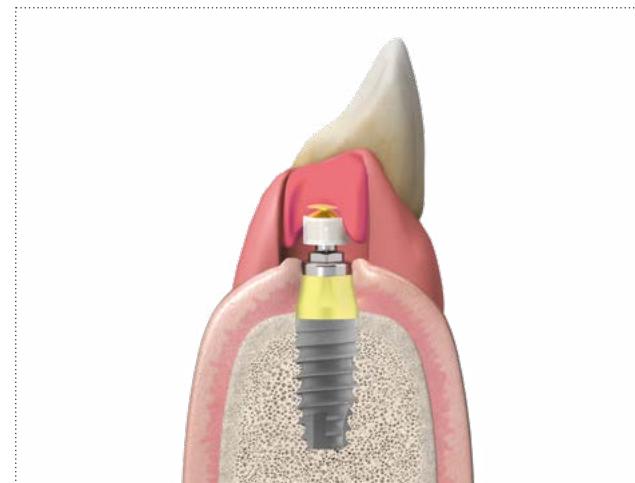
Una vez terminada la polimerización, levantar el manufacturado protésico y pulir la base de la sobredentadura.

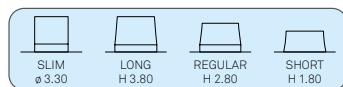


Probar la capacidad de retención de las cofias en aleación de oro y colocar in situ la sobredentadura. Si fuera necesario, regular la retentividad según las operaciones descritas en la pág. 205.

Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola facilitan estas operaciones. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los ataches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados.





Cofia en aleación de oro CAP-1: método indirecto

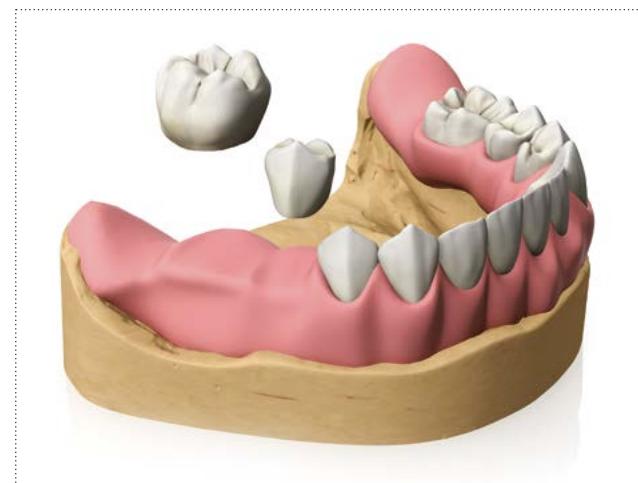
Colocar las cofias montadas al anillo de plástico elastomérico en la cabeza esférica de los análogos, prestando atención a mantener el eje de inserción ortogonal en coincidencia con el de los análogos. Si fuera necesario, proteger las socavaduras con escayola para impresión, cera u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad.

Advertencia importante

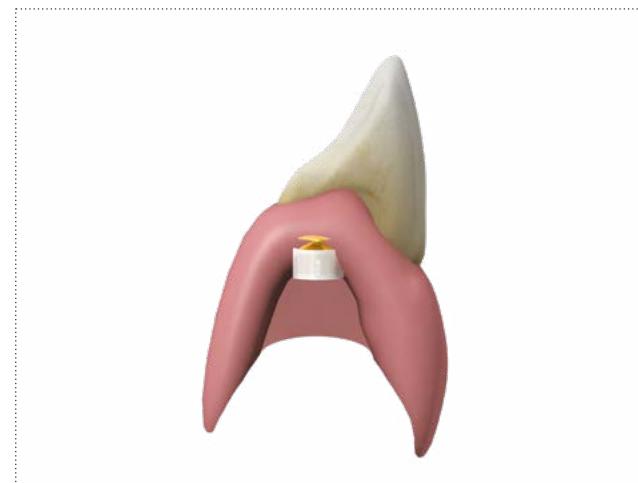
Se suministra un disco distanciador (A) en estaño que permite obtener una resiliencia vertical excelente. Este puede ser colocado sólo sobre modelo antes de la inserción de la resina y adaptado sobre toda la superficie periimplantaria, para ser eliminado sólo tras haber terminado el manufacturado en resina. No tiene que introducirse en la boca. En alternativa puede utilizarse un trozo de protector de encía.



Realizar la sobredentadura según los protocolos habituales, comprobando que los volúmenes ocupados por el atache de bola y la cofia en aleación estén incluidos completamente en la prótesis.



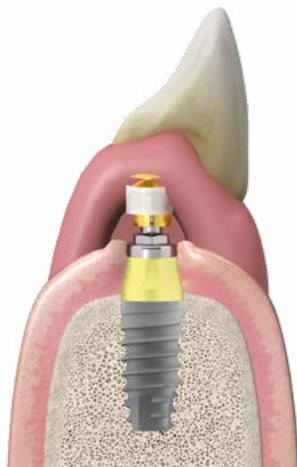
Una vez terminada la polimerización, levantar la prótesis y abrillantar la base de la sobredentadura.



Probar la capacidad de retención de las cofias en aleación de oro y colocar in situ la sobredentadura. Si fuera necesario, regular la retentividad según las operaciones descritas en la pág. 205.

