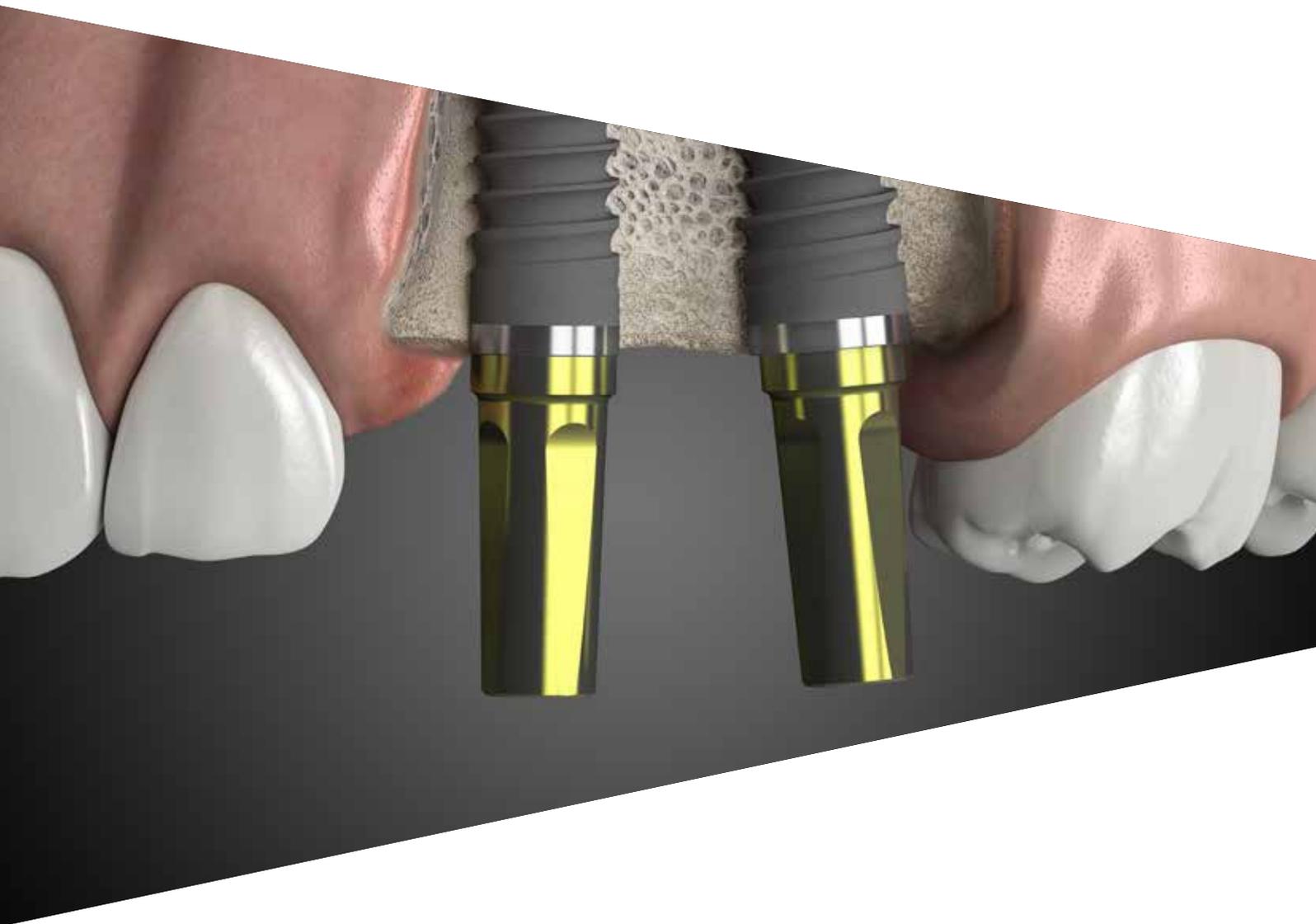


# PREMIUM ONE - SHELTA

## POWER

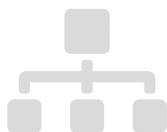
*Manuale Protesico*





# Manuale protesico

## Premium One Shelta Power



Guida alle sequenze di utilizzo delle componenti protesiche

4



Piattaforma di connessione

18

Guida ai diametri, connessioni implantari e codici colore

18

Connessione Collex ONE

20

Platform Switching: possibilità di mismatching protesici

22



Strumentazione protesica

24

Kit chirurgici

24

Avvitatori per viti di serraggio

26

Cricchetto dinamometrico CRI5-KIT

30



Protocolli di utilizzo

32

Tecniche di presa d'impronta e realizzazione del modello

32

Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione

52

Condizionamento dei tessuti molli con riabilitazioni provvisorie

56

Riabilitazione definitiva con pilastri preformati

68

Riabilitazione definitiva con pilastri fresabili

74

Riabilitazione provvisoria e definitiva con tecnica verticale

80

Pilastri XA per protesi cementata

96

Pilastri XA per protesi avvitata

100

Riabilitazione definitiva con pilastri calcinabili con base in metallo

110

Riabilitazione definitiva con soluzioni per foro vite angolato

122

Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment P.A.D.r

130

Riabilitazione provvisoria e definitiva con tecnica conometrica Conico

138

Cappette per esigenze speciali

148

Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment Plain B-Space

150

Riabilitazione definitiva con T-Connect

158

Ancoraggio di overdenture con abutment Locator e Locator R-Tx

170

Ancoraggio di overdenture con attacchi sferici

188

Barre fuse o saldate

208



Indicazioni generali

218

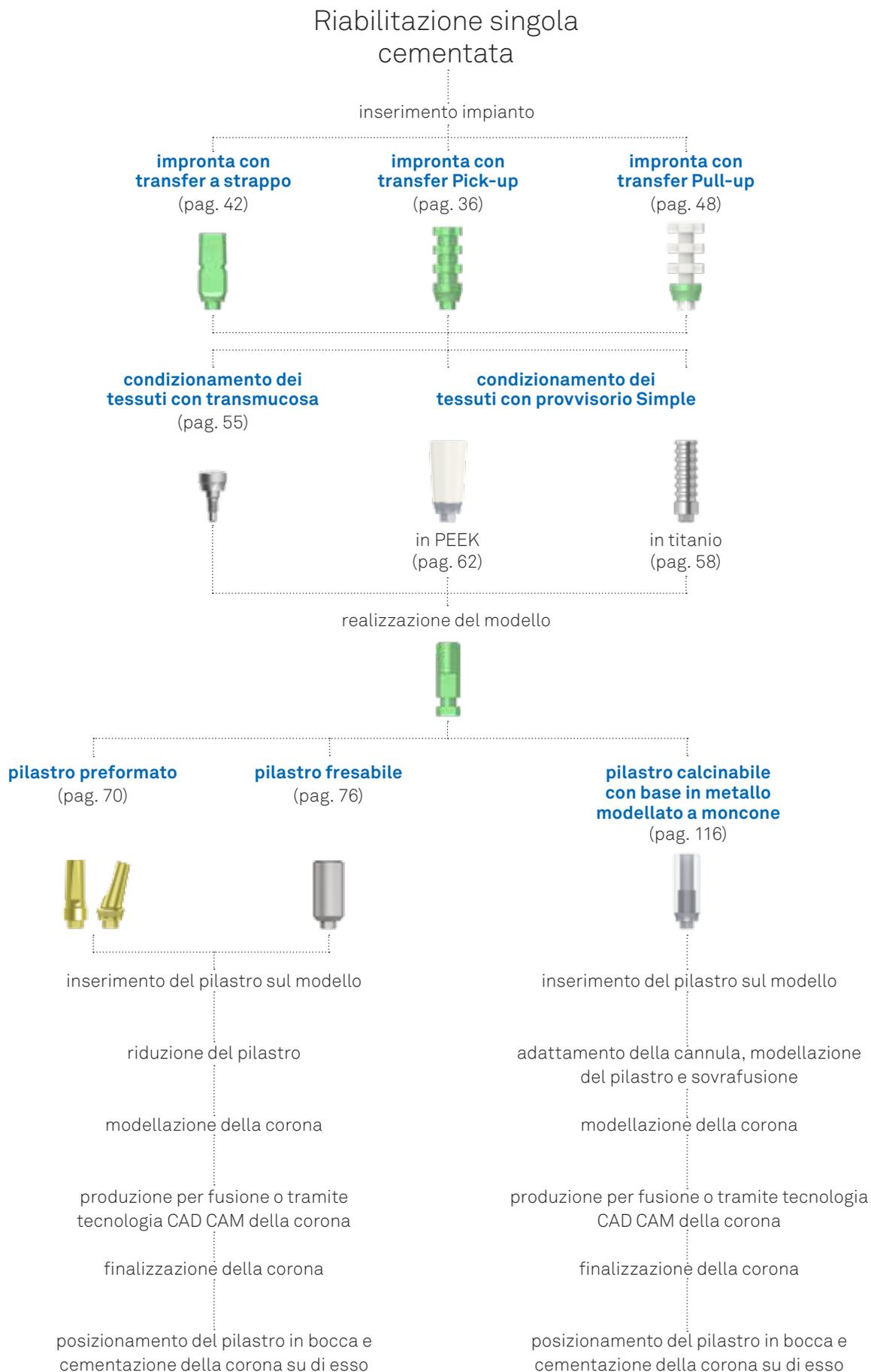
Consigli per la sovrافusione di leghe vili

218

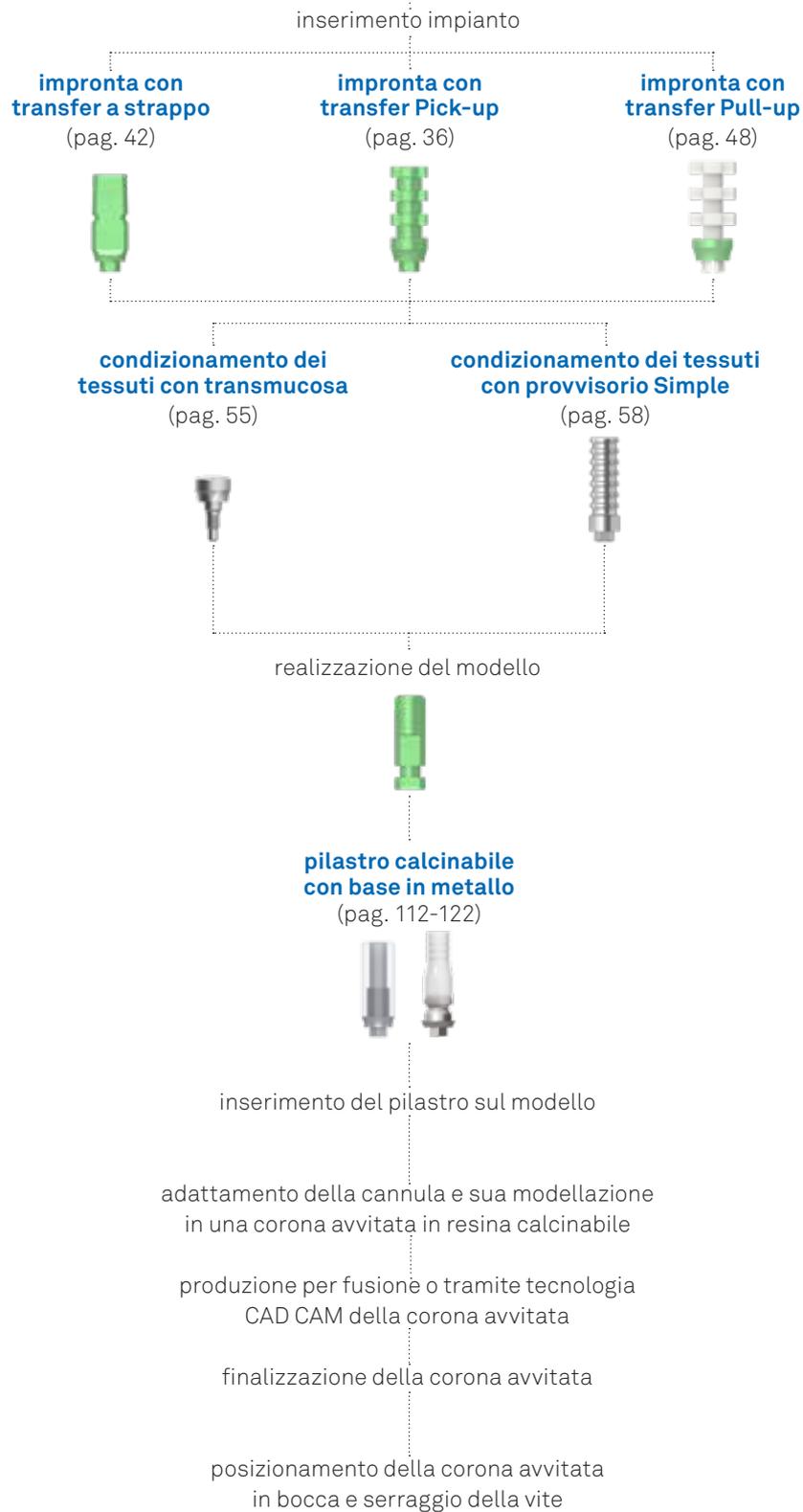
Pulizia, sterilizzazione, conservazione di componenti protesiche e strumenti

2219

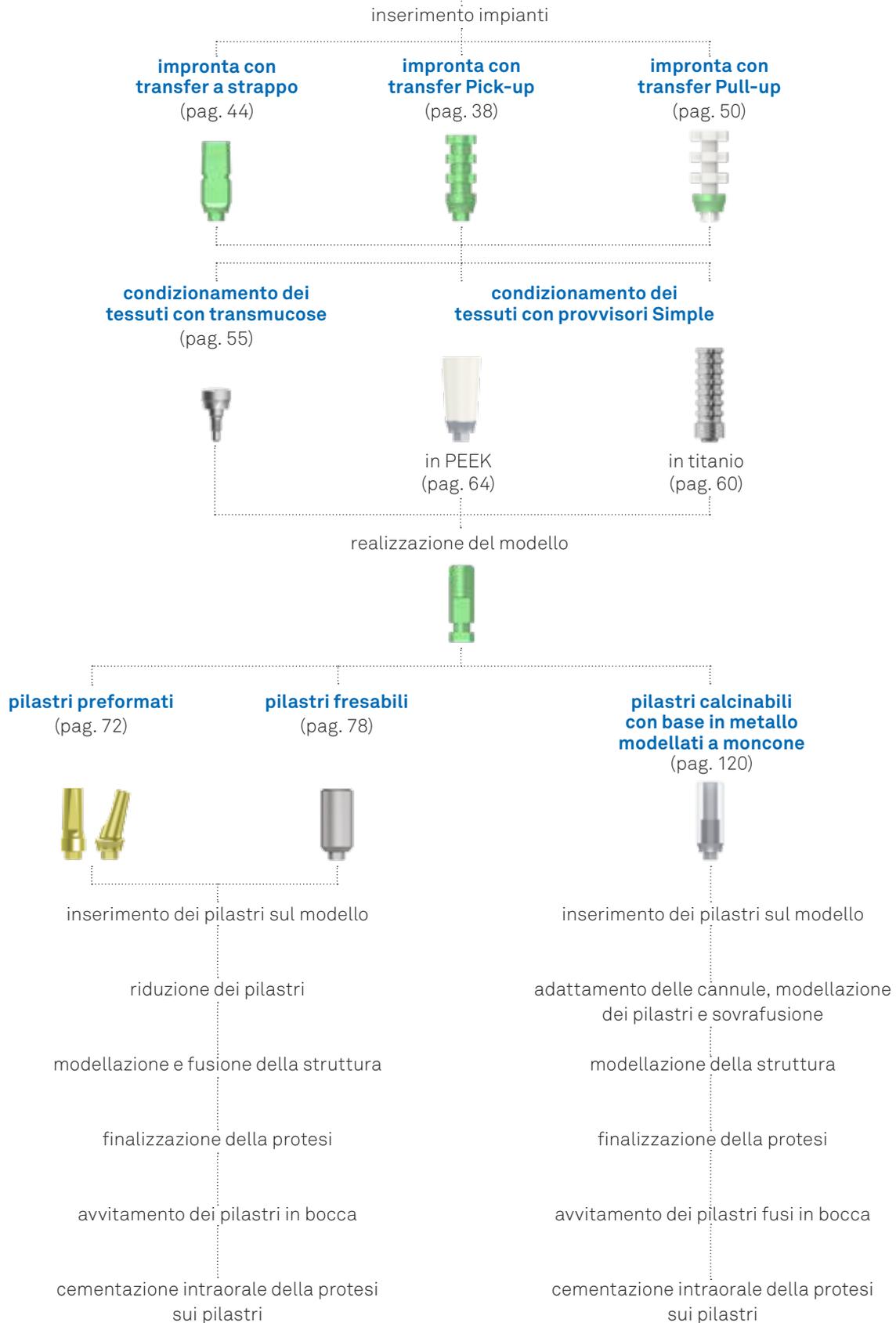
# Guida alle sequenze di utilizzo delle componenti protesiche



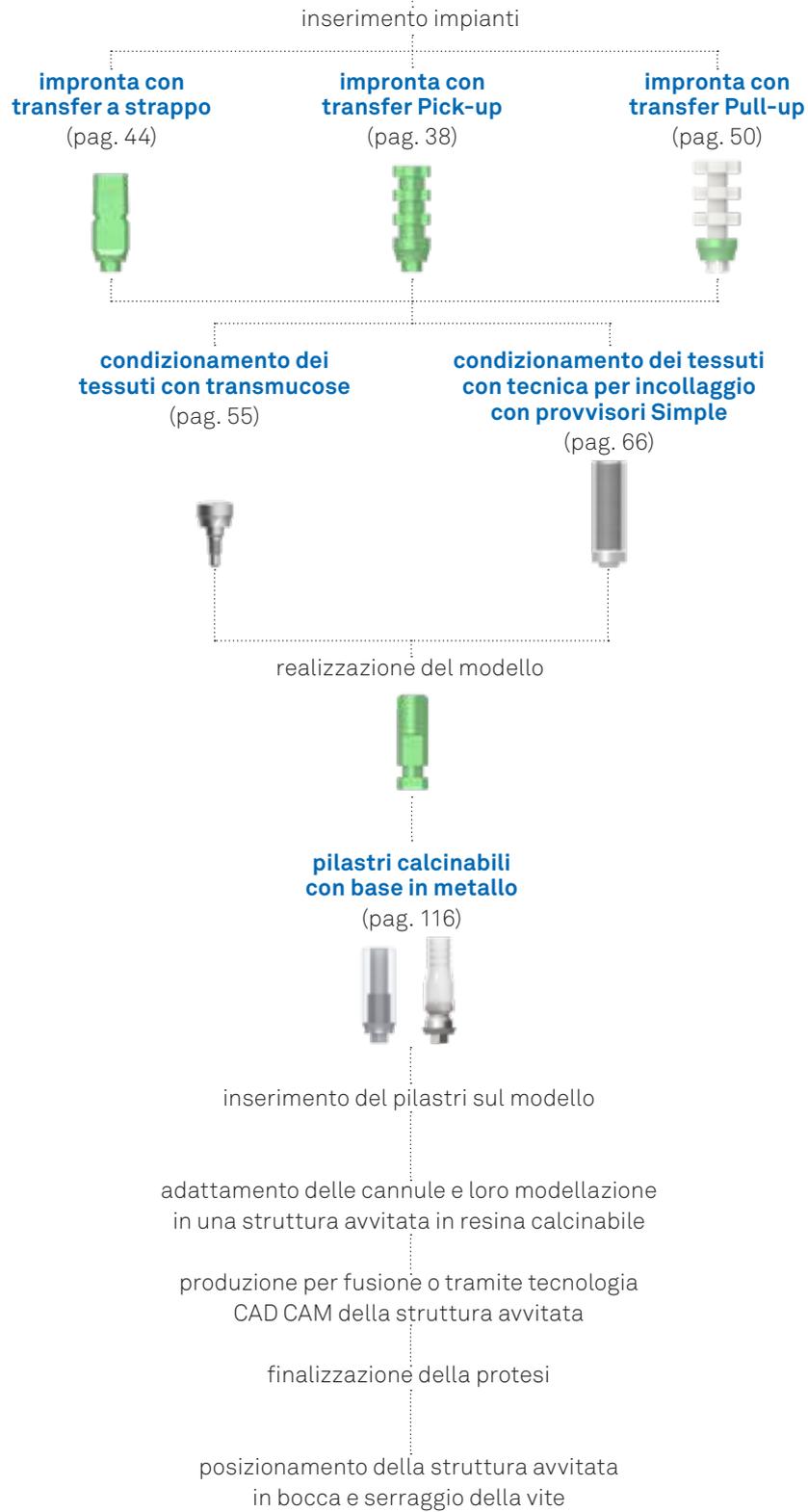
# Riabilitazione singola avvitata



# Riabilitazione multipla cementata



# Riabilitazione multipla avvitata



## Riabilitazione singola cementata con tecnica verticale



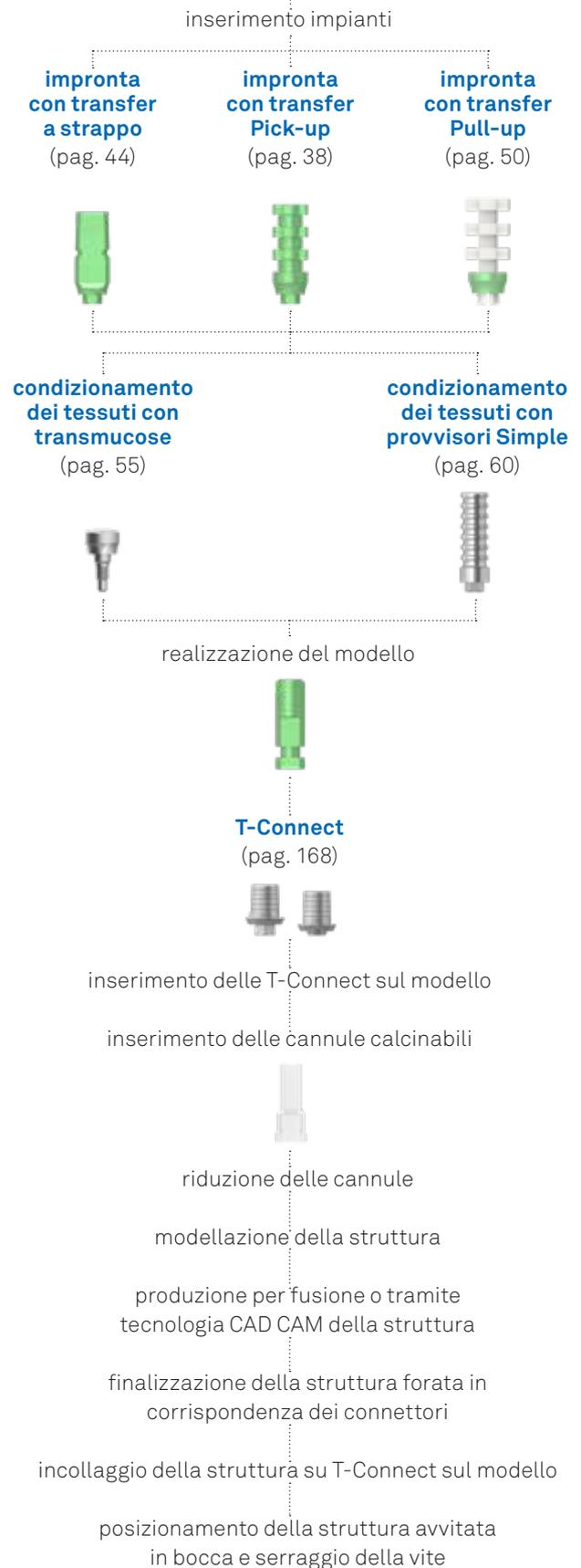
## Riabilitazione multipla cementata con tecnica verticale