Advertencia importante

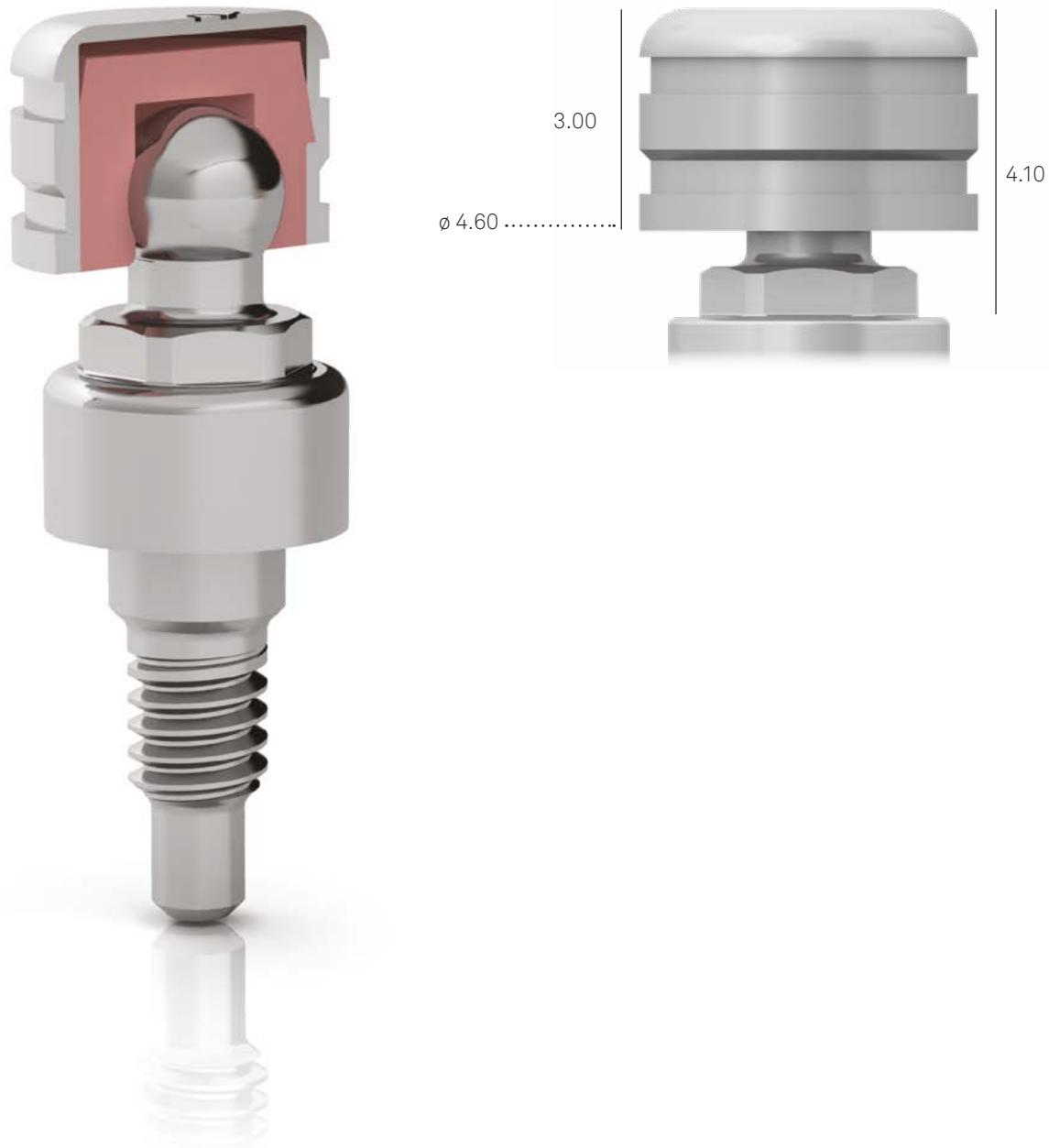
Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola hacen que estas operaciones sean simples y rápidas. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los ataches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados.



Matrices para attaches de bola

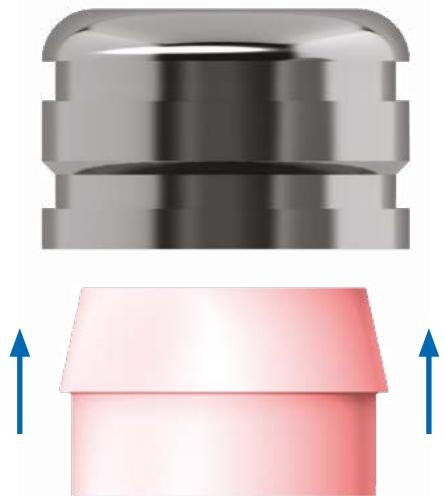
Cofia en poliamida CAP-TFL-1

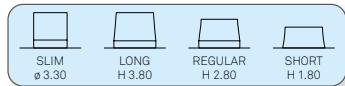
El sistema de fijación con cofia en poliamida está compuesto por un recipiente en acero, en relieve, para facilitar el agarre de la resina, y un retenedor en poliamida que con el tiempo puede sustituirse en la consulta del dentista sin intervenir en la estructura de la sobredentadura. Si no existiera el espacio adecuado, el retenedor en poliamida puede ser utilizado también sin cubeta metálica; sin embargo, es oportuno considerar que en este caso la cofia está sometida a un mayor grado de deterioro en un lapso de tiempo menor y la sustitución es más invasiva con la prótesis.



descripción	código
Cofia en poliamida para ataches de bola Ø 2.20 mm	CAP-TFL-1
Recipient en acero para la cofia en poliamida Ø externo 4.80 mm. La dimensión total en altura es de 3.20 mm	CONT-CAP-TFL-1

La inserción del retenedor en poliamida en la cofia en acero no necesita de instrumentos especiales y puede hacerse manualmente.



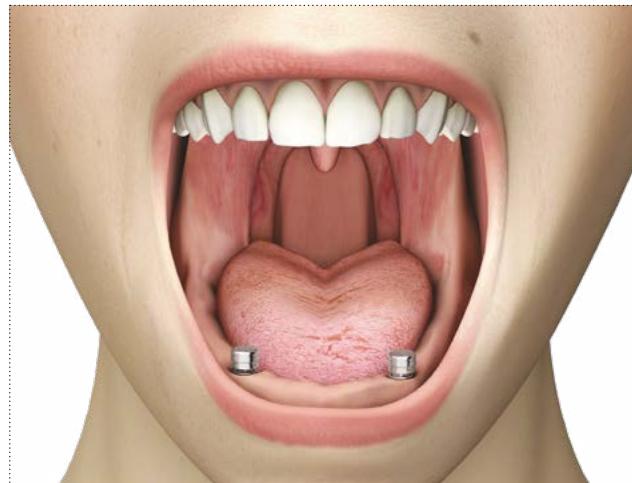


Cofia en poliamida CAP-TFL-1: método directo

Colocar manualmente la cofia en poliamida dentro del recipiente en acero ejercitando una simple presión. Colocar las cofias montadas sobre la cabeza esférica de los abutment.

Advertencia importante

Si fuera necesario, proteger las socavaduras con escayola para impresión, cera, protector de encía u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad.



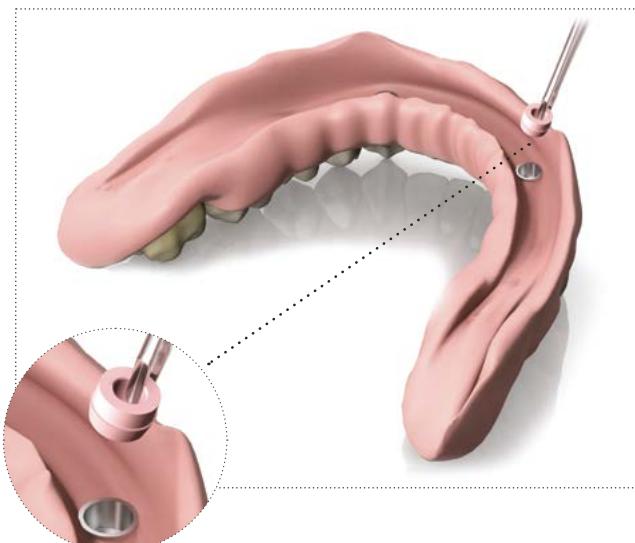
Descargar la prótesis, ya existente o nueva, aproximadamente 5.50 mm a nivel del atache de bola para crear el alojamiento para la matriz. Probar la sobredentadura en la cresta desdentada para verificar la dimensión vertical de las matrices en los espacios creados ad hoc. Llenar la cavidad de resina para englobar totalmente las matrices, que deberían quedar al mismo nivel de la resina. Polimerizar según las indicaciones del fabricante. Pulir la base de la sobredentadura.

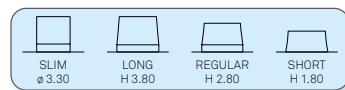


Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola facilitan estas operaciones.

El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los ataches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución del muelle o de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados. La sustitución de las cofias en poliamida puede ser realizada manualmente en la consulta del dentista, sólo con la ayuda de una pequeña pinza.





Cofia en poliamida CAP-TFL-1: método indirecto

Colocar manualmente la cofia en poliamida dentro del recipiente en acero ejercitando una simple presión. Colocar las cofias montadas sobre la cabeza esférica de los análogos. Si fuera necesario, proteger las socavaduras con escayola para impresión, cera, protector de encía u otros materiales utilizados habitualmente para esta finalidad.



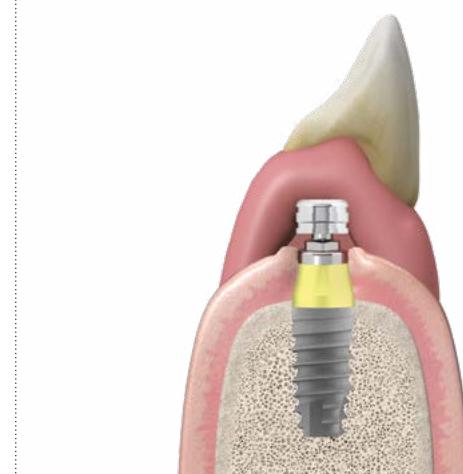
Realizar la sobredentadura según los protocolos habituales, comprobando que los volúmenes ocupados por el atache de bola y la cofia metálica estén incluidos completamente en la prótesis.