## Riabilitazione singola con T-Connect: tecnica per incollaggio



## Riabilitazione multipla con T-Connect: tecnica per incollaggio



# Riabilitazione multipla avvitata con abutment Plain B-Space

inserimento impianti

**abutment Plain B-Space**  
(pag. 150)



**impronta con  
transfer Pick-up  
per abutment Plain B-Space**  
(pag. 152)



**avvitamento cuffie  
di guarigione Plain  
B-Space**  
(pag. 153)



**condizionamento dei  
tessuti con provvisorio  
su cannule in titanio**  
(pag. 154)



realizzazione del modello con gli analoghi per  
gli abutment Plain B-Space



inserimento delle cannule calcinabili  
sul modello



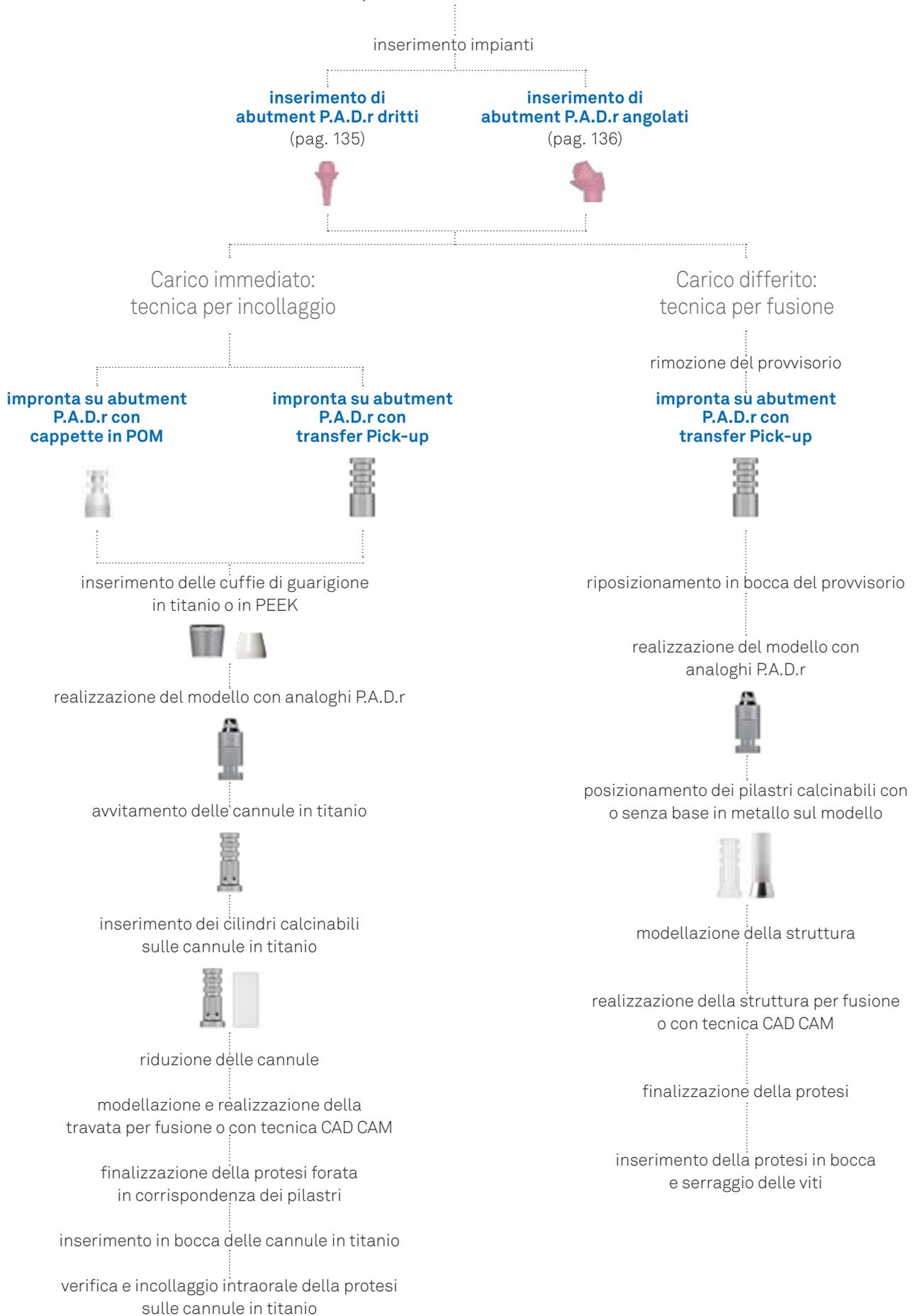
adattamento delle cannule e loro modellazione  
in una struttura avvitata in resina calcinabile

produzione per fusione o tramite tecnologia  
CAD CAM della struttura avvitata

finalizzazione della protesi

posizionamento della struttura avvitata  
in bocca e serraggio della vite

# Riabilitazione multipla con abutment P.A.D.r (Protesi Avvitata Disparallela Reduced)



## Riabilitazione singola cementata con pilastro XA



## Riabilitazione multipla avvitata con pilastri XA



# Riabilitazione multipla o full arch con tecnica conometrica Conico

inserimento impianti

**pilastrini Conico**



inserimento dei pilastrini Conico in bocca

**impronta con cappette in PEEK**

(pag. 142)



realizzazione di un provvisorio

**inserimento delle cappette definitive per incollaggio sui pilastrini sul modello**

(pag. 144)



modellazione della struttura

produzione per fusione o tramite tecnologia CAD CAM della struttura

finalizzazione della protesi

incollaggio della struttura sulle cappette

posizionamento in bocca della struttura sui pilastrini Conico per conometria

**realizzazione di un provvisorio con saldatura intraorale**

(pag. 149)



**impronta su struttura saldata**

# Overdenture: metodo diretto

inserimento impianti

## inserimento abutment Locator e Locator R-Tx (pag. 180)



posizionamento degli anelli distanziatori  
e cappette di alloggiamento sugli  
abutment Locator



foratura dell'overdenture esistente e ribasatura  
in bocca sulle cappette di alloggiamento

rifinitura dell'overdenture e sostituzione degli  
inserti ritentori di grado zero con quelli  
di grado più adeguato

## inserimento attacchi sferici (pag. 190)



posizionamento dei ritentori e  
scarico di eventuali sottosquadri  
con materiale plastico



foratura dell'overdenture esistente e  
ribasatura in bocca sui ritentori scelti

rifinitura dell'overdenture

# Overdenture: metodo indiretto

inserimento impianti

## inserimento abutment Locator e Locator R-Tx (pag. 182)



impronta con transfer Locator  
e realizzazione del modello



posizionamento degli anelli  
distanziatori e cappette grado 0  
di alloggiamento sugli analoghi



realizzazione dell'overdenture con le cappette  
di alloggiamento inglobate al suo interno

## inserimento attacchi sferici (pag. 190)



impronta su attacchi sferici  
e realizzazione del modello  
con analoghi dedicati



posizionamento dei ritentori



realizzazione dell'overdenture con  
i ritentori inglobati al suo interno

# Overdenture ancorata su barre

inserimento impianti

## inserimento di P.A.D.r



dritti  
(pag. 135)



angolati  
(pag. 136)

impronta su P.A.D.r



condizionamento con  
cappette in titanio o in PEEK

realizzazione del modello



inserimento, riduzione e  
adattamento delle cannule  
(pag. 216)



composizione delle barre e loro fusione



realizzazione dell'overdenture  
e ancoraggio sui cavalieri



avvitamento delle barre sui P.A.D.r  
e posizionamento dell'overdenture

**condizionamento dei tessuti con transmucosa**



in titanio  
(pag. 55)

**impronta con transfer Pick-up**

(pag. 36)



realizzazione del modello



**pilastri con base in metallo o completamente calcinabili**

(pagg. 212-214)



inserimento dei pilastri

riduzione ed adattamento delle cannule

assemblaggio delle barre e fusione dell'insieme



sovrafusione delle barre

realizzazione dell'overdenture e ancoraggio sui cavalieri



avvitamento delle barre sugli impianti e posizionamento dell'overdenture

**impronta con transfer per abutment Plain B-Space**



**condizionamento dei tessuti con transmucose Plain B-Space**



realizzazione del modello



**Abutment Plain B-Space**

(pag.210)



inserimento degli abutment Plain B-Space sul modello

composizione delle barre e loro fusione



realizzazione dell'overdenture e ancoraggio sui cavalieri



avvitamento delle barre sugli abutment Plain B-Space e posizionamento dell'overdenture

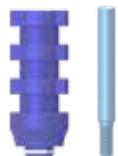
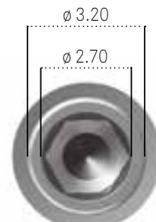
# Guida ai diametri, connessioni implantari e codici colore

	Premium One Power	Premium One Shelta Power
∅ implantare	3.30	3.80
codice colore (sulla confezione)		
∅ piattaforma di connessione		
dimensioni principali		
∅ esterno del collarino		
∅ interno del collarino		
chiave dell'esagono		
analoghi degli impianti		
transfer Pull-up		
transfer a strappo		
transfer Pick-up		
vite di serraggio (filetto e colore)	 M 1.8	 M 1.8

Premium One Shelta Power

4.25

5.00



M 1.8

M 1.8

# Connessione Collex ONE

Gli impianti Premium One Shelta Power presentano in tutti i diametri disponibili la stessa connessione Collex One. Tale connessione, caratterizzata da un esagono interno e da un collarino esterno di supporto, consente un'ottimizzazione della gestione protesica e chirurgica, dal momento che le stesse componenti possono essere utilizzate per tutti gli impianti della gamma.

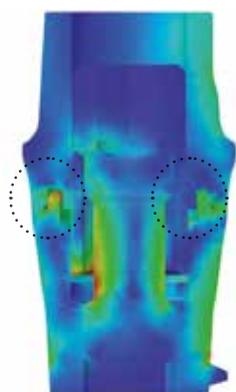


Impianti Premium One Power



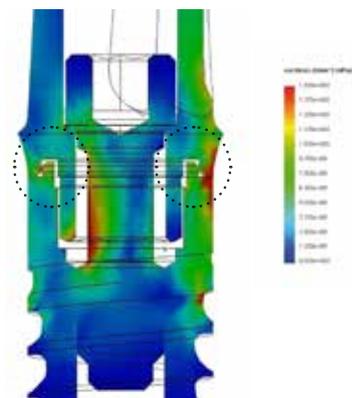
Impianti Shelta Power

Le proprietà di resistenza della connessione COLLEX sono documentate anche da uno studio del gruppo del prof. Covani, nel quale, confrontando questo tipo di connessione con un'altra uguale a esagono interno ma priva di collarino di supporto si sono evidenziati valori del 25% superiori in termini di robustezza e di stabilità protesica della COLLEX rispetto a una connessione senza collarino\*.



Shelta Power

Analisi FEM di impianti Shelta Power e Premium One Power  $\varnothing$  3.80 mm in connessione con un pilastro da  $\varnothing$  3.80 mm: dai risultati relativi alla distribuzione delle tensioni si evidenzia come il collarino presente nella COLLEX lavori efficacemente e sia di conseguenza di estrema importanza per una corretta distribuzione dei carichi.



Premium One Power



\* Covani U., Ricci M., Tonelli P., Barone A.  
**An evaluation of new designs in implant-abutment connections: a finite element method assessment**  
*Implant Dentistry Volume 22, Number 3 3013*

# Platform Switching: possibilità di mismatching protesici

	POSSIBILI COMBINAZIONI	
impianto $\varnothing$ 3.30		-
impianto $\varnothing$ 3.80		
impianto $\varnothing$ 4.25		
impianto $\varnothing$ 5.00		

DEI DIAMETRI IMPLANTOPROTESICI

	-
	-
 <p>** ø 4.25 ø 4.25</p>	
 <p>* ø 4.25 ø 5.00</p>	 <p>** ø 5.00 ø 5.00</p>

\*\*L'utilizzo di impianti e componenti protesiche di diametro congruente non determina mismatching.

# Kit chirurgici

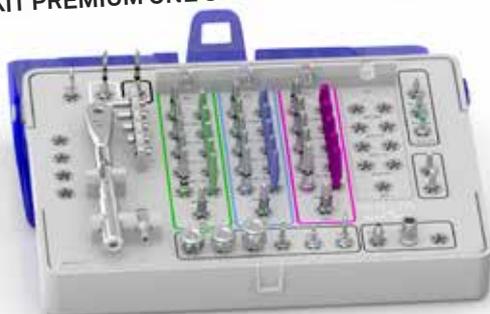
I kit chirurgici sono stati studiati e realizzati per offrire semplicità di utilizzo e immediatezza nella successione delle sequenze degli strumenti. I kit chirurgici Premium One Power e Shelta Power, così come il kit combinato Premium One Shelta Power, contengono la strumentazione per la fase chirurgica e la fase protesica delle fixture delle tre sistematiche implantari.

Le cassette portastrumenti, in Radel autoclavabile, offrono semplicità di utilizzo e immediatezza nella successione della sequenza degli strumenti, con l'ausilio di un sistema di codici colore che tracciano le procedure chirurgiche più idonee per i vari diametri implantari. Le descrizioni di questi strumenti sono indicate sui tray e consentono all'utilizzatore una più facile identificazione di ciascuno strumento e il successivo riposizionamento dopo la fase di detersione e pulizia.

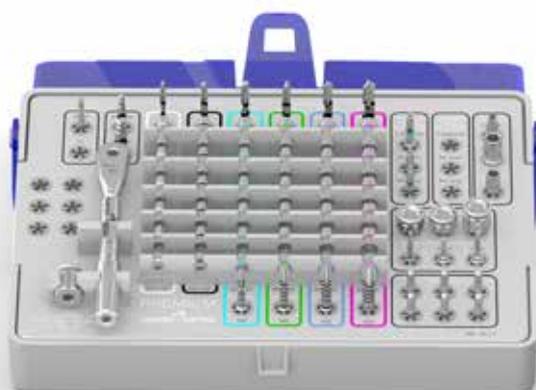
Unitariamente ai kit chirurgici vengono forniti i lucidi radiografici degli impianti Premium One Power e Shelta Power per consentire tramite analisi radiografica o tomografica la scelta degli impianti nei diametri, lunghezze e morfologie più appropriati.



**KIT PREMIUM ONE SHELTA POWER**



**KIT SHELTA POWER**



**KIT PREMIUM ONE POWER**

descrizione	codice
<p>Kit chirurgico grommetless completo degli strumenti necessari per gli impianti Premium One Power</p> <p>Codice per il riordino della sola cassetta portastrumenti grommetless in Radel</p>	<p><b>ZPREMIUM-ONE-INT</b></p>  <p><b>AS-TRAY-INT</b></p>
<p>Kit chirurgico grommetless completo degli strumenti necessari per gli impianti Shelta Power</p> <p>Codice per il riordino della sola cassetta portastrumenti grommetless in Radel</p>	<p><b>ZSHELTA-INT</b></p>  <p><b>SH-TRAY-INT</b></p>
<p>Kit chirurgico grommetless completo degli strumenti necessari per gli impianti Premium One e Shelta Power</p> <p>Codice per il riordino della sola cassetta portastrumenti grommetless in Radel</p>	<p><b>ZPRESH-INT</b></p>  <p><b>ASH-TRAY-INT</b></p>

# Avvitatori per viti di serraggio

Sono tutti realizzati in acciaio inox per uso chirurgico.

Il disegno della punta di tutti gli avvitatori è il medesimo, i cacciaviti sono quindi tutti intercambiabili tra loro. Si distinguono l'uno dall'altro per la lunghezza totale e per il fatto di essere digitali e monopezzo, ovvero solidali con la manopola che ne consente la presa, oppure dotati di un raccordo esagonale compatibile con il cricchetto. Tutti gli avvitatori presentano, in punta, un disegno conico che consente di prelevare e trasportare le viti di serraggio.

Si verifichi con regolarità che tale funzionalità non sia stata persa a causa dell'usura.

## Avvertenza importante

Torque eccessivi possono spanare i pozzetti delle viti di serraggio e stondare gli angoli dei cacciaviti, causando complicanze intraoperatorie o protesiche anche gravi. I torque raccomandati per il serraggio dei diversi componenti sono riassunti nella tabella seguente:

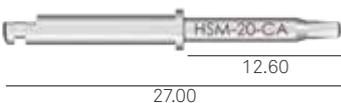
Viti transmuose di guarigione	8-10 Ncm
Viti per transfer	8-10 Ncm
Viti passanti per serrare sugli impianti pilastri e abutment	20-25 Ncm
Viti passanti per serrare sovrastrutture protesiche agli abutment P.A.D. e P.A.D.r	15-20 Ncm
Viti passanti per serrare sovrastrutture protesiche agli abutment	20-25 Ncm
Viti passanti per serrare sugli impianti gli abutment P.A.D.r angolati	20-25 Ncm
Componenti ad avvitamento diretto sugli impianti (es. P.A.D. e P.A.D.r dritti, abutment PLAIN che non hanno la vite passante ma fanno corpo unico con la vite)	25-30 Ncm
Viti passanti per serrare sovrastrutture avvitate direttamente sugli impianti (senza utilizzo di abutment intermedi)	25-30 Ncm

Data l'importanza dei torque di serraggio, si consiglia di utilizzare sempre gli avvitatori con raccordo esagonale, tenendo sotto controllo il torque esercitato per mezzo del cricchetto. Per facilitare l'ingaggio delle viti o comunque delle porzioni filettate delle componenti protesiche, si può comunque iniziare l'avvitamento con gli avvitatori digitali.

## Avvitatore per contrangolo

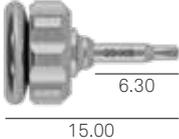
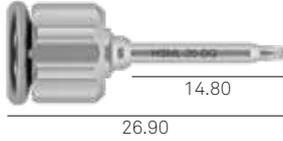
Tutti i kit chirurgici contengono anche un avvitatore con gambo per contrangolo, molto pratico sia in fase chirurgica che protesica, qualora usato con un micromotore con controllo del torque.

Tale avvitatore può essere usato solo per il serraggio di pilastri il cui foro di passaggio della vite non sia più lungo di 11.00 mm.

descrizione	codice	kit
Avvitatore con gambo per contrangolo	<b>HSM-20-CA</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> <b>ZSHELTA-INT</b> <b>ZPRESH-INT</b>

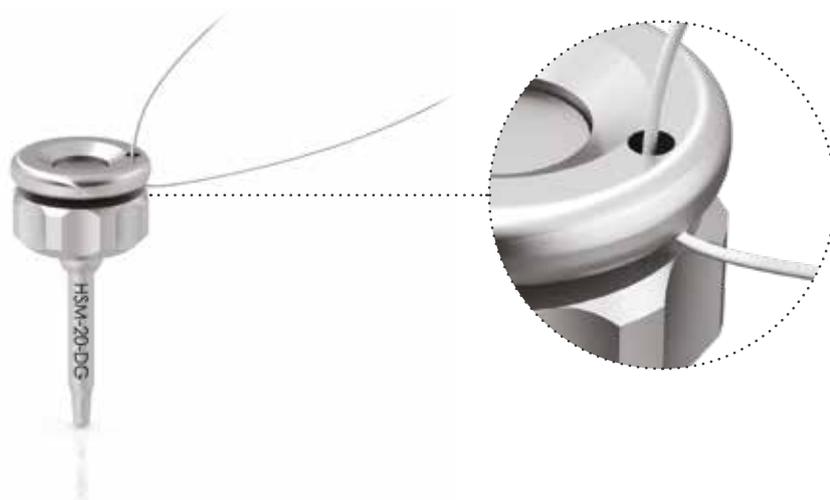
## Avvitatori digitali

Il loro disegno li rende molto pratici nelle fasi chirurgiche e per le fasi di scopertura e di gestione delle viti transmuose di guarigione. Non devono essere utilizzati nelle fasi protesiche definitive poiché non consentono il controllo del torque di serraggio. Questi avvitatori sono contenuti anche nei kit chirurgici dei sistemi Premium One Shelta Power e in quelli combinati (vedi pag. 24).

descrizione	codice	kit
Avvitatore per viti tappo e viti di serraggio, digitale, extra corto	<b>HSMXS-20-DG</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT
Avvitatore per viti tappo e viti di serraggio, digitale, corto	<b>HSM-20-DG</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT
Avvitatore per viti tappo e viti di serraggio, digitale, lungo	<b>HSML-20-DG</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT

### Avvertenza importante

Si raccomanda di passare un filo salva caduta attraverso l'apposito forellino presente sulla sommità della manopola.