Una vez terminada la polimerización, levantar el manufactory protésico y pulir la base de la sobredentadura.

Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras, aunque los ataches de bola facilitan estas operaciones. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los ataches, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los retenedores o de los ataches de bola que resulten mal colocados o deteriorados. La sustitución de las cofias en poliamida puede ser realizada manualmente en la consulta del dentista, sólo con la ayuda de una pequeña pinza.

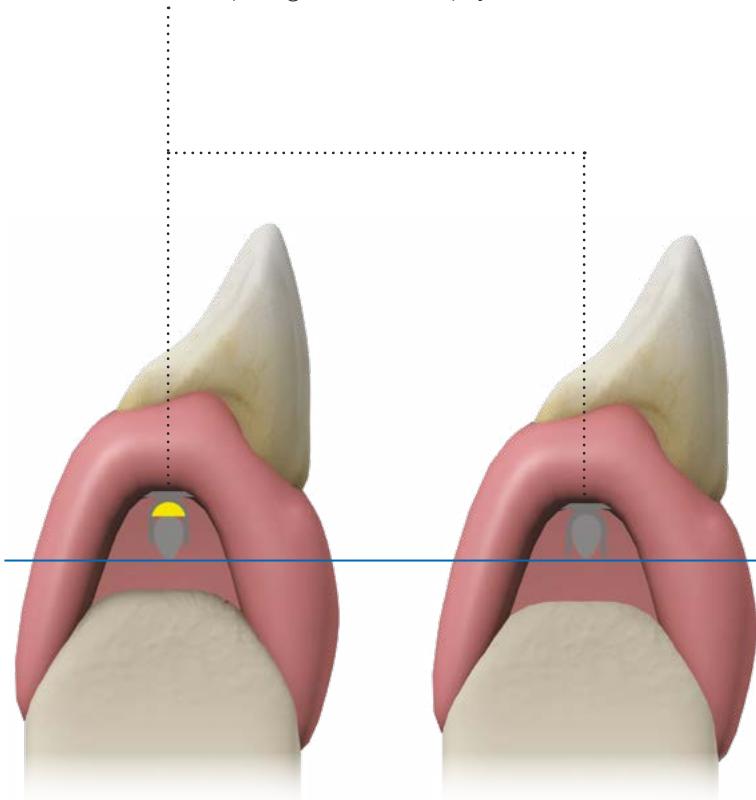


Barras fundidas o soldadas*

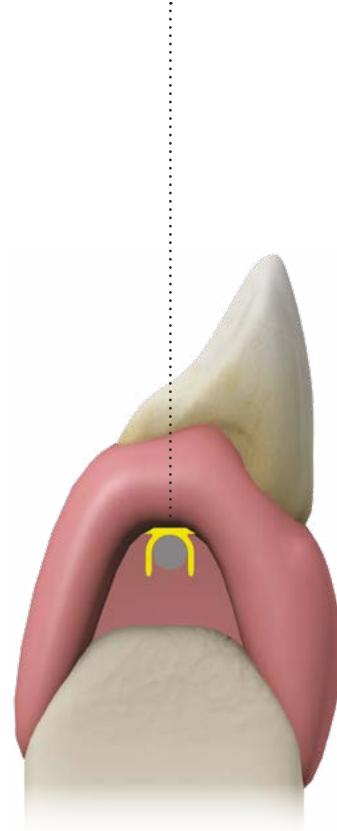
La rehabilitación sobre barras es el método de fijación de la sobredentadura que tiene también la ventaja de solidarizar los implantes entre ellos. Sin embargo, si la estructura se realiza de forma imprecisa existe el riesgo de que las tensiones generadas por ella provoquen fenómenos de reabsorción y comprometan la duración a largo plazo de la rehabilitación implanto-protésica, por tanto es oportuno verificar con la mayor atención posible que el fit entre la barra y las plataformas implantarias sea el adecuado.

Se encuentran disponibles dos barras diferentes, una de sección redonda y la otra de sección ovoide, que tienen que ser utilizadas con sus correspondientes caballetes:

Barra di Dolder: barra de sección ovoide asimétrica. Limita los movimientos de basculación antero-posterior. Con el fin de permitir una correcta resiliencia, se suministra con un distanciador, que debe utilizarse en la fase de fijación de los caballetes en la sobredentadura, para garantizar un apoyo mucoso correcto.



Barra di Ackermann: barra de sección redonda que permite una basculación en sentido antero-posterior



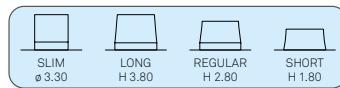
Si se desea utilizar barras con otras secciones diferentes de las presentes en el programa Sweden & Martina, por ejemplo Dolder rígida, éstas pueden encontrarse en el mercado y pueden ser utilizadas según las instrucciones del fabricante; el uso de los abutment a los cuales van unidas queda igual respecto al que se ilustra en este protocolo.