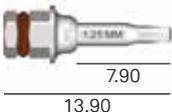
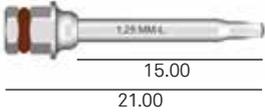
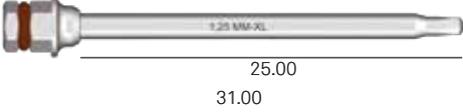


### Avvitatori utilizzabili con il cricchetto dinamometrico

Gli avvitatori con il raccordo esagonale superiore sono disegnati per essere utilizzati con il cricchetto dinamometrico con funzione di controllo del torque.

In tutti i kit sono presenti nella versione corta e lunga, mentre quella necessaria quando la lunghezza del foro di passaggio della vite all'interno dei pilastri sia maggiore di 13.00 mm è opzionale e può essere acquistata separatamente.

Si faccia riferimento ai cataloghi e ai manuali chirurgici dei singoli sistemi per i dettagli.

descrizione	codice	kit
Avvitatore con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, corto	<b>HSM-20-EX</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> <b>ZSHELTA-INT</b> <b>ZPRESH-INT</b>
Avvitatore con raccordo esagonale per chiave dinamometrica o manopola digitale, lungo	<b>HSML-20-EX</b> 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> <b>ZSHELTA-INT</b> <b>ZPRESH-INT</b>
Avvitatore con raccordo per cricchetto dinamometrico o raccordo digitale, extra lungo	<b>HSMXL-20-EX</b> 	-
Avvitatore per abutment P.A.D.r dritti, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica	<b>AVV2-ABUT</b> 	-

#### Avvertenza importante

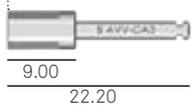
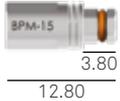
Tutti gli avvitatori per cricchetto presentano nell'esagono di connessione un O-ring in polimero rosso che garantisce la frizione tra gli strumenti, e quindi una corretta tenuta dei componenti.

Tale O-ring deve essere verificato periodicamente e sostituito quando usurato e non più in grado di esercitare la corretta frizione.

È disponibile una confezione di 5 O-ring di ricambio ordinabile con il codice **ORING180-088**.



## Prolunghe e raccordi

descrizione	codice	kit
Adattatore con gambo per contrangolo per strumenti con raccordo esagonale	<b>B-AVV-CA3</b> $\varnothing 5,00$ 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT
Manopola digitale per avvitatori, brugole e driver manuali	<b>AVV3-MAN-DG</b> $\varnothing 10,00$ 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT
Prolunga per brugole, avvitatori e driver manuali, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica	<b>BPM-15</b> $\varnothing 5,50$ 	<b>ZPREMIUM-ONE-INT</b> ZSHELTA-INT ZPRESH-INT

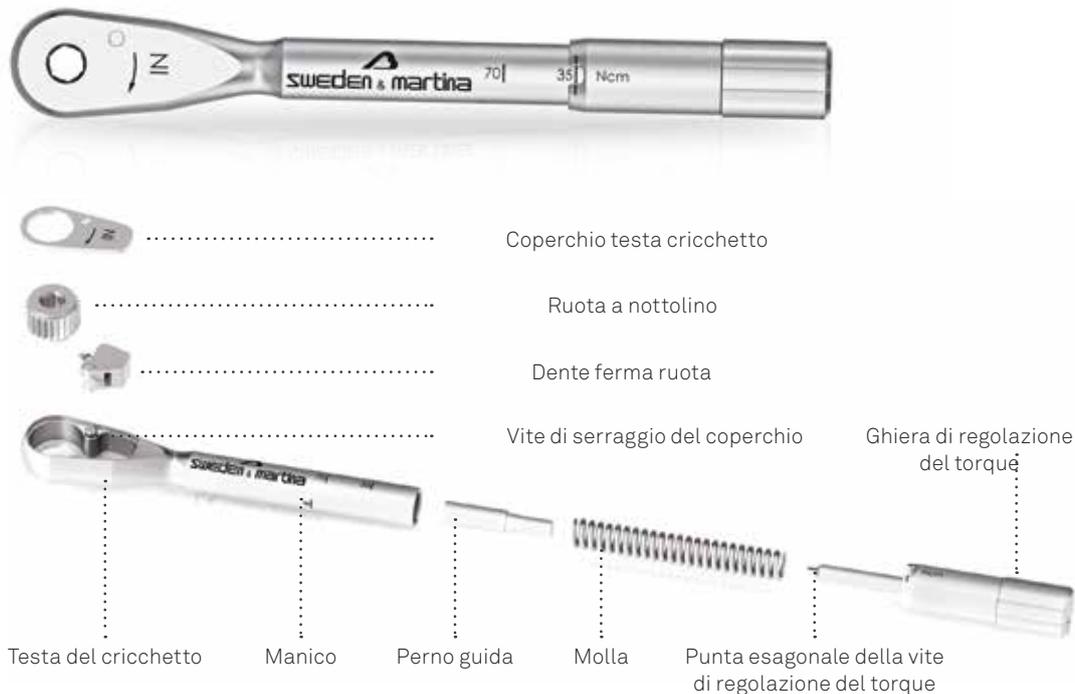
## Profilatori d'osso

descrizione	3.30	3.80	4.25	5.00
Profilatori d'osso stretto per abutment P.A.D.r	<b>A-PAD-PS330-S</b> 	<b>A-PAD-PS380-S</b> 	<b>A-PAD-PS425-S</b> 	<b>A-PAD-PS500-S</b> 
Profilatori d'osso largo per abutment P.A.D	<b>A-PAD-PS330-L</b> 	<b>A-PAD-PS380-L</b> 	<b>A-PAD-PS425-L</b> 	<b>A-PAD-PS500-L</b> 
Cilindro guida per profilatori d'osso	<b>A-PAD-GUI-PS-230</b>  M 1.8.....	Utilizzare A-PAD-GUI-PS-230	Utilizzare A-PAD-GUI-PS-230	Utilizzare A-PAD-GUI-PS-230

*I profilatori d'osso e i relativi cilindri guida sono strumenti opzionali non contenuti nel kit chirurgico, sono ordinabili separatamente e singolarmente.*

# Cricchetto dinamometrico CRI5-KIT

All'interno dei kit chirurgici dei sistemi implantologici Premium One Shelta Power è presente un particolare cricchetto (CRI5-KIT), assieme alla relativa chiavetta di regolazione per avvitare velocemente la ghiera di regolazione del torque, e al lubrificante in gel per la manutenzione. Il cricchetto può essere utilizzato con regolazione del torque da 10 a 70 Ncm oppure in posizione bloccata senza controllo del torque. La chiave a cricchetto CRI5-KIT è uno strumento smontabile, multiuso, venduto non sterile.



Prima di ogni utilizzo, bisogna pulire e sterilizzare questo strumento seguendo le indicazioni riportate a pag. 221. Una adeguata manutenzione, eseguita seguendo in dettaglio tutte le fasi step by step per lo smontaggio e il corretto riassetto del dispositivo durante le operazioni di pulizia, è fondamentale per il corretto funzionamento del dispositivo e per preservarne la durata. Il personale che adopera questo strumento deve essere stato appositamente addestrato e aver letto le indicazioni riportate nel presente manuale prima di qualsiasi manipolazione dello stesso. Dopo la sterilizzazione, la chiave è pronta per l'uso. Un test di verifica del corretto montaggio e funzionamento della chiave è necessario prima di ogni intervento, sia di tipo chirurgico che protesico.

La regolazione della coppia avviene allineando la marcatura della coppia desiderata nell'apertura circolare del manico. La freccia "IN" leggibile sulla testa vista dall'alto indica la posizione della chiave che permette l'avvitamento. La freccia "OUT" leggibile sulla testa vista dall'alto indica la posizione di allentamento. Una posizione di coppia illimitata viene ottenuta mediante il posizionamento del dispositivo di regolazione della coppia fino alla tacca marcata "R" posta sul manico del corpo cricchetto.



La ghiera può essere avvitata e svitata manualmente, ma per accelerare tali operazioni nel kit è contenuta anche una brugola che consente di ruotarla velocemente. Ogni deterioramento dei meccanismi di avvitamento, di inserimento e di coppia deve essere controllato dal personale responsabile dell'utilizzo e della manutenzione di questo strumento odontoiatrico. I pezzi di questo meccanismo non sono intercambiabili; non è possibile prendere un pezzo da una chiave per sostituirlo su un'altra, in quanto ogni cricchetto è tarato INDIVIDUALMENTE. In caso di perdita di un pezzo, si prega di restituire lo strumento interessato a Sweden & Martina per la conseguente riparazione dello stesso. Nessun componente per l'assemblaggio del cricchetto può essere venduto singolarmente. Il mancato rispetto delle indicazioni fornite può causare problemi di manutenzione e stabilità della protesi.



#### Avvertenza importante

La regolazione della coppia avviene sempre mediante avvitamento/svitamento della ghiera posta in fondo al manico dello strumento. La coppia si deve regolare sempre in crescita, iniziando ad avvitare da un valore più basso fino ad arrivare al torque desiderato, ovvero avvitando la ghiera in senso orario. Per questo, qualora occorresse regolare una coppia inferiore all'ultima utilizzata, si dovrà operare uno svitamento di due giri al di sotto del valore della nuova coppia desiderata, e risalire a tale valore riavvitando la ghiera in senso orario.



*Per regolare il torque in crescita è sufficiente ruotare la ghiera in senso orario.*

*Per regolare il torque a un valore più basso di quello utilizzato in precedenza si deve ruotare la ghiera in senso antiorario fino a due giri al di sotto del valore desiderato, e procedere poi all'avvitamento in senso orario fino a raggiungere il valore di torque richiesto.*

# Tecniche di presa d'impronta e realizzazione del modello

La fase di rilevazione dell'impronta in implanto-protesi è alla base del successo di qualsiasi piano di trattamento, in quanto la trasmissione in laboratorio di informazioni quanto più possibile senza errori permette una riduzione dei tempi di lavoro, e soprattutto permette di creare manufatti privi di tensione che non trasmettano sollecitazioni indesiderate agli impianti.

L'impronta può essere presa in diverse fasi chirurgiche, a seconda del protocollo adottato.

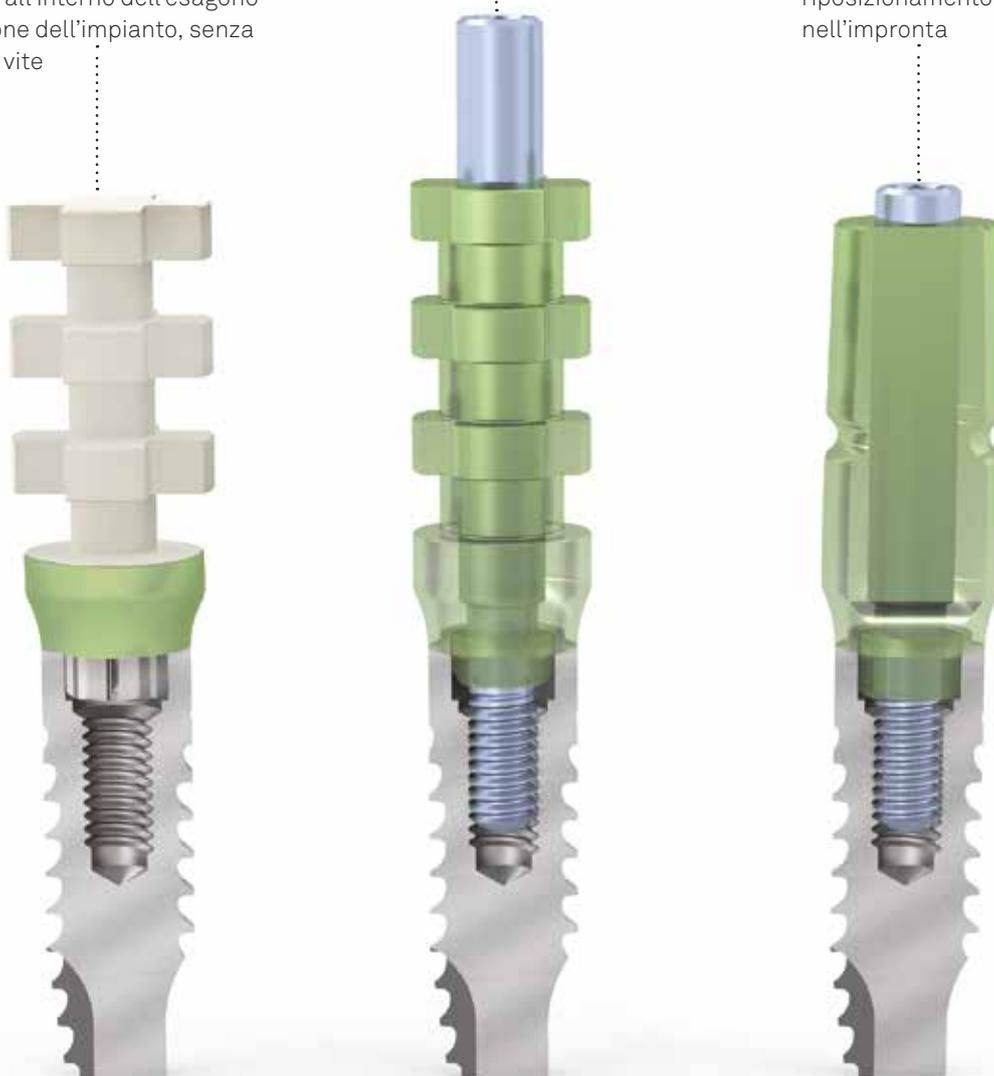
Sugli impianti Premium One Power e Shelta Power è possibile prendere l'impronta secondo tre diversi protocolli:

- a cucchiaio aperto con transfer Pick-up;
- a cucchiaio chiuso con transfer a strappo;
- a cucchiaio chiuso con transfer Pull-up.

**Transfer Pull-up:** la connessione ad alette clicca all'interno dell'esagono di connessione dell'impianto, senza necessità di vite

**Transfer Pick-up:** il design della porzione superiore garantisce un'ottima ritenzione e quindi un fissaggio estremamente stabile nell'impronta

**Transfer a strappo:** un'ampia faccia piatta permette un rapido riposizionamento dei transfer nell'impronta



Oltre a queste possibilità vi sono altri protocolli protesici con componenti speciali che prevedono il trasferimento nel modello da laboratorio non della connessione implantare, bensì delle piattaforme protesiche intermedie. Sono quindi disponibili transfer e analoghi dedicati: per le indicazioni d'uso particolari di tali componentistiche si rimanda alle sezioni dedicate.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare per ogni caso transfer e analoghi nuovi, in modo da garantire la massima precisione di accoppiamento a livello della connessione. Transfer e analoghi usati più volte deformano reciprocamente le pareti dei rispettivi esagoni, trasferendo nell'impronta un errore che, soprattutto nel caso di strutture multiple, può portare a tensioni della protesi che si trasferiscono agli impianti e ne compromettono il buon esito clinico.

### Analoghi

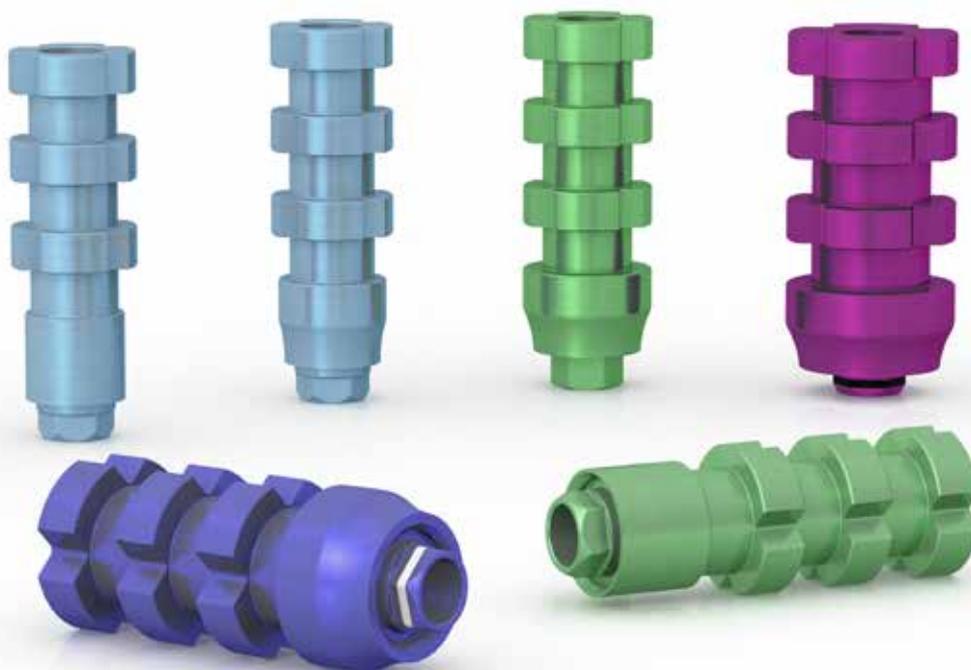
La componentistica per l'impronta e la realizzazione del modello viene prodotta con le medesime macchine che realizzano gli impianti; in questo modo si ha una reale garanzia di precisione da un punto di vista di tolleranze e di fedeltà nella riproduzione della situazione clinica. L'anodizzazione degli analoghi secondo il codice colore facilita il riconoscimento del diametro implantare e semplifica le fasi di laboratorio.



Ø impianto	3.30	3.80	4.25	5.00
Analoghi per impianti Premium One Shelta Power	<b>A-ANA-330</b>	<b>A-ANA-380</b>	<b>SH-ANA-425</b>	<b>SH-ANA-500</b>
	 Ø 3.30... 12.00	 Ø 3.80... 12.00	 Ø 4.25... 12.00	 Ø 5.00... 12.00

## Impronta a cucchiaio aperto

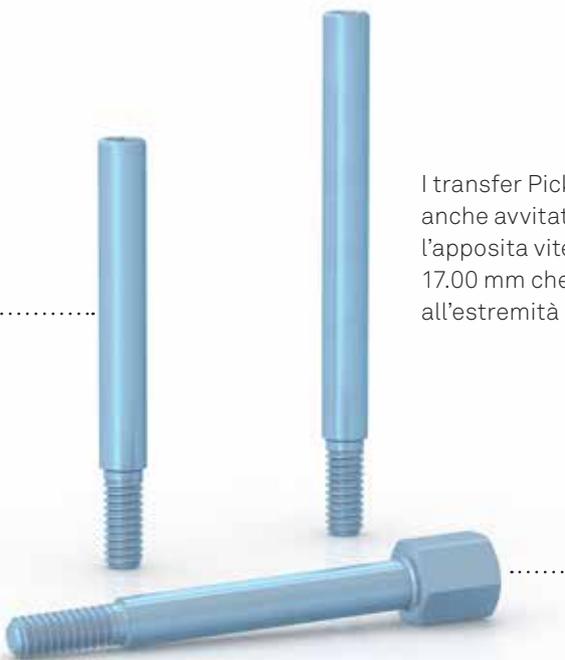
L'impronta a cucchiaio aperto prevede l'utilizzo di un portaimpronta personalizzato, realizzato in laboratorio sul modello preliminare con aperture di accesso alle viti transfer in corrispondenza degli impianti. Si consiglia l'utilizzo dell'avvitatore corto con raccordo esagonale per cricchetto HSM-20-EX oppure dell'avvitatore digitale extracorto HSMXS-20-DG, sviluppati appositamente per ridurre l'ingombro verticale e rendere più agevoli le manovre di avvitamento e svitamento delle viti transfer nel cavo orale.



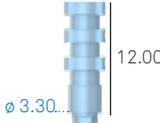
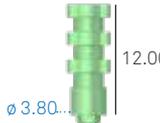
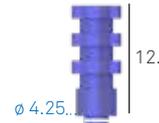
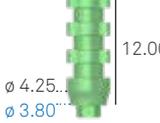
La vite transfer in dotazione con il transfer Pick-up presenta una lunghezza standard di 15.00 mm

I transfer Pick-up possono essere anche avvitati manualmente con l'apposita vite transfer di lunghezza 17.00 mm che presenta un esagono all'estremità non filettata

La filettatura delle viti transfer è stata disegnata per poter avvitare il transfer all'impianto con un numero di giri inferiore



## Transfer Pick-up

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Transfer Pick-up Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-TRA-330</b>  ∅ 3.30... 12.00	<b>A-TRA-380</b>  ∅ 3.80... 12.00	<b>AS-TRA-425</b>  ∅ 4.25... 12.00	<b>AS-TRA-500</b>  ∅ 5.00... 12.00
Transfer Pick-up Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-TRAR-330</b>  ∅ 3.80... ∅ 3.30... 12.00	<b>A-TRAR-380</b>  ∅ 4.25... ∅ 3.80... 12.00	<b>AS-TRAR-425</b>  ∅ 5.20... ∅ 4.25... 12.00	<b>AS-TRAR-500</b>  ∅ 6.00... ∅ 5.00... 12.00
Confezione singola  Vite di serraggio lunga 15.00 mm per transfer Pick-up In dotazione con i transfer e ordinabile anche separatamente come ricambio	<b>VTRA2-180-15</b>  M 1.8... 15.00	Utilizzare VTRA2-180-15	Utilizzare VTRA2-180-15	Utilizzare VTRA2-180-15
Vite di serraggio lunga 20.00 mm per transfer Pick-up Non compresa con i transfer, disponibile opzionalmente in confezione singola	<b>VTRA2-180-20</b>  M 1.8... 20.00	Utilizzare VTRA2-180-20	Utilizzare VTRA2-180-20	Utilizzare VTRA2-180-20
Vite di serraggio lunga 17.00 mm per transfer Pick-up ad avvitamento manuale Non compresa con i transfer, disponibile opzionalmente in confezione singola	<b>VTRA2-180-MAN</b>  M 1.8... 17.00	Utilizzare VTRA2-180-MAN	Utilizzare VTRA2-180-MAN	Utilizzare VTRA2-180-MAN

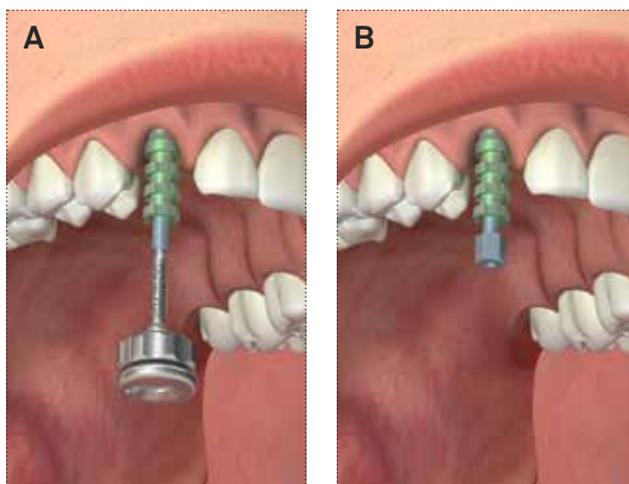
Torque raccomandato per i transfer Pick-up: 8-10 Ncm.

### Impronta a cucchiaio aperto con transfer Pick-up – corona singola

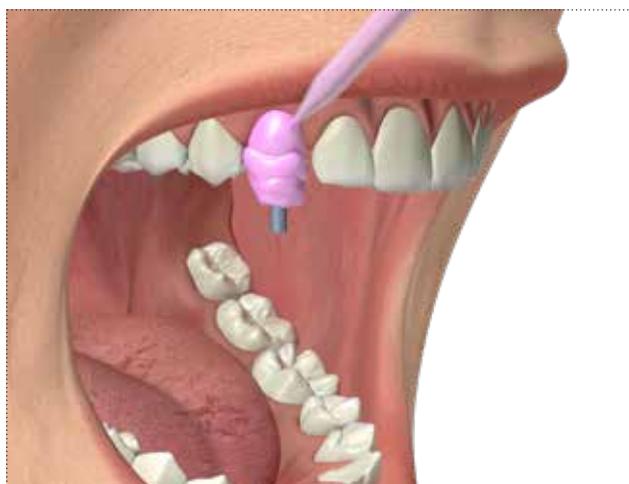
Esporre la connessione implantare, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere la vite transmucosa di guarigione.



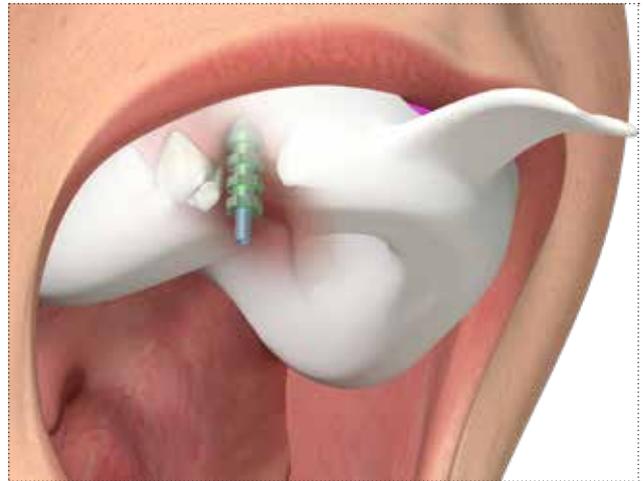
Fissare il transfer Pick-up con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore più idoneo della serie HSM, senza superare il torque di 8-10 Ncm (**img. A**), oppure fissare il transfer Pick-up con la vite manuale, disponibile opzionalmente (**img. B**).



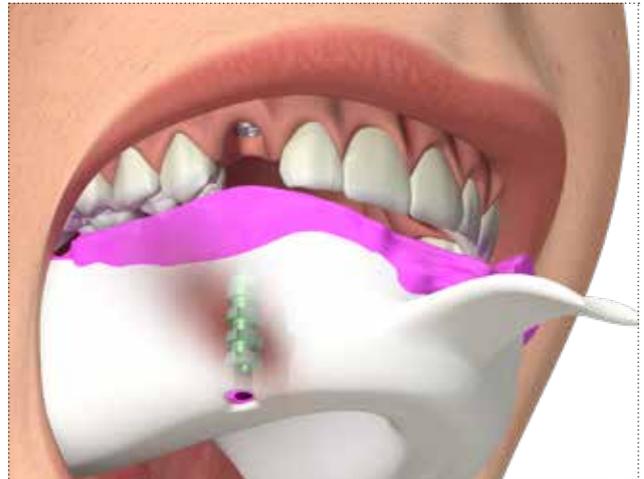
Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza del transfer all'interno delle sue pareti, e la sommità della vite transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dall'apposito foro presente nel cucchiaio. Qualora fosse necessario, si può accorciare il transfer di una o più alette. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno al transfer.



Riempire il cucchiaio portaimpronta con materiale da impronta più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Svitare la vite transfer e sfilarla dall'impronta per evitare che al momento della rimozione del portaimpronta essa possa accidentalmente cadere in bocca al paziente. Rimuovere il cucchiaio: il transfer Pick-up resterà inglobato nell'impronta.



Fissare l'analogo da laboratorio al transfer per mezzo della vite transfer, ricollocata nel foro lasciato dalla stessa nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Sviluppare il modello come d'abitudine.



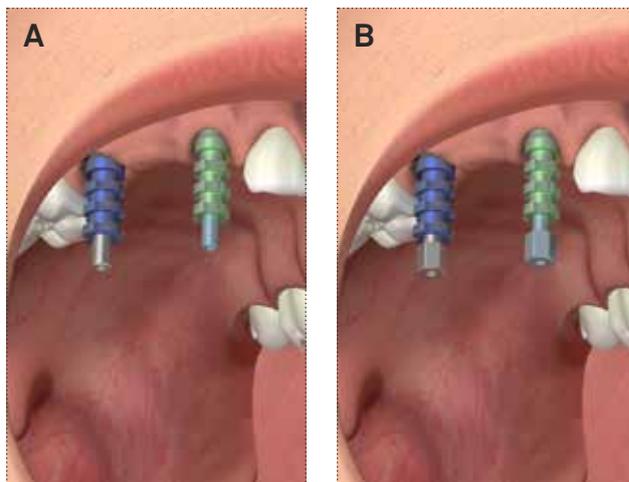
### Impronta a cucchiaio aperto con transfer Pick-up – multipla

Esporre le connessioni implantari, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere le viti transmucose di guarigione.



Fissare i transfer Pick-up con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore più idoneo della serie HSM, senza superare il torque di 8-10 Ncm (**img. A**), oppure fissare i transfer Pick-up con la vite la vite manuale, disponibile opzionalmente (**img. B**).

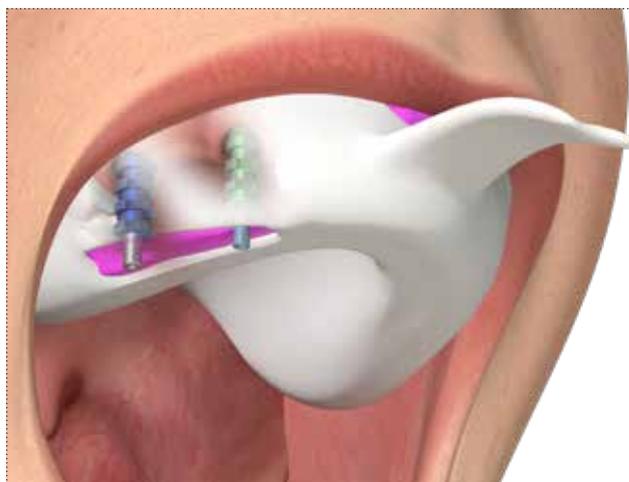
Se lo si desidera, solidarizzare tra loro i transfer con filo e resina o composito e attenderne la polimerizzazione secondo le indicazioni del fabbricante (es. resina SUN, cod. SUN-A2 o SUN-A3).



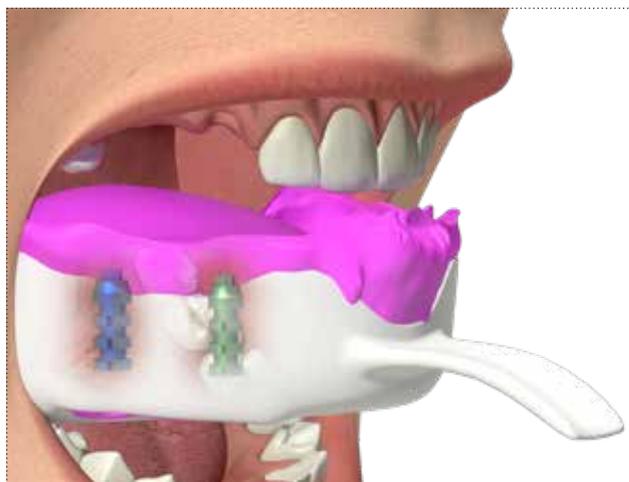
Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza dei transfer all'interno delle sue pareti e la sommità delle viti transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dagli appositi fori presenti nel cucchiaio. Qualora fosse necessario, si possono accorciare i transfer di una o più alette. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno ai transfer.



Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale da impronta più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Svitare le viti transfer e sfilarle dall'impronta per evitare che al momento della rimozione del portaimpronta esse possano accidentalmente cadere in bocca al paziente. Rimuovere il cucchiaio: i transfer Pick-up resteranno inglobati nell'impronta.



Fissare gli analoghi da laboratorio ai transfer per mezzo delle viti transfer, ricollocate nei fori lasciati dalle stesse nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Sviluppare il modello come d'abitudine.



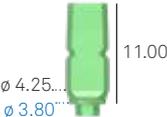
## Impronta a cucchiaino chiuso

I transfer per tecnica a strappo sono realizzati in titanio Gr. 5, anodizzato secondo il codice colore della piattaforma di connessione corrispondente per facilitare il riposizionamento dell'analogo da parte del laboratorio.

I transfer a strappo presentano un'ampia faccia di riposizionamento che garantisce un'impronta precisa. Hanno un'emergenza anatomica che replica esattamente quella delle viti transmuose di guarigione. Per il diametro 3.30 è disponibile anche la versione ad emergenza dritta, molto utile per le riabilitazioni singole nel settore frontale, in cui solitamente è più pratico utilizzare componenti dagli ingombri limitati.



**Transfer a strappo**

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Transfer a strappo Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<p><b>A-TRAS-330</b></p> 	-	-	-
Transfer a strappo Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<p><b>A-TRARS-330</b></p> 	<p><b>A-TRARS-380</b></p> 	<p><b>AS-TRARS-425</b></p> 	<p><b>AS-TRARS-500</b></p> 
Confezione singola  Vite di serraggio per transfer a strappo In dotazione con i transfer e ordinabile anche separatamente come ricambio	<p><b>VTRA2-180-10</b></p> 	Utilizzare VTRA2-180-10	Utilizzare VTRA2-180-10	Utilizzare VTRA2-180-10

Torque raccomandato per i transfer a strappo: 8-10 Ncm.

### Impronta a cucchiaio chiuso con transfer a strappo – corona singola

Esporre la connessione implantare, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere la vite transmucosa di guarigione.



Fissare il transfer a strappo con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore più idoneo della serie HSM, senza superare il torque di 8-10 Ncm. Chiudere il foro della vite con cera per evitare l'ingresso del materiale da impronta, avendo cura di rimuovere l'eccesso per non compromettere la precisione dell'impronta.

**Nota bene:** l'avvitatore per viti chirurgiche e di serraggio in versione digitale è disponibile in diverse lunghezze di gambo a seconda delle esigenze cliniche. È anche disponibile la versione con raccordo esagonale per cricchetto dinamometrico oppure con gambo per contrangolo. Si veda la tabella a pagg. 26-27 per i dettagli tecnici dei suddetti avvitatori.



Scegliere un cucchiaio di dimensioni adeguate, in modo che tutta l'altezza del transfer sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta.

Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno al transfer e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata.



Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Rimuovere il cucchiaio: il transfer a strappo resterà avvitato all'impianto. Rimuovere la cera dalla testa della vite e svitarla per rimuovere il transfer.



Fissare l'analogo da laboratorio al transfer per mezzo della vite transfer e riposizionarlo nel rispettivo alloggiamento creato nell'impronta, avendo cura di accoppiare correttamente la faccia piatta che funge da indice di riposizionamento. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Sviluppare il modello come d'abitudine.



### Impronta a cucchiaio chiuso con transfer a strappo – multipla

Esporre le connessioni implantari, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere le viti transmucose di guarigione.



Fissare i transfer a strappo con l'apposita vite fornita in dotazione e l'avvitatore più idoneo della serie HSM, senza superare il torque di 8-10 Ncm.

Chiudere il foro delle viti con cera per evitare l'ingresso del materiale da impronta, avendo cura di rimuovere l'eccesso per non compromettere la precisione dell'impronta.

**Nota bene:** l'avvitatore per viti chirurgiche e di serraggio in versione digitale è disponibile in diverse lunghezze di gambo a seconda delle esigenze cliniche. È anche disponibile la versione con raccordo esagonale per cricchetto dinamometrico oppure con gambo per contrangolo. Si veda la tabella a pagg. 26-27 per i dettagli tecnici dei suddetti avvitatori.



Scegliere un cucchiaio di dimensioni adeguate, in modo che tutta l'altezza dei transfer sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta.

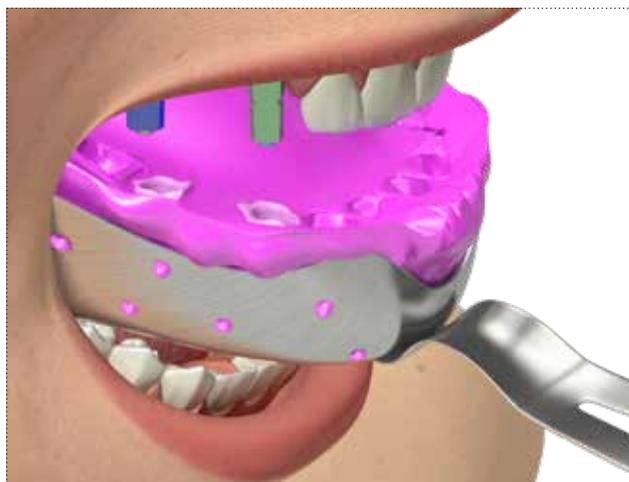
Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno ai transfer e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata.



Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Rimuovere il cucchiaio: i transfer a strappo resteranno avvitati agli impianti. Rimuovere la cera dalla testa delle viti e svitarle per rimuovere i transfer.



Fissare gli analoghi da laboratorio ai transfer per mezzo della vite transfer e ricollocarli nei rispettivi alloggiamenti creati nell'impronta, avendo cura di accoppiare correttamente la faccia piatta che funge da indice di riposizionamento. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Sviluppare il modello come d'abitudine.

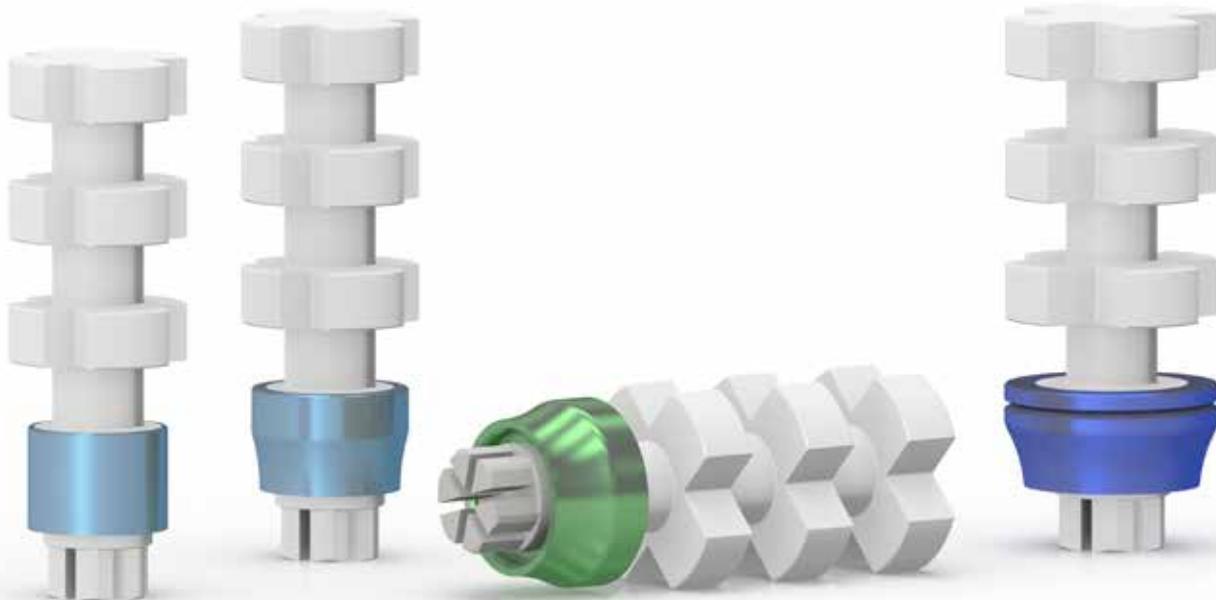


## Impronta Pull-up

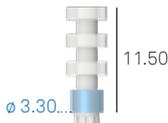
La tecnica di impronta Pull-up è stata sviluppata da Sweden & Martina per facilitare le operazioni di presa d'impronta, soprattutto nei casi in cui la scarsa apertura orale del paziente renda difficoltoso l'avvitamento e svitamento delle viti transfer. I transfer Pull-up sono realizzati in PEEK e presentano un anellino in titanio intorno alla base, anodizzato del codice colore del diametro di riferimento, che ne permette un facile riconoscimento e rende possibile la verifica della corretta inserzione nella piattaforma implantare tramite un esame radiologico.

I transfer Pull-up hanno la connessione conformata in modo tale da cliccare all'interno degli esagoni di connessione senza ancoraggio tramite viti, ma sfruttando la capacità di stabilizzazione della COLLEX. Sono estremamente pratici per prendere un'impronta di posizionamento, ad esempio per la realizzazione del modello su cui sviluppare il cucchiaino individuale, poiché sono semplici e veloci da utilizzare.

Possono essere usati anche in combinazione con i transfer Pick-up, ad esempio in settori diatorici, in situazioni in cui gli elementi mesiali abbiano spazi sufficienti alle manovre di avvitamento e svitamento della vite transfer, mentre gli elementi distali presentino impedimenti anatomici. Sono la soluzione ideale per prendere velocemente un'impronta tra impianti convergenti, anche perché sono facilmente accorciabili con l'uso di un semplice disco separatore sia eliminando uno o due moduli verticali, sia rimuovendo le porzioni delle alette orizzontali di ritenzione che creassero interferenza.



**Transfer Pull-up**

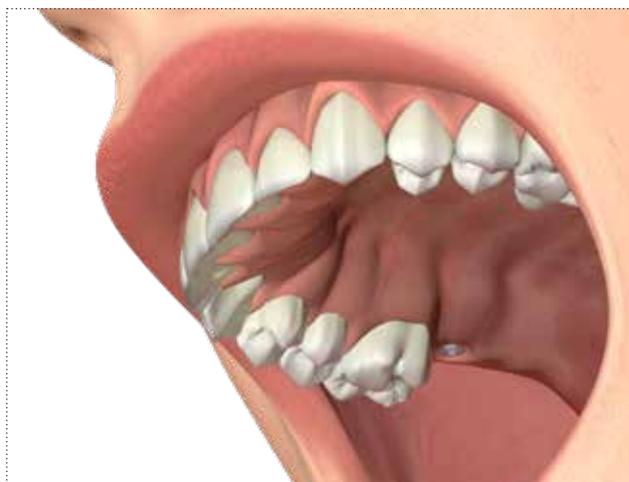
∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Transfer Pull-up in PEEK e camicia in titanio Gr. 5 Emergenza dritta	<b>A-TRAP-330</b> 	-	-	-
Transfer Pull-up in PEEK e camicia in titanio Gr. 5 Emergenza anatomica	<b>A-TRARP-330</b> 	<b>A-TRARP-380</b> 	<b>AS-TRARP-425</b> 	<b>AS-TRARP-500</b> 

**Avvertenza importante**

Essendo i transfer Pull-up realizzati in materiale polimerico per garantire la precisione si raccomanda l'utilizzo di transfer nuovi ad ogni presa d'impronta.

### Impronta con transfer Pull-up – corona singola

Esporre la connessione implantare, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere la vite transmucosa di guarigione.



Posizionare il transfer Pull-up e fissarlo con una semplice pressione a mano libera, senza necessità di strumenti. Il caratteristico click delle alette del transfer indica che esso è stato inserito correttamente nella connessione dell'implianto.

#### **Avvertenza importante**

In caso di scarsa visibilità o di dubbio sul completo accoppiamento fra transfer e impianto effettuare una verifica radiografica. L'anelletto in titanio alla base del transfer lo rende visibile nelle radiografie.



Posizionare il cucchiaio e verificare che tutta l'altezza del transfer sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta.

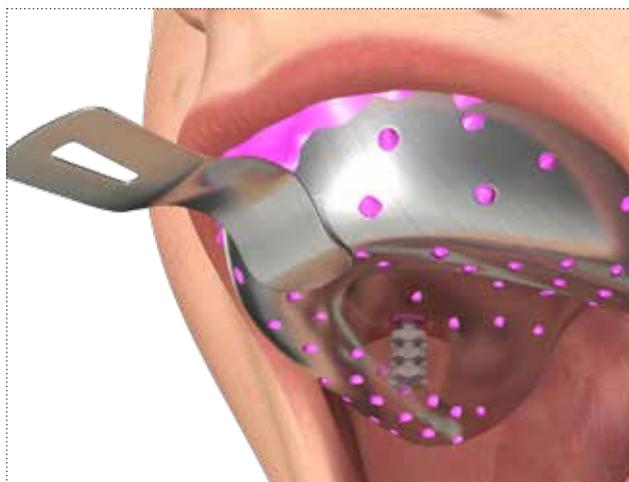
Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno al transfer.