***Nota:** todos los abutment presentados en las páginas siguientes pueden ser modelados, personalizados y fundidos por separado para luego ser unidos a la barra por soldadura. Para conocer la modalidad y las técnicas, consulte las indicaciones de los fabricantes de las aleaciones utilizadas.

descripción	código
Barra calcinable, L. 5.00 cm, h. 3.00 mm, grosor 2.20 mm. Perfil ovoide con espaciador	BAR-CAV-TIT 
Caballete divisible, en titanio, para barras ovales, H. 3.00 mm x grosor 2.20 mm	CAV-TIT 
Barra calcinable, L. 5.00 cm, ø 2.20 mm	BARC 
Caballete en aleación de oro 3, para barras redondas de ø 2.20 mm	CAV-375 

Advertencia importante

Para diseñar la barra correctamente es preferible seguir un protocolo indirecto, pues el modelo de laboratorio permite medir de forma precisa la ortogonalidad de la estructura. Para los protocolos de toma de impresión, consultense las páginas 40 y siguientes.

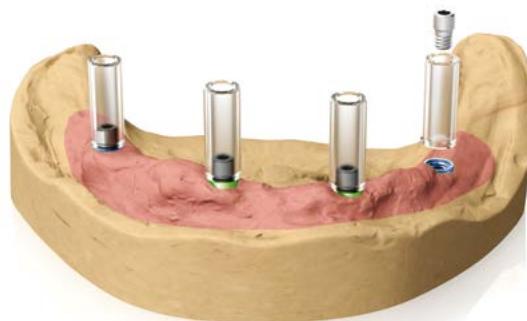


Barra sobre abutment PLAIN: método indirecto

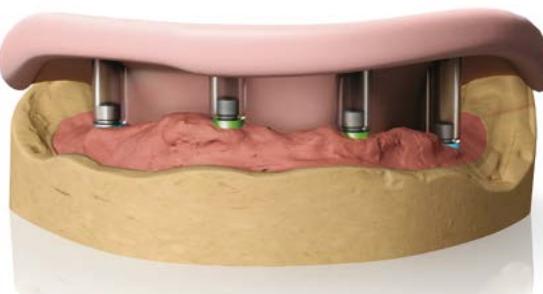
Una vez realizado el modelo según los procedimientos estándar, atornillar los abutment PLAIN a los análogos por medio del atornillador específico de la serie HSM. El torque de fijación definitivo de los abutment PLAIN es de 20-25 Ncm. Luego, fijar todas las cánulas calcinables A-PLAIN-CC a los abutment PLAIN por medio de los tornillos de fijación A-PLAINVP200 incluidos en el envase de cada cánula.

Advertencia importante

Para las fases de laboratorio utilizar siempre tornillos de recambio, disponibles en envase individual con el código A-PLAINVP200. Utilizar los tornillos definitivos sólo para la fijación definitiva en la boca del paciente.



Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congruente con la dimensión vertical del paciente, utilizando la plantilla de silicona obtenida de un premontado o bien poniendo la estructura en el articulador en relación al espacio dejado por el antagonista.



Fijar una barra calcinable de Dolder de perfil ovoide (cód. BARC-CAV-TIT) o una barra calcinable de Hackermann de perfil redondo (cód. BARC) a las cánulas calcinables por medio de resina.



Fundir la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura antes sobre modelo y luego en la boca del paciente para comprobar la completa pasividad. El torque recomendado para apretar todas las superestructuras obtenidas por fusión a los pilares es de 20-25 Ncm.

Advertencia importante

En el caso que la estructura no resultara completamente pasiva, corregir las tensiones evidenciadas como de costumbre



En el caso de la barra de perfil ovoide, introducir un segmento en la barra espaciadora (incluida en el envase) entre el caballete y la barra fundida antes de proceder a la inclusión de los attaches a la base de la sobredentadura: esto garantizará la correcta resiliencia a la rehabilitación protésica.



Realizar la estructura en cera y luego transformarla en resina, englobando el extremo de los caballetes, o reposicionar en la plantilla los dientes acrílicos.

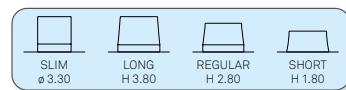
Advertencia importante

Es necesario prestar atención para que la resina no cubra totalmente las paredes laterales de los caballetes, impidiendo su movimiento horizontal que permite anclar y liberar la barra. Cada barra prevé el uso de un caballete específico, ya que las secciones de las barras son diferentes y no compatibles.



Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los caballetes, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los retenedores o de los caballetes mismos.

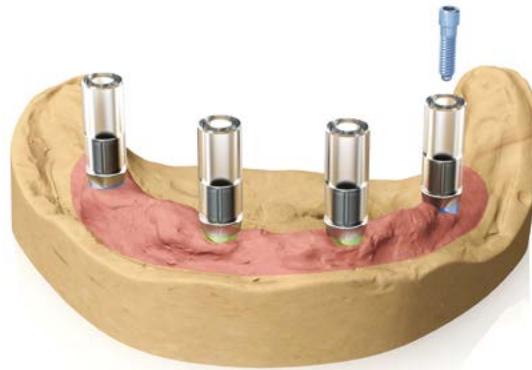


Barra obtenida con pilares calcinables con base en metal: método indirecto

Una vez realizado el modelo según los procedimientos estándar, atornillar los pilares calcinables con base preformada en metal sobre los análogos por medio del específico atornillador de la serie HSM o L-HSM conforme al pilar utilizado. El torque de fijación definitivo de los manufacturados protésicos sobre pilares calcinables con base en aleación preformada es de 20-25 Ncm.

Advertencia importante

Se recomienda utilizar los tornillos de prueba para las fases de laboratorio y conservar el tornillo nuevo en dotación para la fijación definitiva en la boca.