#### **Avvertenza importante**

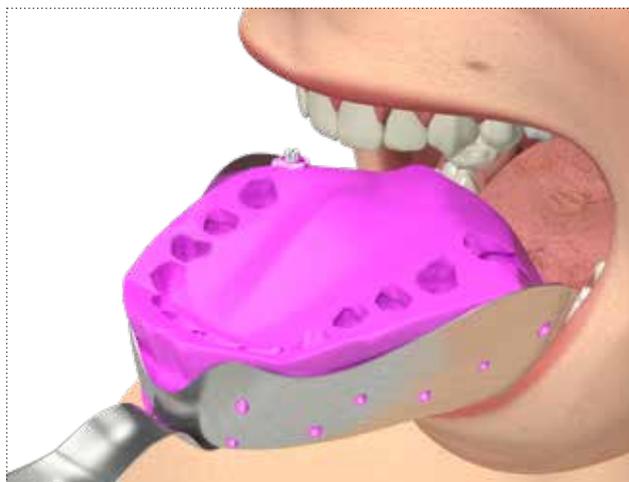
Qualora fosse necessario, è possibile accorciare i transfer Pull-up eliminando uno o due moduli verticali oppure rimuovendo le porzioni delle alette orizzontali di ritenzione che creano interferenza. La porzione di transfer rimanente nel materiale da impronta è comunque sufficiente a garantire una corretta presa d'impronta.



Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale da impronta più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Solleverlo il cucchiaio portaimpronta: il transfer Pull-up resterà inglobato nell'impronta.

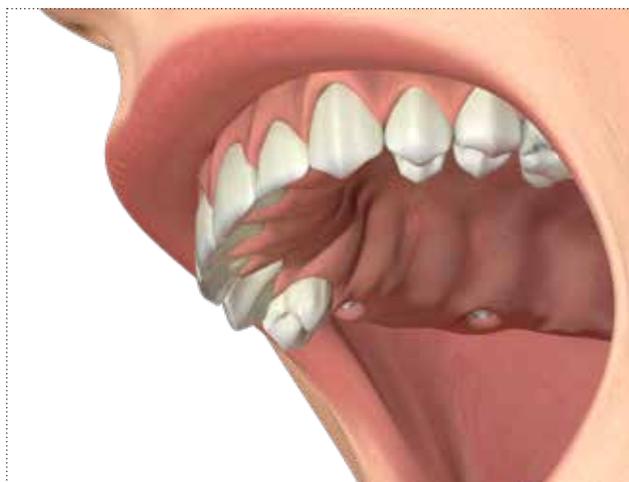


Accoppiare al transfer un analogo da laboratorio di diametro corrispondente. Il caratteristico click delle alette del transfer indica che l'analogo è stato inserito correttamente. Colare il modello preliminare e realizzare un cucchiaio portaimpronte individuale come d'abitudine.



### Impronta con transfer Pull-up – multipla

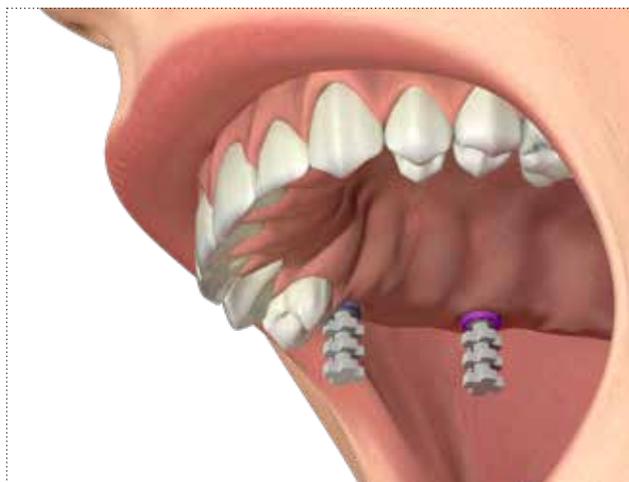
Esporre le connessioni implantari, qualora sia stato adottato un protocollo in doppia fase chirurgica, oppure rimuovere le viti transmucose di guarigione.



Posizionare i transfer Pull-up e fissarli con una semplice pressione a mano libera, senza necessità di strumenti. Il caratteristico click delle alette del transfer indica che esso è stato inserito correttamente nella connessione dell'implanto.

#### Avvertenza importante

In caso di scarsa visibilità o di dubbio sul completo accoppiamento fra transfer e impianto effettuare una verifica radiografica. L'anello in titanio alla base del transfer lo rende visibile nelle radiografie.

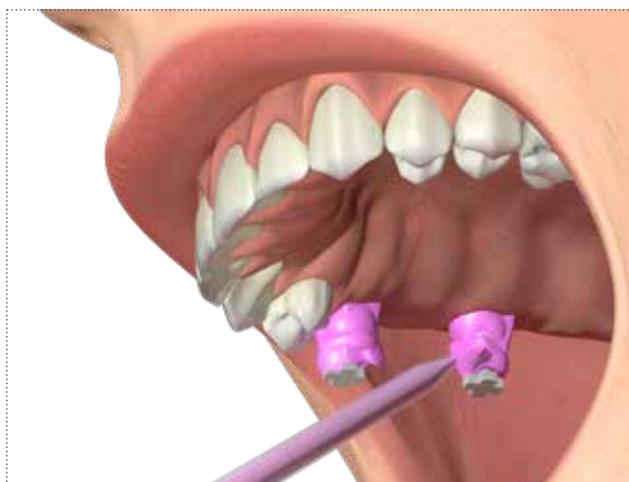


Posizionare il cucchiaio e verificare che tutta l'altezza dei transfer sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta.

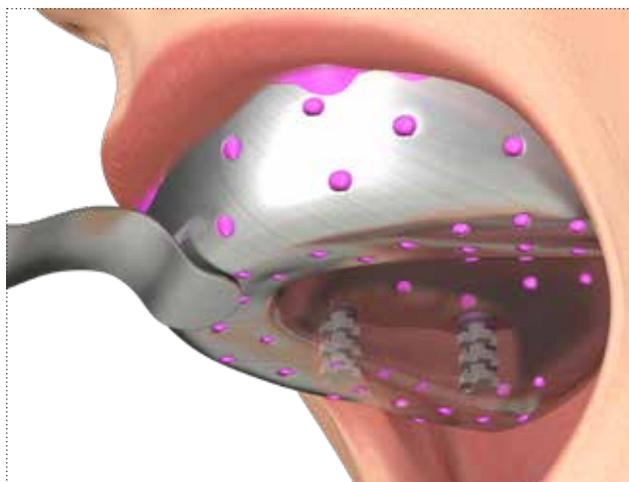
Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno ai transfer.

#### Avvertenza importante

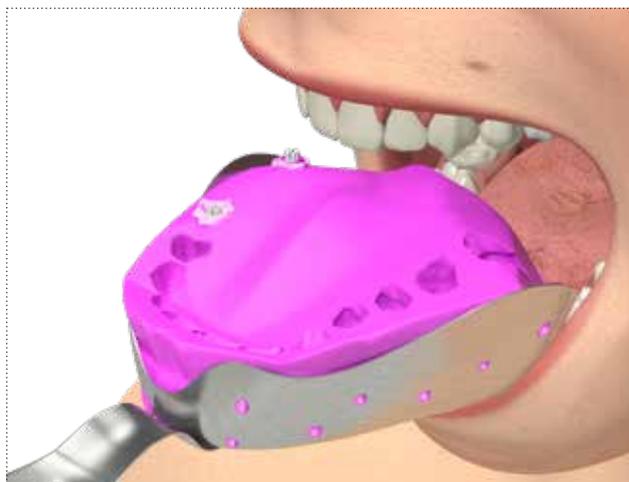
Qualora fosse necessario, è possibile accorciare i transfer Pull-up eliminando uno o due moduli verticali oppure rimuovendo le porzioni delle alette orizzontali di ritenzione che creano interferenza. La porzione di transfer rimanente nel materiale da impronta è comunque sufficiente a garantire una corretta presa d'impronta.



Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Solleverlo verticalmente: i transfer Pull-up resteranno inglobati nell'impronta.



Accoppiare ai transfer gli analoghi da laboratorio di diametro corrispondente. Il caratteristico click delle alette del transfer indica che l'analogo è stato inserito correttamente. Colare il modello preliminare e realizzare un cucchiaio portaimpronte individuale come d'abitudine.

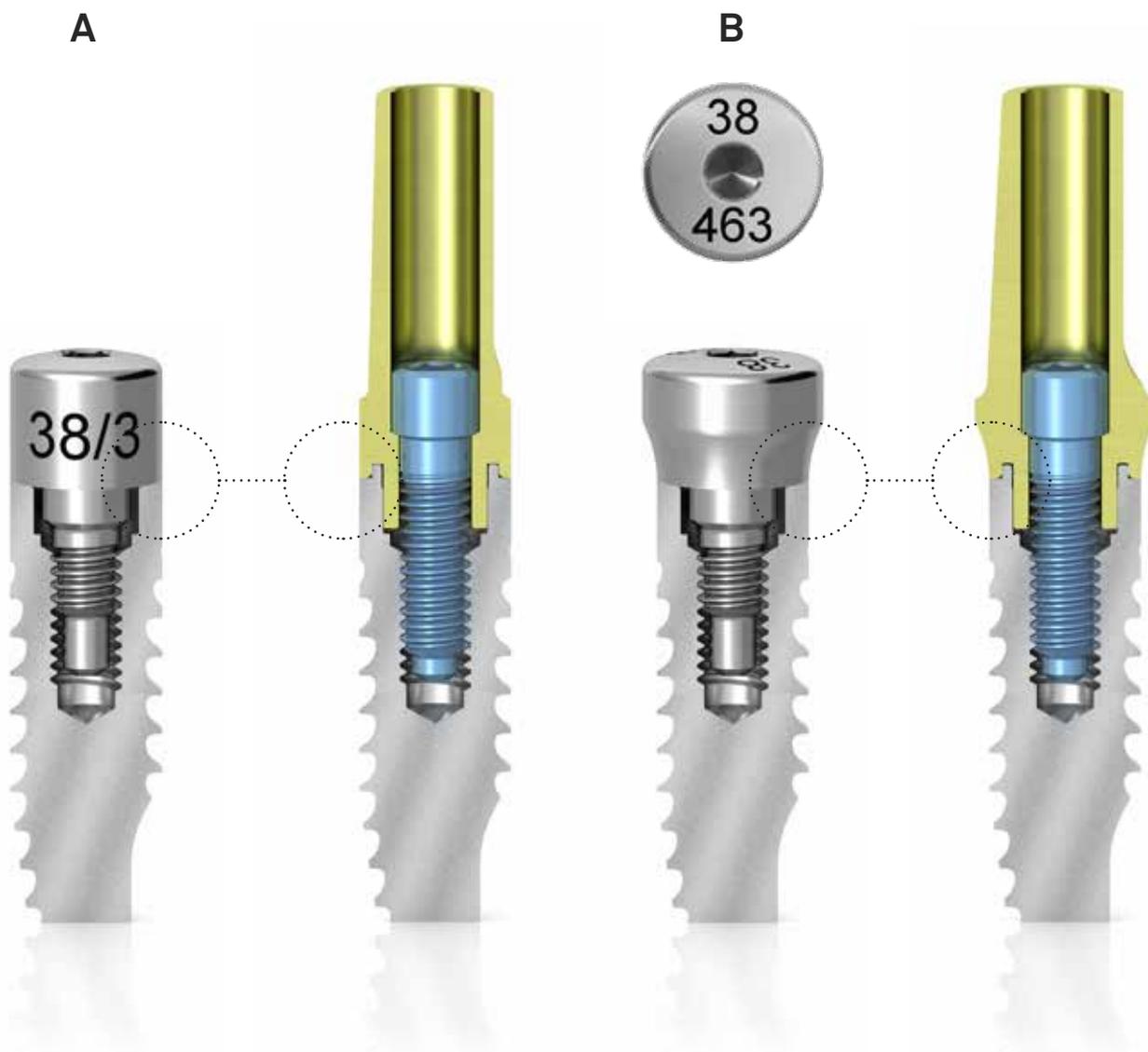


# Condizionamento dei tessuti molli con transmucose di guarigione

Per permettere la riabilitazione dei tessuti a seconda delle diverse esigenze anatomiche dei pazienti sono disponibili pilastri sia con profilo dritto sia con profilo anatomico, a seconda del protocollo protesico adottato.

Le transmucose vanno scelte di un'altezza transmucosa di un millimetro superiore a quella del pilastro che si desidera utilizzare per la riabilitazione finale, così da attraversare il tratto transmucoso e permettere successivamente un più facile inserimento dei pilastri.

Le transmucose di guarigione con profilo di emergenza dritto (**img. A**) hanno una marcatura laser leggibile sul lato che riporta il diametro della piattaforma e l'altezza, le transmucose di guarigione con profilo ad emergenza anatomica (**img. B**) hanno una marcatura laser leggibile sulla faccia superiore che riporta il diametro di connessione, il massimo ingombro coronale e l'altezza transmucosa.



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Transmucose di guarigione Emergenza anatomica H. transmucosa 2 mm	<b>A-TMGR-330-2</b>  $\varnothing$ 3.30...   2.00 M 1.8...	<b>A-TMGR-380-2</b>  $\varnothing$ 3.80...   2.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-425-2</b>  $\varnothing$ 4.25...   2.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-500-2</b>  $\varnothing$ 5.00...   2.00 M 1.8...
Transmucose di guarigione Emergenza anatomica H. transmucosa 3 mm	<b>A-TMGR-330-3</b>  $\varnothing$ 3.30...   3.00 M 1.8...	<b>A-TMGR-380-3</b>  $\varnothing$ 3.80...   3.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-425-3</b>  $\varnothing$ 4.25...   3.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-500-3</b>  $\varnothing$ 5.00...   3.00 M 1.8...
Transmucose di guarigione Emergenza anatomica H. transmucosa 5 mm	<b>A-TMGR-330-5</b>  $\varnothing$ 3.30...   5.00 M 1.8...	<b>A-TMGR-380-5</b>  $\varnothing$ 3.80...   5.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-425-5</b>  $\varnothing$ 4.25...   5.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-500-5</b>  $\varnothing$ 5.00...   5.00 M 1.8...
Transmucose di guarigione Emergenza anatomica H. transmucosa 7 mm	-	<b>A-TMGR-380-7</b>  $\varnothing$ 3.80...   7.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-425-7</b>  $\varnothing$ 4.25...   7.00 M 1.8...	<b>AS-TMGR-500-7</b>  $\varnothing$ 5.00...   7.00 M 1.8...
Transmucose di guarigione Emergenza dritta H. transmucosa 2 mm	<b>A-TMG-330-2</b>  $\varnothing$ 3.30...   2.00 M 1.8...	<b>A-TMG-380-2</b>  $\varnothing$ 3.80...   2.00 M 1.8...	-	-
Transmucose di guarigione Emergenza dritta H. transmucosa 3 mm	<b>A-TMG-330-3</b>  $\varnothing$ 3.30...   3.00 M 1.8...	<b>A-TMG-380-3</b>  $\varnothing$ 3.80...   3.00 M 1.8...	-	-
Transmucose di guarigione Emergenza dritta H. transmucosa 5 mm	<b>A-TMG-330-5</b>  $\varnothing$ 3.30...   5.00 M 1.8...	<b>A-TMG-380-5</b>  $\varnothing$ 3.80...   5.00 M 1.8...	-	-
Transmucose di guarigione Emergenza dritta H. transmucosa 7 mm	<b>A-TMG-330-7</b>  $\varnothing$ 3.30...   7.00 M 1.8...	-	-	-

Torque di serraggio raccomandato per le viti transmucose di guarigione: 8-10 Ncm.

descrizione	3.30	3.80	4.25	5.00
Vite transfer anatomica per Tecnica REGISTRA h 5.00 mm	<b>A-TO-330-5</b> 	<b>A-TO-380-5</b> 	<b>AS-TO-425-5</b> 	-
Vite transfer anatomica per Tecnica REGISTRA h 7.00 mm	<b>A-TO-330-7</b> 	<b>A-TO-380-7</b> 	<b>AS-TO-425-7</b> 	-
Vite transfer anatomica per Tecnica REGISTRA h 9.00 mm	<b>A-TO-330-9</b> 	<b>A-TO-380-9</b> 	<b>AS-TO-425-9</b> 	-

descrizione	codice
Cappetta universale per viti transfer REGISTRA	<b>CAP-TO</b> 

**Condizionamento dei tessuti molli con transmucosa di guarigione - corona singola**

La transmucosa di guarigione deve essere inserita utilizzando gli avvitatori della serie HSM. È necessario che l'avvitamento della transmucosa sia eseguito con il CRI5-KIT, che garantisce il controllo del limite del torque di serraggio a 8-10 Ncm.

Suturare i lembi attorno alla transmucosa rispettando la conformazione originaria delle papille dei denti adiacenti.



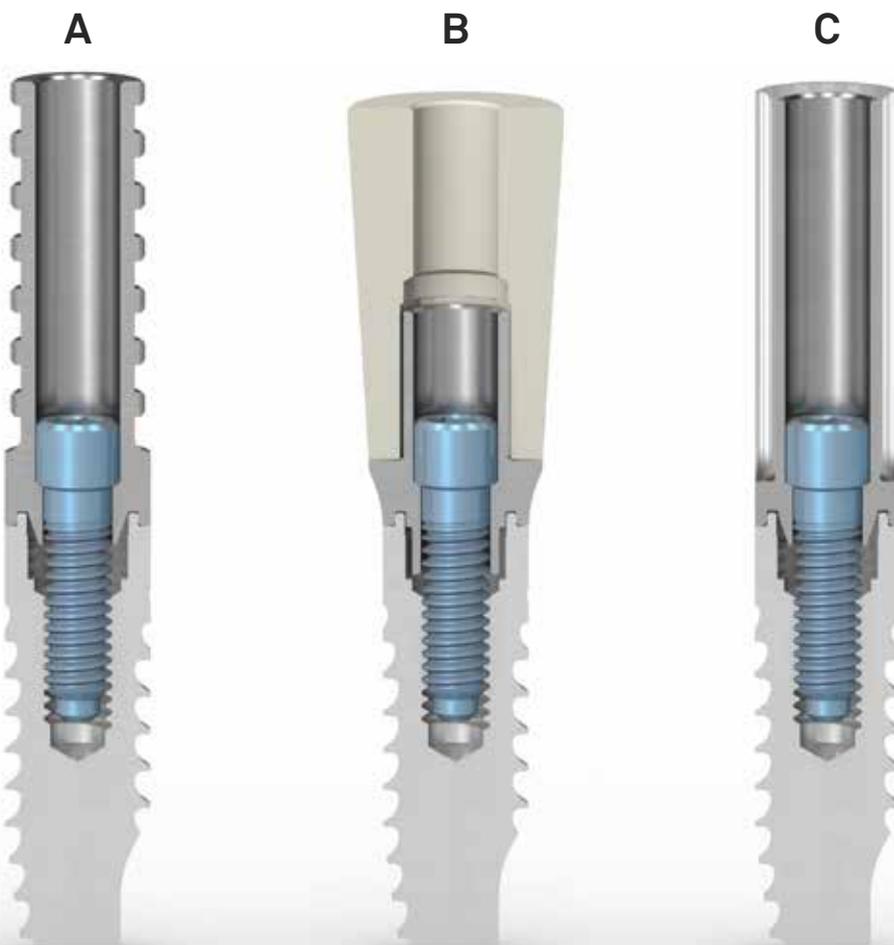
Durante il periodo di guarigione dei tessuti molli, l'estetica, dove necessaria, viene mantenuta incollando un ponte Maryland ai denti adiacenti, in modo da non sottoporre a carico la transmucosa e quindi l'impianto.

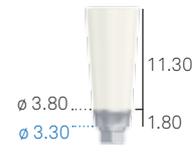
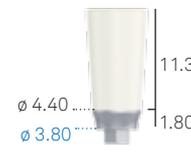
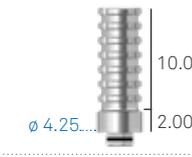
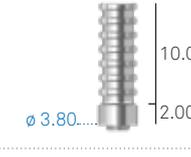
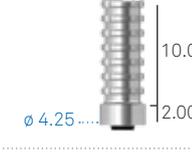
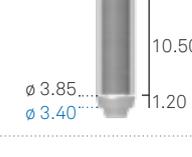
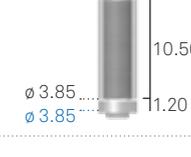


# Condizionamento dei tessuti molli con riabilitazioni provvisorie

Il protocollo protesico Simple prevede delle pratiche e semplici soluzioni per la realizzazione di strutture protesiche avvitate o cementate, sia singole che multiple. Tali componenti protesiche possono essere usate in maniera convenzionale dopo il periodo di guarigione ossea, oppure immediatamente dopo l'inserimento chirurgico degli impianti, qualora sussistano le condizioni per il carico immediato. Le cannule in titanio, sono adattabili a qualunque anatomia.

I pilastri SIMPLE con emergenza dritta (**img. A**) sono disponibili sia con cono di centraggio per strutture multiple da avvitare direttamente agli impianti anche in presenza di forti disparallelismi, sia con esagono di riposizionamento per corone singole. Il pilastro in PEEK con base in titanio può essere preparato dal clinico, consentendo di creare soluzioni singole o multiple provvisorie cementate (**img. B**). Per realizzare un provvisorio full arch con tecnica per incollaggio sono disponibili degli appositi pilastri dotati di cannula calcinabile (**img. C**).



∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Provvisori SIMPLE in PEEK con base in titanio Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-MPSC-330</b> 	Utilizzare A-MPSC-330	-	-
Provvisori SIMPLE in PEEK con base in titanio Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-MPSCR-330</b> 	<b>A-MPSCR-380</b> 	<b>AS-MPSCR-425</b> 	<b>AS-MPSCR-500</b> 
Provvisori SIMPLE in titanio Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-MPSCI-330-EX</b> 	<b>A-MPSCI-380-EX</b> 	<b>AS-MPSCI-425-EX</b> 	<b>AS-MPSCI-500-EX</b> 
Provvisori SIMPLE in titanio Non riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-MPSCI-330</b> 	<b>A-MPSCI-380</b> 	<b>AS-MPSCI-425</b> 	<b>AS-MPSCI-500</b> 
Provvisori in titanio con cannula Non riposizionabili Emergenza dritta Cannula calcinabile e vite di serraggio incluse	<b>A-CTI-330</b> 	<b>A-CTI-380</b> 	Utilizzare A-CTI-380	Utilizzare A-CTI-380
Cannula calcinabile di ricambio per pilastri in titanio Vite di serraggio non inclusa	<b>A-CCI-S</b> 	Utilizzare A-CCI-S	Utilizzare A-CCI-S	Utilizzare A-CCI-S
Confezione singola Confezione da 10 pezzi	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b> 	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180

Vite di serraggio VM2-180 In dotazione con i provvisori e ordinabile anche separatamente come ricambio

descrizione	codice	
cannula liscia in Ti Gr.5, h 14.00 mm, emergenza dritta	<b>L-CT-340-ROT</b>	
cannula liscia in cromo cobalto, h 14.00 mm, emergenza dritta	<b>L-CCRCO-340-ROT</b>	
cannula liscia in Ti Gr.5, h 14.00 mm, emergenza anatomica	<b>L-CTR-340-ROT</b>	
cannula liscia in cromo cobalto, h 14.00 mm, emergenza anatomica	<b>L-CCRCOR-340-ROT</b>	

Vite L-VMS-180 inclusa.

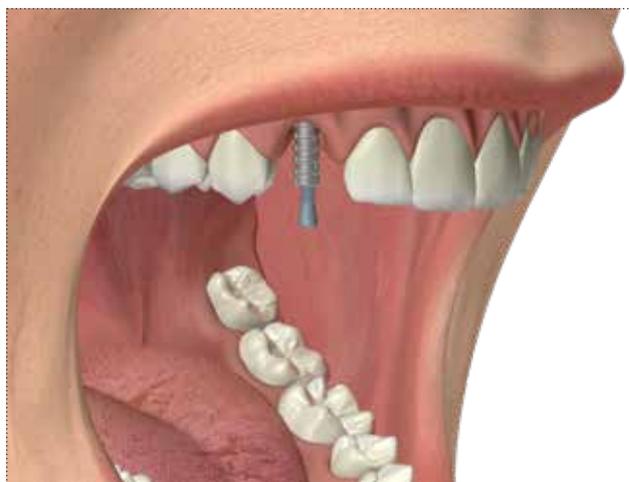
#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

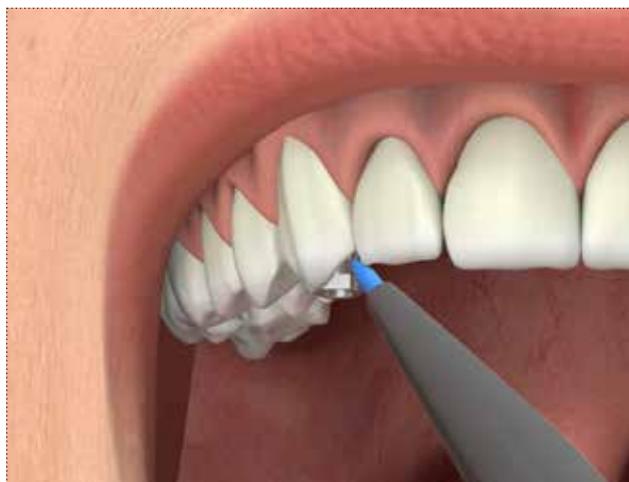
Torque raccomandato per i pilastri provvisori: 20-25 Ncm.

### Riabilitazione provvisoria singola avvitata con cannula Simple in titanio

Rimuovere la vite chirurgica di chiusura o la transmucosa di guarigione per esporre la connessione implantare. Scegliere un pilastro provvisorio Simple in titanio Gr. 5 in versione riposizionabile con il profilo di emergenza più idoneo e avvitarlo all'impianto, lasciandolo inizialmente della lunghezza originaria. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm.



Sul pilastro Simple inserire uno sgusciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo del pilastro. Segnare il margine palatale e vestibolare della cappetta provvisoria per poi poter ridurre la cannula in titanio in maniera congruente.



Sfilare la corona provvisoria e svitare il pilastro. Fissare il pilastro a un analogo da gesso e tagliarlo all'altezza segnalata, utilizzando un disco abrasivo.



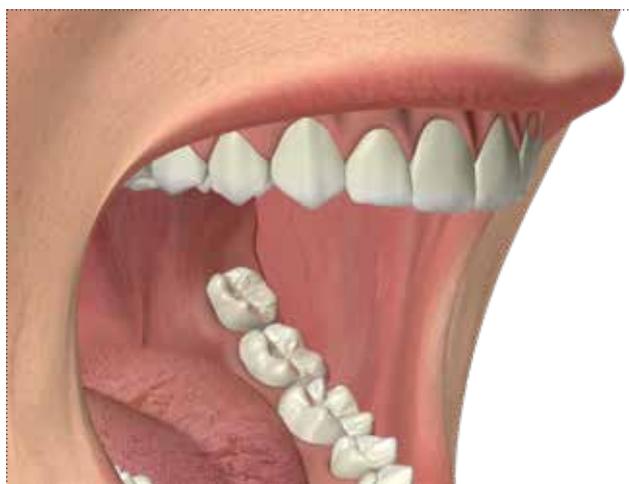
Incollare la corona provvisoria al pilastro provvisorio Simple attendendo la polimerizzazione secondo i modi e i tempi previsti. Poi rifinire la base del provvisorio.



A polimerizzazione avvenuta avvitare il provvisorio all'impianto, avendo cura di tenere lontani i lembi dei tessuti molli dalla connessione durante le manovre di inserimento. Il provvisorio viene avvitato con l'apposita vite e un avvitatore della serie HSM. Il torque raccomandato è di 20-25 Ncm.



Inserire del teflon, guttaperca o cemento morbido nel foro vite del pilastro provvisorio Simple e chiudere la sommità con resina o composito per preservare la testa della vite. Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.

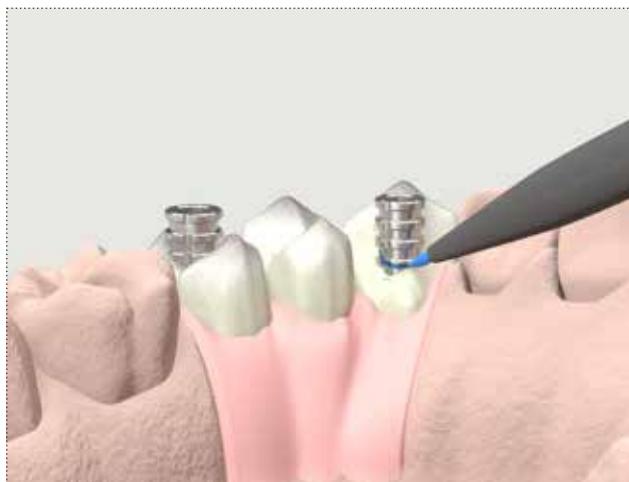


### Riabilitazione provvisoria multipla avvitata con cannule Simple in titanio

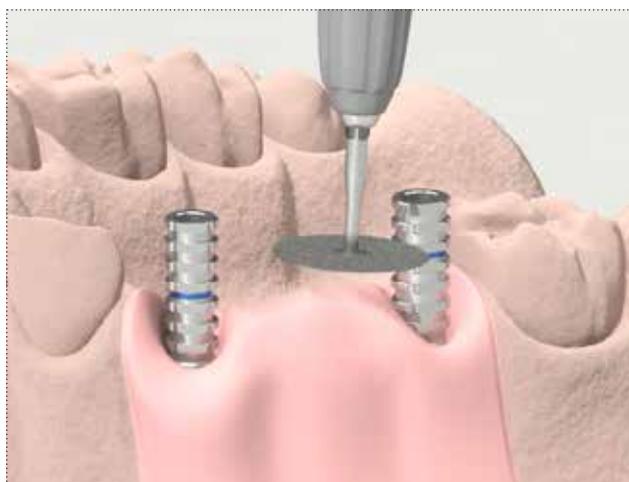
Scegliere dei pilastri provvisori Simple in titanio Gr. 5 in versione rotante non riposizionabile con il profilo di emergenza più idoneo e avvitarli agli analoghi su modello, lasciandoli inizialmente della lunghezza originaria. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm.



Sui pilastri Simple inserire un ponte sgucciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo dei pilastri. Segnare il margine palatale e vestibolare del ponte provvisorio su entrambi i pilastri per poi poterli ridurre in maniera congruente.



Sfilare il ponte provvisorio e tagliare su modello i pilastri all'altezza segnalata utilizzando un disco abrasivo.



Incollare il ponte provvisorio alle cannule in titanio Simple attendendo la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti.

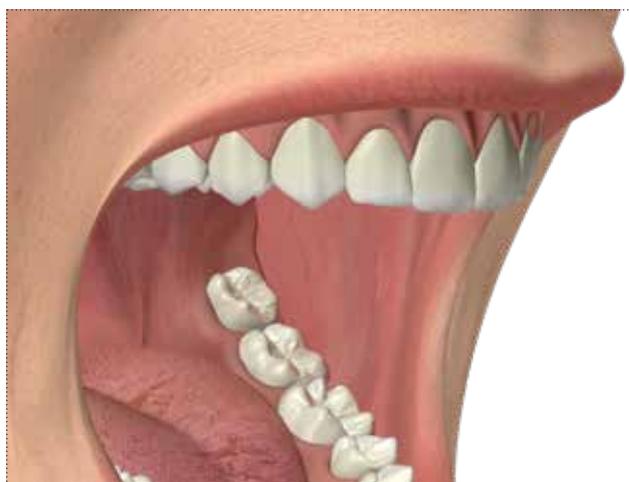


A polimerizzazione avvenuta svitare il ponte provvisorio dal modello e avvitarlo agli impianti, avendo cura di tenere lontani i lembi dei tessuti molli dalla connessione durante le manovre di inserimento e suturandoli poi attorno all'emergenza dei pilastri per un adeguato condizionamento.

Il provvisorio deve essere avvitato con le apposite viti e un avvitatore della serie HSM. Si raccomanda di non superare il torque di serraggio di 20-25 Ncm.



Inserire del teflon, guttaperca o cemento morbido nel foro vite dei pilastri provvisori Simple e chiudere la sommità con resina o composito per preservare la testa della vite. Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.



## Riabilitazione provvisoria singola cementata con pilastro Simple in PEEK con base in titanio

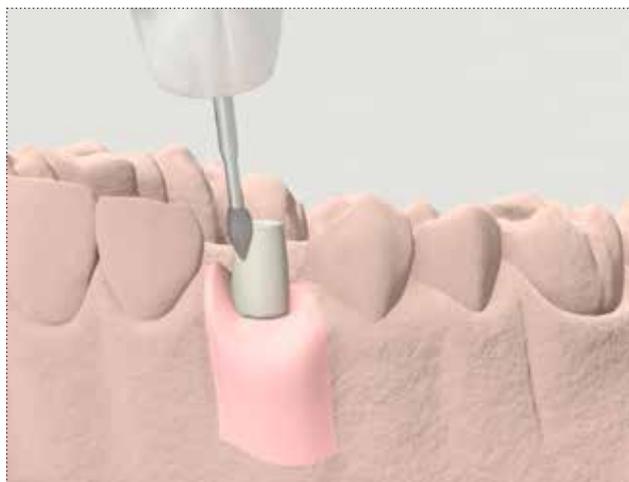
Avvitare un pilastro provvisorio Simple in PEEK dell'emergenza prescelta in bocca al paziente o su modello tramite un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm. Nel caso in cui l'avvitamento avvenga in bocca, segnare il margine palatale e vestibolare sul pilastro.

### **Avvertenza importante**

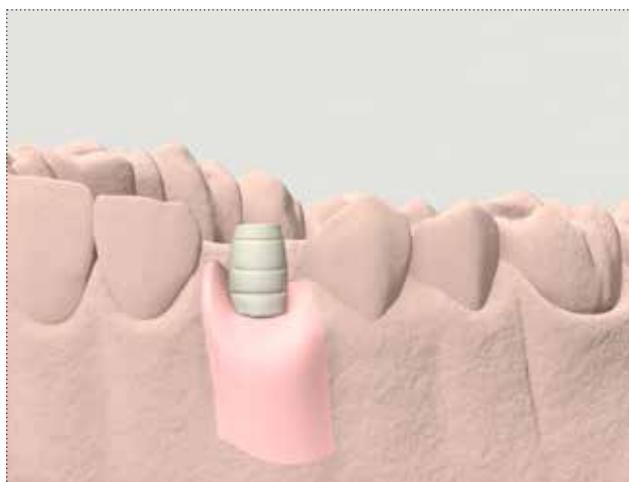
È sempre opportuno fresare il pilastro fuori dal cavo orale, avvitandolo al modello o eventualmente ad un analogo, per evitare che le vibrazioni possano compromettere la stabilità primaria dell'impianto, soprattutto in caso di carico immediato.



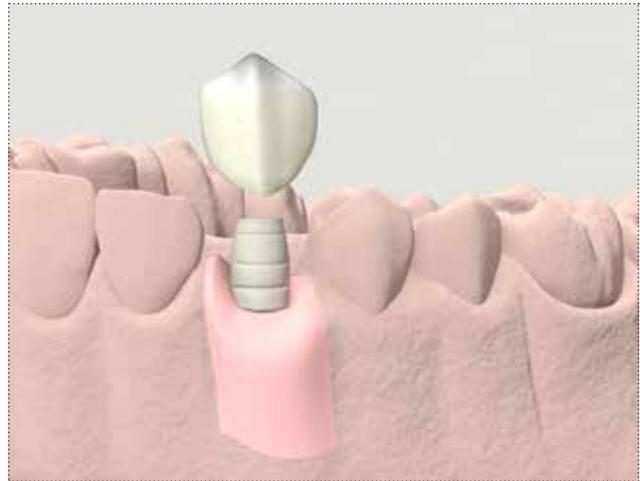
Ridurre il pilastro in altezza e diametro, facendo attenzione a lasciare integra la testa della vite per non rischiare di modificarla e creare problemi di tipo meccanico durante le manovre di avvitamento o svitamento.



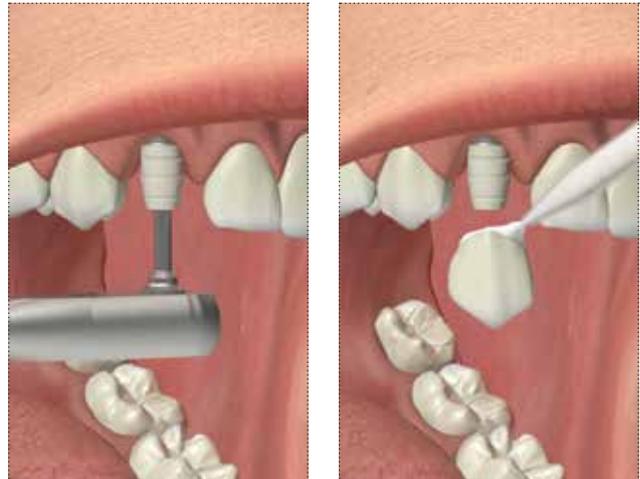
Praticare dei fori o delle scanalature ritentive sul corpo in PEEK del pilastro per facilitare la cementazione della corona provvisoria.



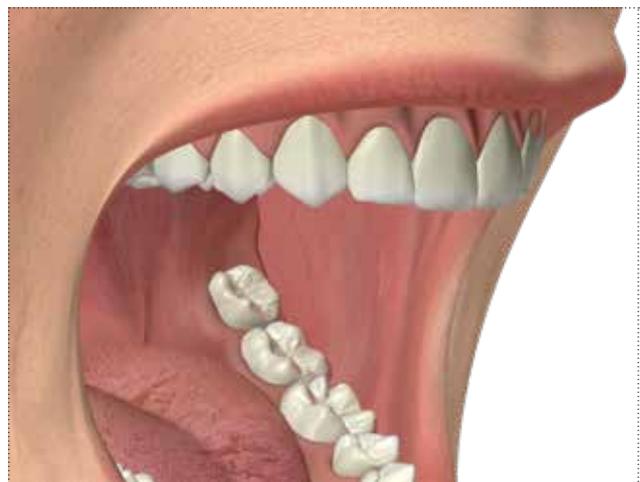
Definire forma, volume e occlusione, eseguendo una ceratura e realizzando la corona provvisoria secondo la metodologia desiderata.



Avvitare il pilastro in PEEK all'impianto utilizzando l'apposito avvitatore della serie HSM. Si raccomanda un torque di serraggio di 20-25 Ncm. Chiudere il foro vite e cementare la corona sul pilastro.



Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.



### Riabilitazione provvisoria multipla cementata con pilastri Simple in PEEK con base in titanio

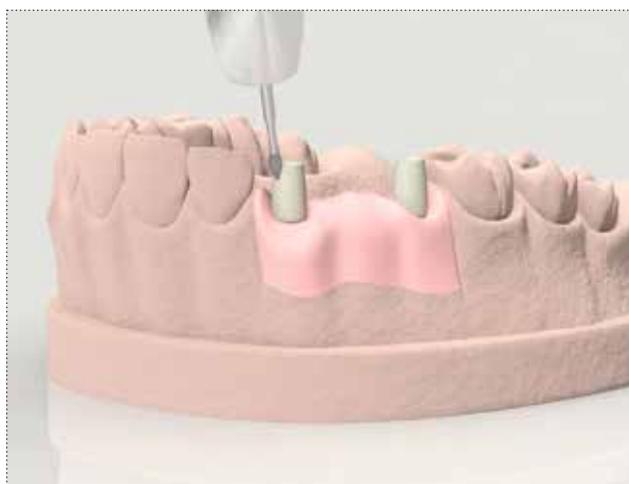
Avvitare i pilastri provvisori Simple in PEEK in bocca al paziente o su modello con gli avvitatori della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm. Nel caso in cui l'avvitamento avvenga in bocca, segnare il margine palatale e vestibolare sui pilastri.

#### **Avvertenza importante**

È sempre opportuno fresare il pilastro fuori dal cavo orale, avvitandolo al modello o eventualmente ad un analogo, per evitare che le vibrazioni possano compromettere la stabilità primaria dell'impianto, soprattutto in caso di carico immediato.



Ridurre i pilastri in altezza e diametro, eventualmente aiutandosi con un parallelometro, facendo attenzione a lasciare integre le teste delle viti per non rischiare di modificarle e creare problemi di tipo meccanico durante le manovre di avvitamento o svitamento.



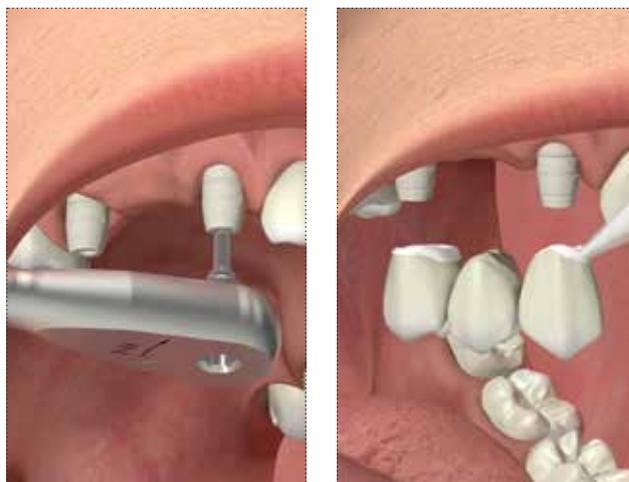
Praticare dei fori o delle scanalature ritentive sul corpo in PEEK dei pilastri per facilitare la cementazione del ponte provvisorio.



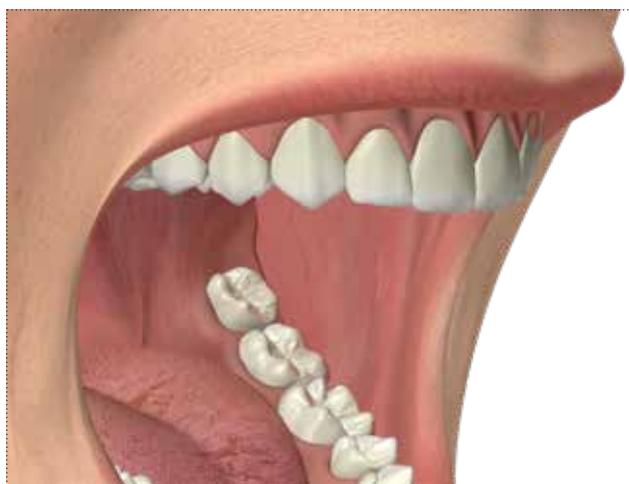
Definire forma, volume e occlusione, eseguendo una ceratura e realizzando il ponte provvisorio secondo la metodologia desiderata.



Avvitare i pilastri in PEEK agli impianti utilizzando l'apposito avvitatore della serie HSM. Si raccomanda un torque di serraggio di 20-25 Ncm. Chiudere i fori vite e cementare il ponte sui pilastri.

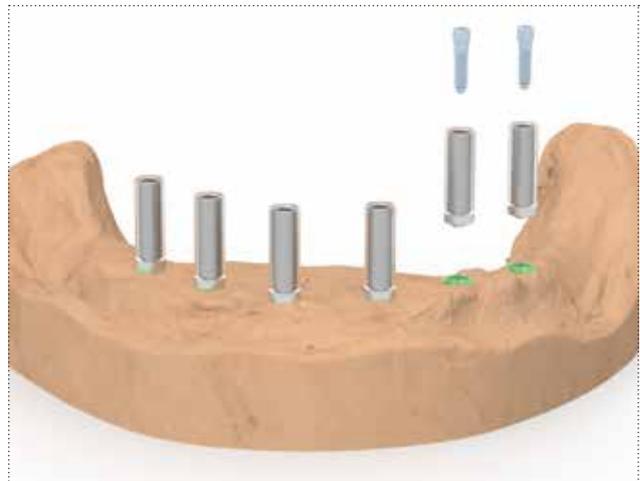


Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.



### Riabilitazione provvisoria multipla armata incollata con pilastri provvisori in titanio

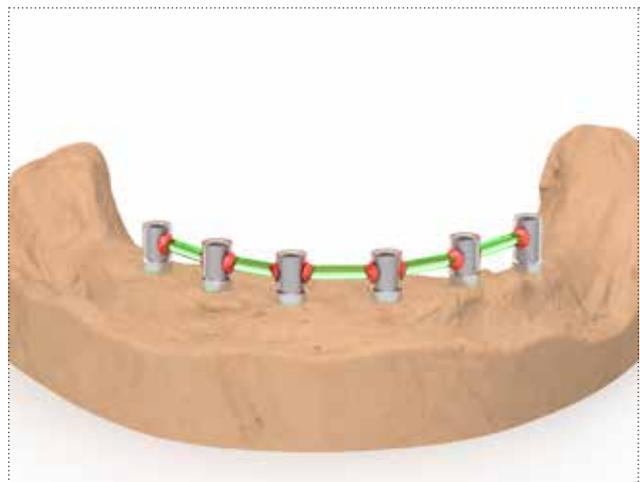
Posizionare i pilastri A-CTI-380 sugli analoghi inseriti nel modello di precisione e serrare la vite con un avvitatore della serie HSM. Inserire su ogni pilastro la cannula A-CCI-S fornita in dotazione.



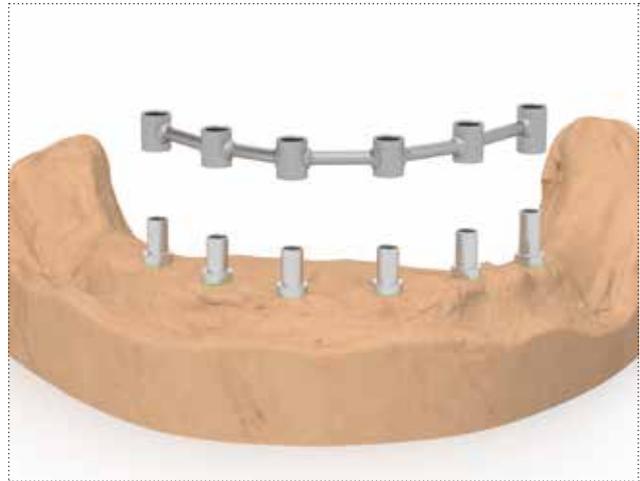
Ridurre i pilastri ad una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, aiutandosi con la mascherina in silicone.



Assemblare un framework calcinabile in resina, aiutandosi eventualmente anche con segmenti di barra calcinabile (cod. BARC, vedi pag. 209).



Sfilare dai pilastri il framework calcinabile solidarizzato alle cannule A-CCI-S e fondere la struttura come d'abitudine o produrla tramite tecnologia CAD CAM. Provare la struttura prima sui pilastri sul modello per verificarne la completa passività.



Inserire il framework in uno sgusciato preconfezionato, e fissarlo in posizione con cemento o resina, avendo cura di non ostruire gli alloggiamenti dei pilastri. A tal fine può essere utile riempire i fori con cera. Poi rifinire la base del provvisorio.



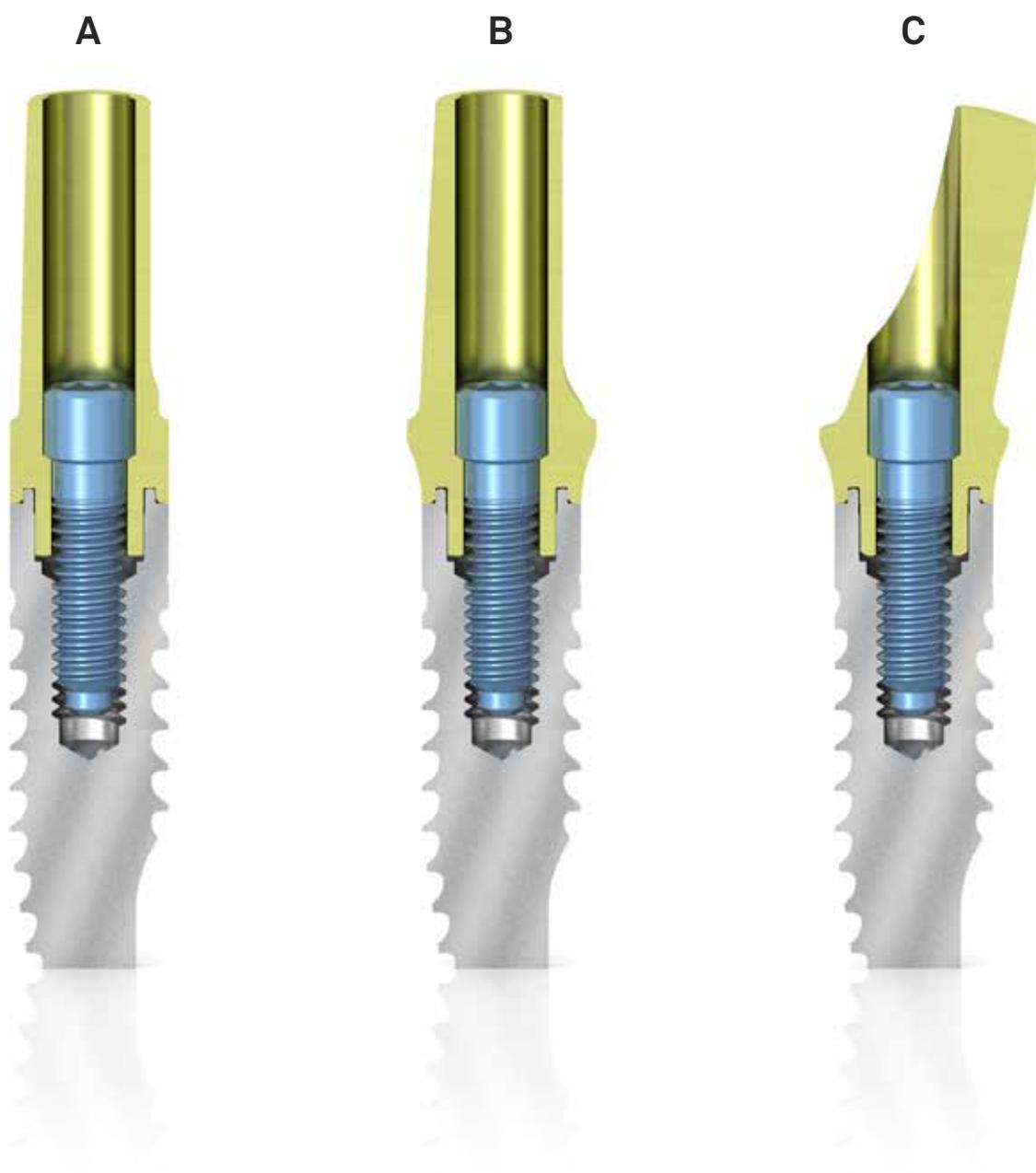
Avvitare la struttura provvisoria in bocca al paziente e chiudere i fori vite con composito, rispettando un torque di 20-25 Ncm.

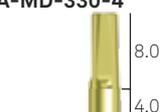
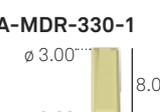
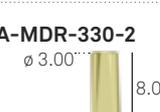
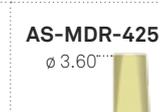
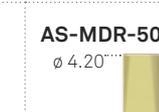
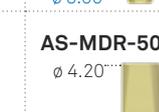


# Riabilitazione definitiva con pilastri preformati

I pilastri preformati sono prodotti in titanio Gr. 5 e vengono sottoposti a un processo di passivazione controllata che comporta il viraggio del colore superficiale a un caratteristico giallo dorato paglierino. Il colore è ottenuto mediante un processo di ossidazione, pertanto senza alcun rivestimento, garantendo quindi l'utilizzo di una superficie altamente biocompatibile.

I pilastri dritti sono disponibili in due versioni: con emergenza dritta (**img. A**), ideale nei casi di limitati spazi adiacenti, oppure con emergenza anatomica (**img. B**). I pilastri angolati con esagono di riposizionamento sono disponibili con angolazione di 15° e 25° (**img. C**).



∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza dritta H. transucosa 1.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-330-1</b> 	<b>A-MD-380-1</b> 	<b>AS-MD-425-1</b> 	<b>AS-MD-500-1</b> 
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza dritta H. transucosa 2.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-330-2</b> 	<b>A-MD-380-2</b> 	<b>AS-MD-425-2</b> 	<b>AS-MD-500-2</b> 
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza dritta H. transucosa 4.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-330-4</b> 	<b>A-MD-380-4</b> 	<b>AS-MD-425-4</b> 	<b>AS-MD-500-4</b> 
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza anatomica H. transucosa 1.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MDR-330-1</b> 	<b>A-MDR-380-1</b> 	<b>AS-MDR-425-1</b> 	<b>AS-MDR-500-1</b> 
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza anatomica H. transucosa 2.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MDR-330-2</b> 	<b>A-MDR-380-2</b> 	<b>AS-MDR-425-2</b> 	<b>AS-MDR-500-2</b> 
Pilastrini preformati Riposizionabili Emergenza anatomica H. transucosa 4.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MDR-330-4</b> 	<b>A-MDR-380-4</b> 	<b>AS-MDR-425-4</b> 	<b>AS-MDR-500-4</b> 
Pilastrini preformati angolati a 15° Riposizionabili Emergenza dritta H. transucosa 1.75 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MA15-330</b> 	-	-	-
Pilastrini preformati angolati a 15° Riposizionabili Emergenza anatomica H. transucosa 1.80 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-MAR15-330</b> 	<b>A-MAR15-380</b> 	<b>AS-MAR15-425</b> 	<b>AS-MAR15-500</b> 
Pilastrini preformati angolati a 25° Riposizionabili Emergenza anatomica H. transucosa 1.80 mm Vite di serraggio inclusa	-	<b>A-MAR25-380</b> 	<b>AS-MAR25-425</b> 	-
Confezione singola Confezione da 10 pezzi	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b>	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180
Vite di serraggio In dotazione con i pilastrini e ordinabile anche separatamente come ricambio				

Torque raccomandato per i pilastrini preformati: 20-25 Ncm.

#### Avvertenza importante

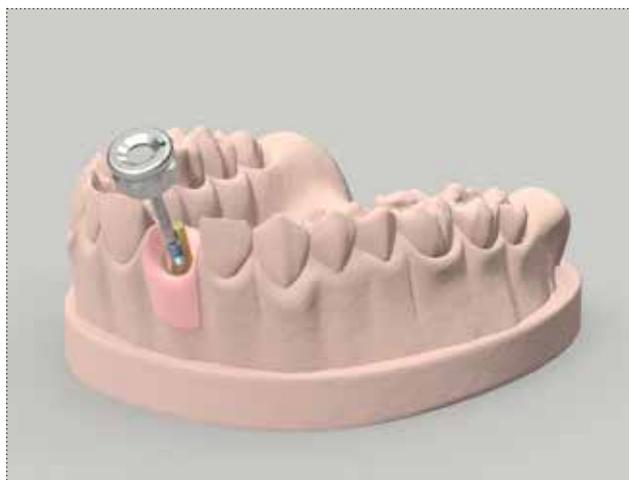
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

## Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastri preformati

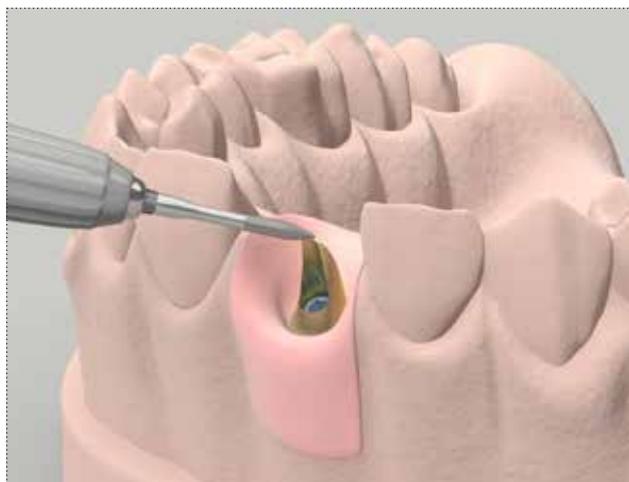
Sul modello di precisione inserire un pilastro preformato riposizionabile scegliendo la giusta altezza transmucosa e l'eventuale angolazione a 15° o 25°.  
Avvitare il pilastro con l'apposita vite a un torque massimo di 8-10 Ncm.

### **Avvertenza importante**

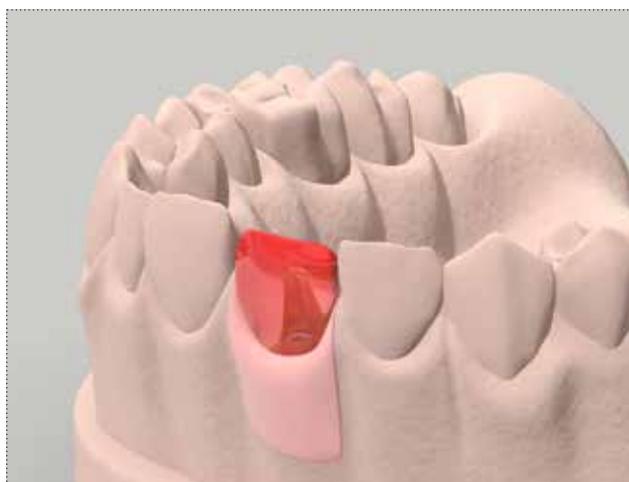
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



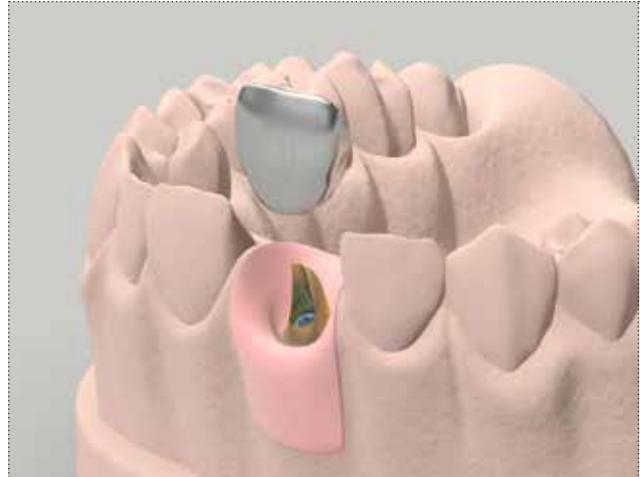
Ridurre il pilastro in altezza, se necessario, e correggerne l'eventuale inclinazione con una fresa idonea senza intaccare la testa della vite.



Modellare in cera o resina la cappetta sul pilastro, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare la cappetta per fusione o con tecniche CAD CAM. Provare la struttura su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento della cappetta sul pilastro ed eventualmente correggerle con una fresa.



Posizionare il pilastro in bocca e fissarlo con la vite di serraggio fornita in dotazione, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Chiudere il foro vite, ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine e cementare la corona sul pilastro avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.

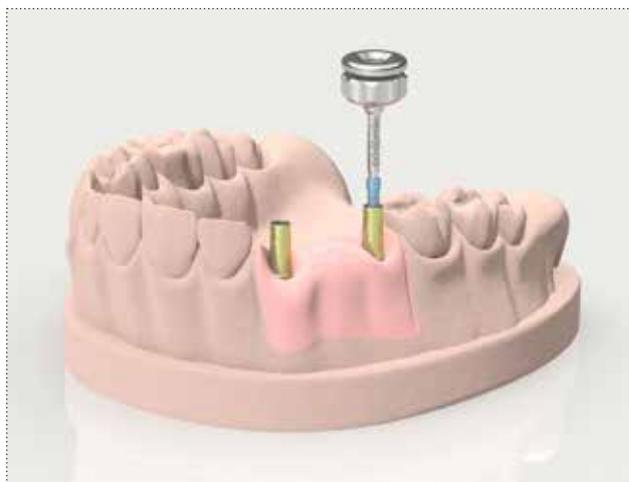


### Riabilitazione definitiva multipla cementata con pilastri preformati

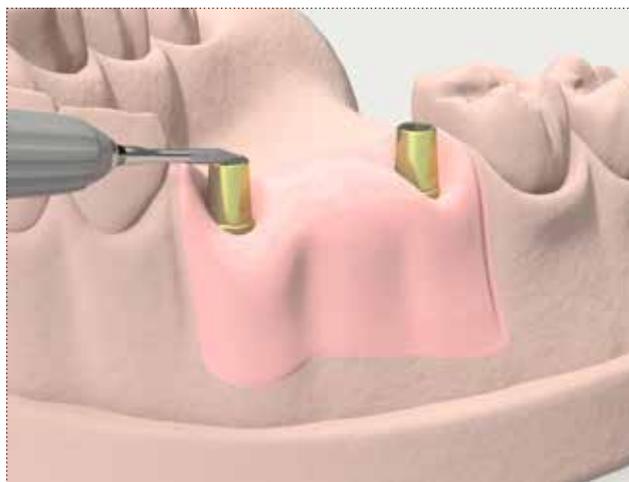
Sul modello di precisione inserire i pilastri preformati ad avvvitamento diretto oppure i pilastri preformati riposizionabili scegliendo la giusta altezza transmucosa e l'eventuale angolazione a 15° o 25°.  
Avvitare con l'apposita vite a un torque massimo di 8-10 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare le viti nuove in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Ridurre i pilastri in altezza, se necessario, e correggerne l'eventuale inclinazione con una fresa idonea senza intaccare la testa delle viti.



Modellare in cera o resina il ponte sui pilastri, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare il ponte per fusione o con tecniche CAD CAM. Provare la struttura su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento del ponte sui pilastri ed eventualmente correggerle con una fresa.



Posizionare i pilastri in bocca e fissarli con la vite di serraggio fornita in dotazione, rispettando un torque di 20-25 Ncm nel caso dei pilastri riposizionabili.



Chiudere i fori vite, ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine e cementare il ponte sui pilastri avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



# Riabilitazione definitiva con pilastri fresabili

I pilastri fresabili consentono di realizzare protocolli di tipo cementato sia su corone singole, sia su strutture multiple, e sono stati realizzati per rispondere a esigenze anatomiche complesse sia in termini di spazi protesici che di impianti disparalleli, grazie alla possibilità di essere fresati.

Un caratteristico profilo a cono rovesciato rende i pilastri dritti particolarmente indicati per angolazioni fino a 10° e profili contenuti

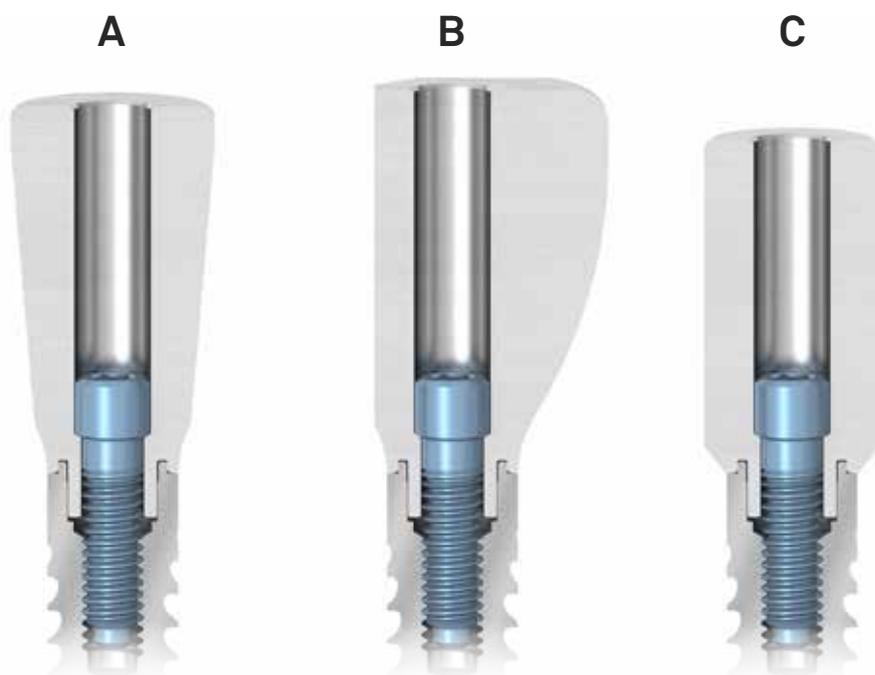
I pilastri SIMPLE si adattano a qualsiasi anatomia ottenuta con i provvisori SIMPLE

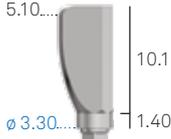
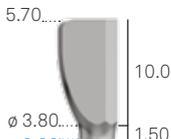
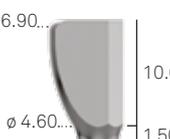


La geometria dei pilastri prescaricati consente di raggiungere angolazioni molto pronunciate, sino a 25°, limitando i tempi di fresaggio

Sono disponibili in tre diverse morfologie:

- Pilastri dritti (**img. A**);
- Pilastri prescaricati (**img. B**);
- Pilastri SIMPLE (**img. C**);



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Pilastrini fresabili dritti Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-MF-330</b> 	<b>A-MF-380</b> 	<b>AS-MF-425</b> 	<b>AS-MF-500</b> 
Pilastrini fresabili dritti Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-MFR-330</b> 	<b>A-MFR-380</b> 	<b>AS-MFR-425</b> 	<b>AS-MFR-500</b> 
Pilastrini fresabili prescaricati Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-MFP-330</b> 	-	-	-
Pilastrini fresabili prescaricati Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-MFPR-330</b> 	<b>A-MFPR-380</b> 	<b>AS-MFPR-425</b> 	<b>AS-MFPR-500</b> 
Pilastrini fresabili SIMPLE Riposizionabili Emergenza molto ampia Vite di serraggio inclusa	<b>A-MFS-330</b> 	<b>A-MFS-380</b> 	<b>AS-MFS-425</b> 	<b>AS-MFS-500</b> 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b>	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180
Vite di serraggio In dotazione con i pilastrini e ordinabile anche separatamente come ricambio	M 1.8 			

Torque raccomandato per i pilastrini fresabili: 20-25 Ncm.