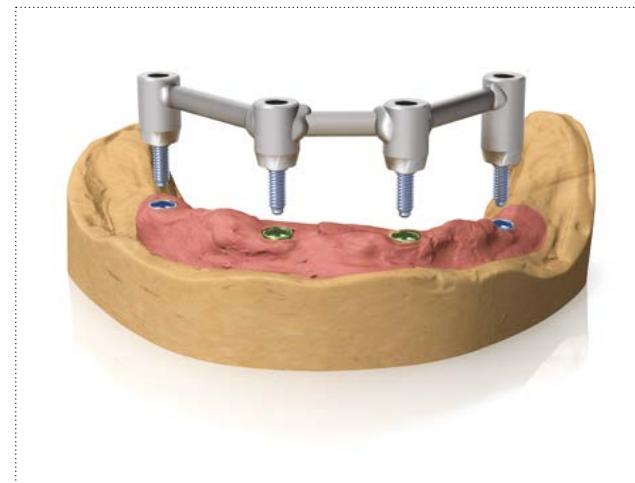
Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congruente con la dimensión vertical del paciente, utilizando la plantilla de silicona obtenida de un premontado o bien poniendo la estructura en el articulador en relación al espacio dejado por el antagonista.



Fijar una barra calcinable de Dolder de perfil ovoide (cód. BARC-CAV-TIT) o una barra calcinable de Hackermann de perfil redondo (cód. BARC) a las cánulas calcinables por medio de resina.



Fundir la barra o crearla con tecnología CAD CAM. Probar la estructura antes en el modelo y luego en la boca del paciente para verificar que no haya asperezas, corrigiendo como de costumbre si fuera necesario. El torque recomendado para todas las superestructuras obtenidas por fusión en los abutment PAD es de 20-25 Ncm.



En el caso de la barra de perfil ovoide, introducir un segmento en la barra espaciadora (incluida en el envase) entre el caballete y la barra fundida antes de proceder a la inclusión de los attaches a la base de la sobredentadura. Esto garantizará la correcta resiliencia a la rehabilitación protésica.



Realizar la estructura en cera y luego transformarla en resina, englobando el extremo de los caballetes, o reposicionar en la plantilla los dientes acrílicos.

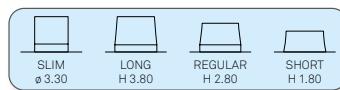
Advertencia importante

Es necesario prestar atención para que la resina no cubra completamente las paredes laterales de los caballetes obstruyendo el movimiento horizontal que permite la fijación y la extracción de la barra. Cada barra prevé el uso de un caballete específico, ya que las secciones de las barras son diferentes y no compatibles.



Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los caballetes, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los retenedores o de los caballetes mismos.

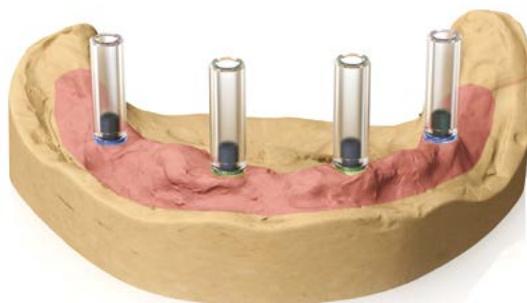


Barra obtenida con pilares totalmente calcinables: método indirecto

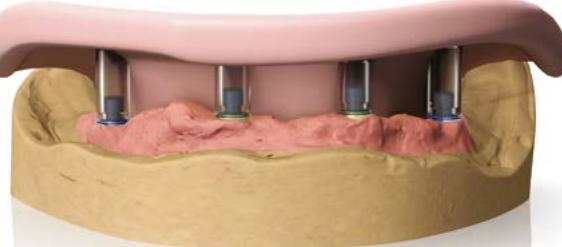
Una vez realizado el modelo según los procedimientos estándar, atornillar los pilares totalmente calcinables sobre los análogos por medio del específico atornillador de la serie HSM. Nótese, sin embargo, en el laboratorio, antes de la fusión, que no se deben apretar las cánulas completamente calcinables en modelos con un torque mayor de 8-10 Ncm, ya que los polímeros presentan una resistencia inferior al metal.

Advertencia importante

Para las fases de laboratorio utilizar siempre tornillos de recambio, disponibles en envase individual con el código VM2-180. Utilizar los tornillos definitivos sólo para la fijación definitiva en la boca del paciente.



Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congruente con la dimensión vertical del paciente, utilizando la plantilla de silicona obtenida de un premontado o bien poniendo la estructura en el articulador en relación al espacio dejado por el antagonista.



Fijar una barra calcinable de Dolder de perfil ovoide (cód. BARC-CAV-TIT) o una barra calcinable de Hackermann de perfil redondo (cód. BARC) a los pilares calcinables por medio de resina.



Fundir la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura antes sobre modelo y luego en la boca del paciente para comprobar la completa pasividad. El torque recomendado para apretar todas las superestructuras obtenidas por fusión a los pilares es de 20-25 Ncm.



En el caso de la barra de perfil ovoide, introducir un segmento en la barra espaciadora (incluida en el envase) entre el caballete y la barra fundida antes de proceder a la inclusión de los attaches a la base de la sobredentadura. Esto garantizará la correcta resiliencia a la rehabilitación protésica.



Realizar la estructura en cera y luego transformarla en resina, englobando el extremo de los caballetes, o reposicionar en la plantilla los dientes acrílicos.

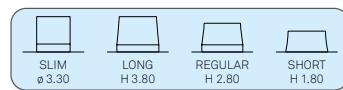
Advertencia importante

Es necesario prestar atención para que la resina no cubra completamente las paredes laterales de los caballetes obstruyendo el movimiento horizontal que permite la fijación y la extracción de la barra. Cada barra prevé el uso de un caballete específico, ya que las secciones de las barras son diferentes y no compatibles.



Advertencia importante

Es oportuno instruir adecuadamente al paciente sobre los correctos procedimientos de posicionamiento y extracción de la prótesis, invitándolo a ejercitarse con estas simples maniobras. El paciente deberá también comunicar posibles molestias con la prótesis, incluso la pérdida de retención de los caballetes, para permitir al médico un rápido mantenimiento o la sustitución de los retenedores o de los caballetes mismos.

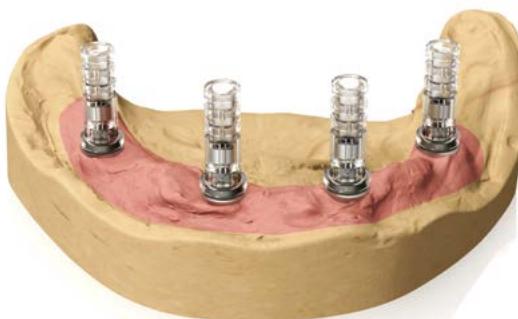


Barra su P.A.D. con cannule calcinabili: metodo indiretto

Después de haber colocado los P.A.D.(como se indica en la página 122 y siguientes), atornillar lascánulas calcinables PAD-CC a los análogos de los pilares. Póngase atención, sin embargo, en el laboratorio, antesde la fusión, a no cerrar las cánulas completamente calcinables en modelos con un torque mayor de 8-10 Ncm, ya que los polímeros tienen una resistencia inferior al metal.

Advertencia importante

Para las fases de laboratorio utilizar siempre tornillos de recambio, disponibles en envase de 10 unidades con el código PAD-VP-140-10. Utilizar los tornillos definitivos sólo para la fijación definitiva en la boca del paciente.



Reducir las cánulas calcinables a una dimensión congruente con la dimensión vertical del paciente, utilizando la plantilla de silicona obtenida de un premontado o bien poniendo la estructura en el articulador en relación al espacio dejado por el antagonista.



Fijar una barra calcinable de Dolder de perfil ovoide (cód. BARC-CAV-TIT) o una barra calcinable de Hackermann de perfil redondo (cód. BARC) a las cánulas calcinables por medio de resina.



Fundir la estructura según el protocolo estándar. Probar la estructura antes sobre modelo y luego en la boca del paciente para comprobar la completa pasividad. El torque recomendado para apretar todas las superestructuras obtenidas por fusión a los pilares intermedios es de 20-25 Ncm.



En el caso de la barra de perfil ovoide, introducir un segmento en la barra espaciadora (incluida en el envase) entre el caballete y la barra fundida antes de proceder a la inclusión de los attaches a la base de la sobredentadura. Esto garantizará la correcta resiliencia a la rehabilitación protésica.



Realizar la estructura en cera y luego transformarla en resina, englobando el extremo de los caballetes, o reposicionar en la plantilla los dientes acrílicos.

Advertencia importante

Es necesario prestar atención para que la resina no cubra completamente las paredes laterales de los caballetes, obstaculizando el movimiento horizontal que permite la fijación y la extracción de la barra. Cada barra prevé el uso de un caballete específico, ya que las secciones de las barras son diferentes y no compatibles.



Advertencia importante

Es necesario prestar atención para que la resina no cubra completamente las paredes laterales de los caballetes, obstaculizando el movimiento horizontal que permite la fijación y la extracción de la barra. Cada barra prevé el uso de un caballete específico, ya que las secciones de las barras son diferentes y no compatibles.

Limpieza / esterilización / conservación de componentes protésicos e instrumentos

¡Cuidado! Todos los instrumentos quirúrgicos para implantes dentales se venden en condición no estéril. Antes de su uso, se deberán someter a limpieza, desinfección y esterilización, según las siguientes operaciones avaladas por Sweden & Martina S.p.A.. Dichas operaciones se deberán realizar antes de usar el instrumento por primera vez y cada vez que se usa. La repetición de las operaciones descritas en este apartado tiene un efecto mínimo en el desgaste de estos productos.

Antes de usarlos, siempre se deberá verificar la funcionalidad correcta de los instrumentos. En caso de señales de desgaste, los instrumentos deberán sustituirse de inmediato con productos nuevos. En particular, les aconsejamos verificar siempre la retención correcta de los atornilladores en las paredes internas de alojamiento en la cabeza de los tornillos que se deberán recoger y atornillar con los atornilladores. El incumplimiento de estas indicaciones puede provocar la aparición de infecciones cruzadas y complicaciones intraoperatorias.

a. Limpieza

Recipientes y transporte que se deben usar para el lavado: no existen requisitos especiales En caso de limpieza automatizada: usar una tina de ultrasonidos y un detergente idóneo. Les aconsejamos usar únicamente detergentes neutros. La concentración de la solución y la duración del lavado deberán cumplir con las indicaciones del fabricante. Usar agua desmineralizada para prevenir la formación de manchas y halos. Una vez realizada la limpieza, controlar las ranuras de los productos, los orificios, etc. para comprobar la eliminación total de residuos. Si fuera necesario, repetir el ciclo o proceder a la limpieza manual.

En caso de limpieza manual: usar un detergente neutro idóneo, respetando las instrucciones de uso del fabricante. Cepillar los productos con cerdas suaves, bajo el chorro de agua corriente. Si se usa el cepillo, aplicar el detergente en todas las superficies. Enjuagar con agua destilada durante al menos 4 minutos. Comprobar que el agua corriente pase de manera abundante dentro de eventuales orificios. En caso de fresas con irrigación interna, se deberán usar los alfileres correspondientes suministrados con los mangos para asegurarse que se han limpiado los orificios de irrigación y se han quitado los fragmentos de hueso o de tejidos biológicos. Después del enjuague secar totalmente los productos y ponerlos en el sobre idóneo para su esterilización Si se opta por un ciclo de secado, tras un ciclo de lavado y desinfección, no superar los 120 °C.

b. Esterilización

En autoclave en vacío y esterilizar con las siguientes modalidades:

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) con la temperatura de 121 °C con exposición mínima de 30 minutos y ciclo de secado de 15 minutos;
- autoclave (Dynamic-Air-Removal Cycles) con la temperatura de 132 °C con exposición mínima de 4 minutos y ciclo de secado mínimo de 20 minutos;

c. Conservación

Después de su esterilización, el producto deberá permanecer en los sobres usados para su esterilización. Los sobres deberán abrirse únicamente antes del uso de los instrumentos.

Los sobres para esterilizar suelen mantener la esterilidad en su interior, salvo daños del envoltorio. Por lo tanto, prestar atención y no usar los componentes si los sobres presentaban algún daño y volver a esterilizarlos en sobres nuevos antes de ser usados.

El periodo de conservación de los productos esterilizados dentro de los sobres no deberá superar el periodo recomendado por el fabricante de los sobres. El producto deberá conservarse en un lugar fresco y seco, lejos de los rayos solares directos, agua y fuentes de calor.

Consulte el sitio: https://www.sweden-martina.com/es_es/ifu/ para más información sobre:

- composición de los materiales el mantenimiento;
- limpieza/esterilización/conservación, de los componentes protésicos y los instrumentos quirúrgicos incluida la carranca dinamométrica CRI5-KIT;
- leyenda de los símbolos utilizados en los envases.

LA ÚLTIMA FECHA DE REVISIÓN DE ESTE MANUAL ES JULIO DE 2022.

El diseño y la producción de los dispositivos objeto del presente manual se realizan en conformidad con las directivas y normas harmonizadas más actuales por lo que se refiere a los materiales utilizados, los procesos de producción, la esterilización, la información dada y los embalajes.



rev.00-22

**Sweden & Martina S.p.A.**

Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD), Italy
Tel. +39.049.9124300
Fax +39.049.9124290
info@sweden-martina.com
www.sweden-martina.com

Sweden & Martina Mediterranea S.L.

Sorolla Center, Oficina 801
Avda Cortes Valencianas 58, 8pl
46015-Valencia, Spain
Tel. +34.96.3525895
Tel. 900535617
info.es@sweden-martina.com

Sweden & Martina Lda

Av. Miguel Bombarda, 35
1050-161 Lisboa, Portugal
Tel. +351 210509559
info.pt@sweden-martina.com

Sweden & Martina Ltd - United Kingdom

info.uk@sweden-martina.com
Sweden & Martina Inc. - Distributor for U.S.
info.us@sweden-martina.com

Los implantes, los componentes protésicos y los instrumentos quirúrgicos presentes en este catálogo son Dispositivos Médicos y están fabricados por Sweden & Martina S.p.A. Los artículos presentes cumplen con las normas ISO 9001 e ISO 13485 y están registrados con marca CE (Clase I) y CE 0476 (Clase IIa y Clase IIb) de acuerdo con el Reglamento Europeo sobre Dispositivos Médicos n. 2017/745. Estos artículos respectan la QSR 21 CFR parte 820 y están aprobados por el FDA.

La empresa Sweden & Martina fabrica dispositivos médicos de acuerdo con las cGMP vigentes en EEUU y en otros países del mundo.



Algunos productos podrían no estar disponibles para todos los mercados.

Todas las marcas presentes en este catálogo son de propiedad de Sweden & Martina S.p.A., salvo aquellos productos que tengan otra indicación.

Estos productos deberán usarse en estudios médicos y en laboratorios, su venta no está dirigida para el paciente.

Está prohibido vender, duplicar o divulgar los productos contenidos en este catálogo sin el consentimiento escrito de Sweden & Martina S.p.A.

Para mayor información sobre los productos, incluyendo indicaciones, contraindicaciones, advertencias, precauciones y potenciales efectos secundarios, remitir a la página web de Sweden & Martina S.p.A.

Todos los contenidos presentes en este catálogo están actualizados. Contactar con la empresa Sweden & Martina S.p.A., para las actualizaciones siguientes.