#### Avvertenza importante

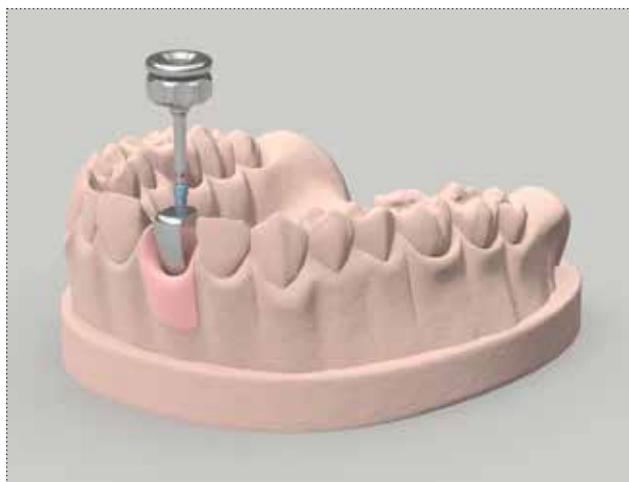
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastri fresabili

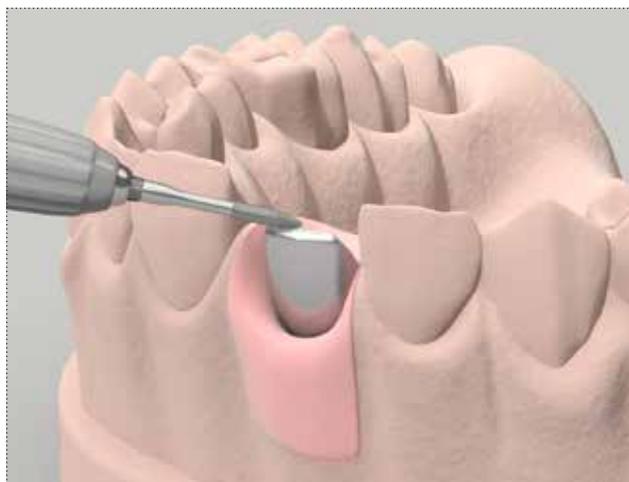
Sul modello di precisione inserire un pilastro fresabile della morfologia più idonea tra quelle disponibili a pag. 75. L'immagine raffigura un pilastro prescaricato, che aiuta a compensare la naturale angolazione dell'osso mascellare. Fissare il pilastro con l'apposita vite, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

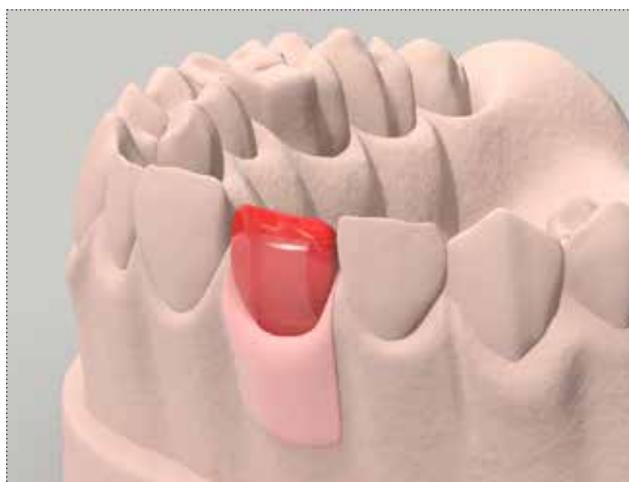
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



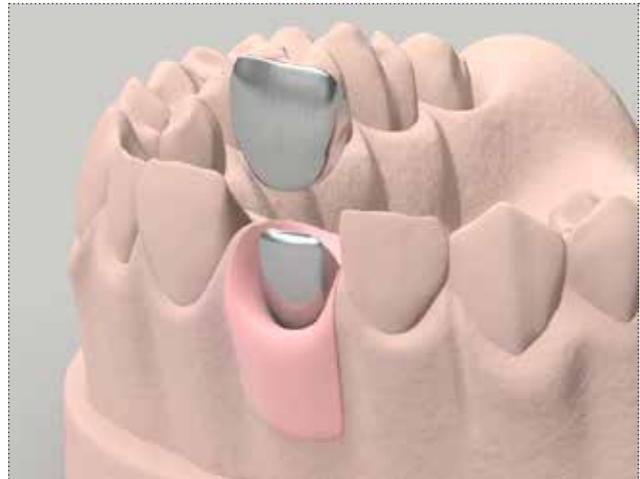
Modellare il pilastro riducendolo in altezza e volume, ove necessario.



Modellare in cera o resina la cappetta sul pilastro, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare la cappetta per fusione o con tecniche CAD CAM. Provare la struttura su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento della cappetta sul pilastro ed eventualmente correggere con una fresa.



Posizionare il pilastro in bocca e fissarlo con la vite fornita in dotazione con il pilastro, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Chiudere il foto vite, ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine e cementare la corona sul pilastro avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



### Riabilitazione definitiva multipla cementata con pilastri fresabili

Sul modello di precisione inserire i pilastri fresabili della morfologia prescelta tra quelle disponibili a pag. 75. L'immagine raffigura l'uso di pilastri dritti con emergenza anatomica.

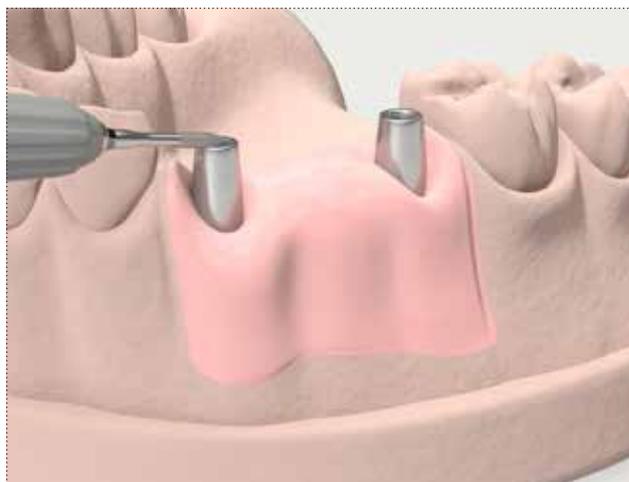
Fissare ogni pilastro con l'apposita vite di serraggio, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

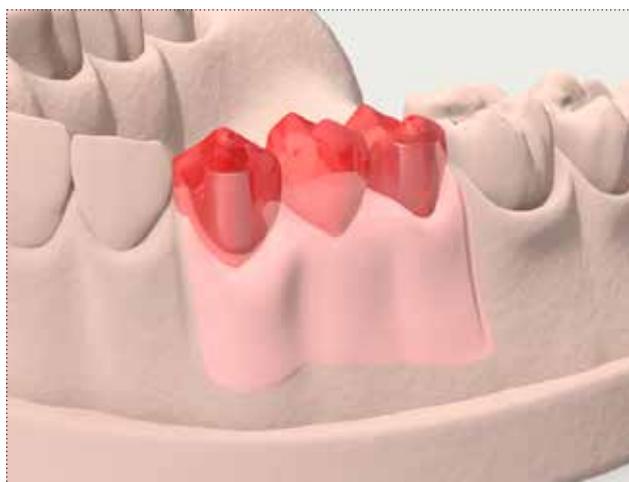
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



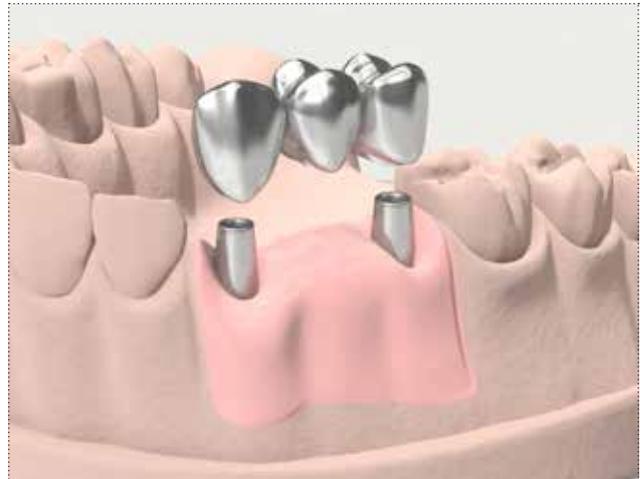
Modellare i pilastri riducendoli in altezza e volume e correggere, ove necessario, eventuali disparallelismi con l'ausilio di un parallelometro.



Modellare in cera o resina il ponte sui pilastri, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare il ponte per fusione o con tecniche CAD CAM. Provare il ponte su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento della struttura sui pilastri ed eventualmente correggere con una fresa.



Posizionare i pilastri in bocca e fissarli con la relativa vite fornita in dotazione, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Chiudere i fori vite, ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine e cementare il ponte sui pilastri avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.

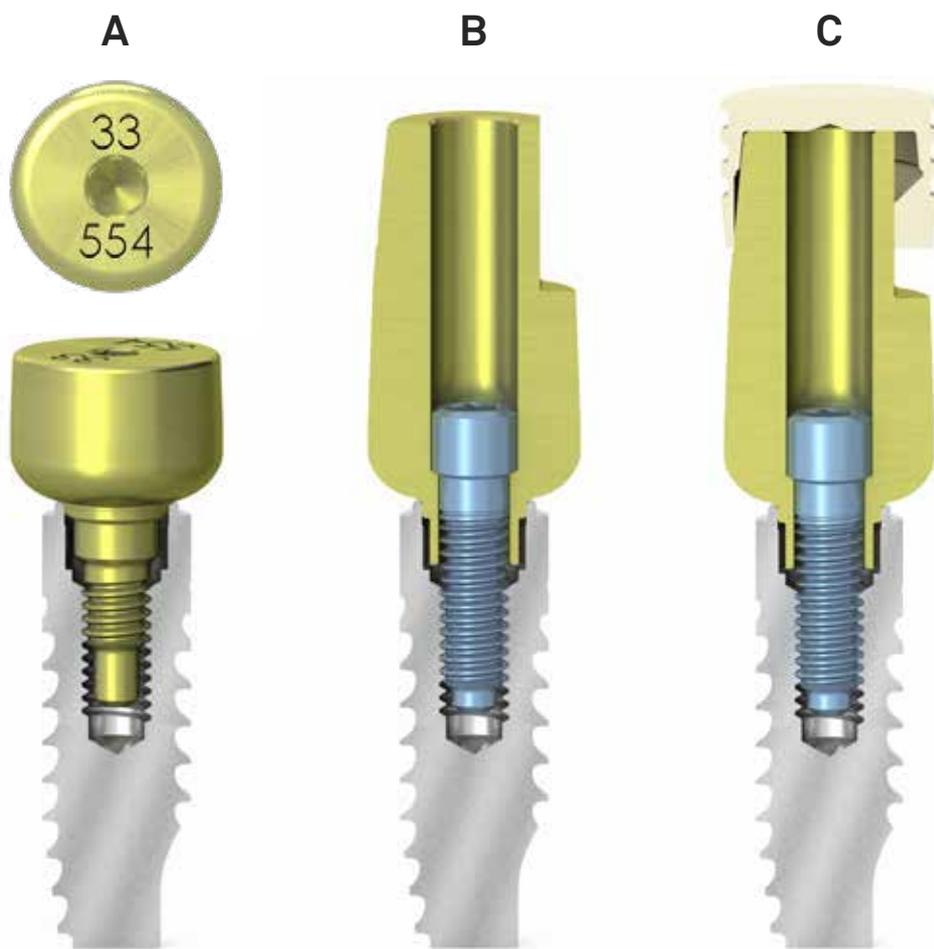


# Riabilitazione provvisoria e definitiva con tecnica verticale

I principi della tecnica verticale sono stati trasferiti all'implantoprotesi grazie alla realizzazione di diverse componenti protesiche, come le transmucose di guarigione, i provvisori in resina REEF e i pilastri per tecnica verticale.

Il pilastro per tecnica verticale è disponibile in un unico diametro per tutti gli impianti Premium One Power e Shelta Power: la scelta di semplificare la gamma è supportata anche dagli ottimi risultati clinici dei protocolli di Platform Switching riportati in letteratura.

Per il condizionamento dei tessuti durante la fase di guarigione sono disponibili transmucose di guarigione (**img. A**), e pilastri per provvisori avvitati in resina REEF, la cui particolare conformazione nanostechiometrica consente un'alta capacità di resistenza all'attacco batterico e all'adesione della placca, agevolando la fase di guarigione. Le transmucose di guarigione standard hanno una marcatura laser leggibile sulla faccia superiore che riporta il diametro di connessione, il massimo ingombro coronale e l'altezza transmucosa. Per la riabilitazione definitiva sono disponibili pilastri fresabili (**img. B**) sui quali è possibile anche prendere l'impronta utilizzando una cappetta (**img. C**). Che va in accoppiamento a fine corsa con la testa del pilastro consentendo il facile riposizionamento dei pilastri nell'impronta per lo sviluppo del modello.



Secondo i principi della tecnica verticale è stata sviluppata una linea semplificata che consente di avere un solo pilastro per le piattaforme Premium One Power e Shelta Power. Questo è possibile grazie al particolare design della connessione, diverso rispetto alla connessione classica, che permette un appoggio in sicurezza sulla piattaforma del collarino di centraggio.



Shelta Power  $\varnothing$  3.80



Shelta Power  $\varnothing$  4.25



Shelta Power  $\varnothing$  5.00



Shelta Power  $\varnothing$  6.00



Premium One Power  
 $\varnothing$  3.30



Premium One Power  
 $\varnothing$  3.80



Premium One Power  
 $\varnothing$  4.25



Premium One Power  
5.00

esagono componente protesica		2.30
Transmucose di guarigione per tecnica verticale	<b>A-TMG-MEFL-330</b>	
Pilastrini provvisori in resina REEF Riposizionabili Vite di serraggio inclusa	<b>A-PPF-330-EX</b>	
Pilastrini provvisori in resina REEF Non riposizionabili Vite di serraggio inclusa	<b>A-PPF-330</b>	
Pilastrini fresabili in titanio per tecnica verticale Vite di serraggio inclusa	<b>A-MEFL-330</b>	
Confezione da 5 pezzi  Cappette per la presa d'impronta per tecnica verticale	<b>CAP-MEFL-5</b>	
Confezione singola Confezione da 10 pezzi  Vite di serraggio In dotazione con i pilastrini e ordinabile anche separatamente come ricambio	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b>	

Torque raccomandato per le transmucose di guarigione e per i pilastrini provvisori per tecnica verticale: 8-10 Ncm.  
 Torque raccomandato per i pilastrini fresabili per tecnica verticale: 20-25 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Condizionamento con transmuose di guarigione

All'inserimento degli impianti, qualora il piano di trattamento lo consenta, è opportuno permettere ai tessuti di conformarsi già intorno a morfologie anatomicamente studiate per massimizzare la quantità di tessuto cheratinizzato aderente al manufatto protesico.

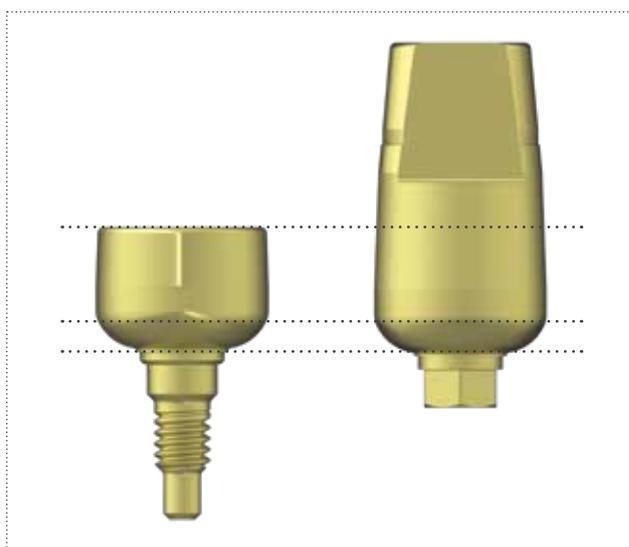
È possibile condizionare i tessuti molli perimplantari già in fase post-operatoria con le viti transmuose per tecnica verticale che replicano l'emergenza dei pilastri per tecnica verticale e mantengono quindi la gengiva in posizione favorevole all'adattamento sul pilastro definitivo.



Avvitare le transmuose per tecnica verticale all'impianto mediante un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio raccomandato è di 8-10 Ncm.



Le transmuose per tecnica verticale sono disponibili in altezza 4 mm. La conformazione del profilo convesso, anziché concavo, le rende adattabili a tutti i diversi spessori dei tessuti molli. La successiva riduzione centrica del pilastro consente alle mucose di occupare anche l'ulteriore spazio a loro disposizione, evitando fenomeni di eccessiva compressione o di ischemizzazione.



### Riabilitazione provvisoria singola avvitata - metodo diretto

Sono disponibili i pilastri provvisori per tecnica verticale in resina REEF dall'ingombro ridotto, su cui poter fissare agevolmente alla poltrona uno sgusciato preconfezionato dal laboratorio. I vantaggi sono il legame acrilico su acrilico e l'assenza di discromie dovuta a cilindri metallici.



Avvitare il pilastro provvisorio per tecnica verticale in resina REEF all'impianto e lasciarlo inizialmente della lunghezza originaria. Il torque di serraggio raccomandato è di 8-10 Ncm.

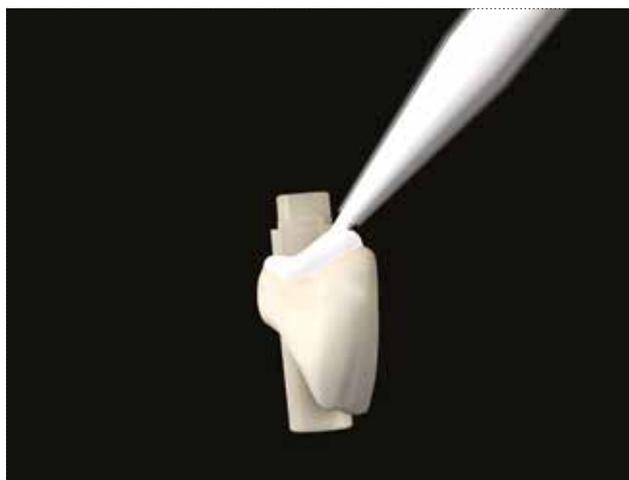
Inserire sul pilastro uno sgusciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo cilindrico in resina.



Fissare con della resina la corona provvisoria al pilastro e attendere la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti dal produttore.



A polimerizzazione avvenuta procedere al riempimento con resina dello spazio intero rimasto tra lo sgucciato e il pilastro provvisorio in resina REEF.



Rifinire il provvisorio sia nella porzione oclusale, eliminando l'eccedenza, sia nella porzione transmucosa, secondo le forme conformanti dei profili di emergenza.



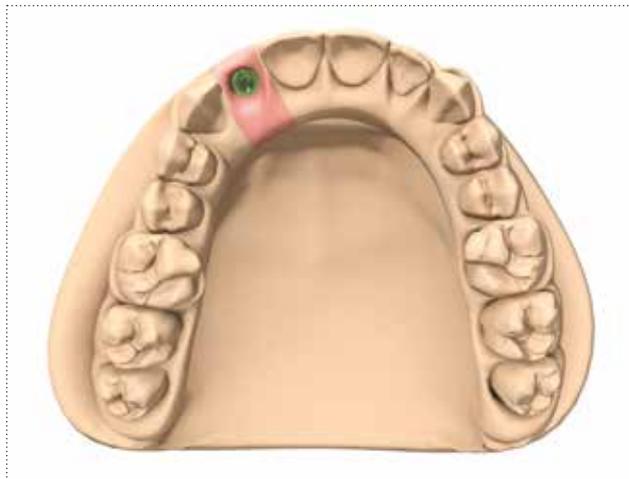
Avvitare il provvisorio con l'apposita vite in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm.

Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi con esiti estetici ottimali.

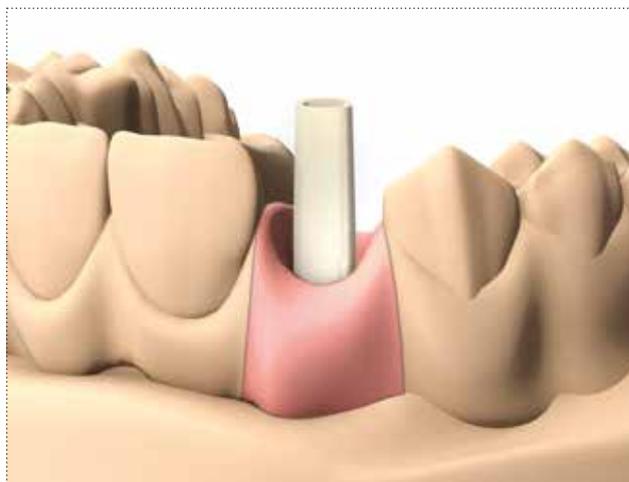


### Riabilitazione provvisoria singola avvitata -metodo indiretto

La realizzazione del provvisorio può avvenire anche in laboratorio, su modello.



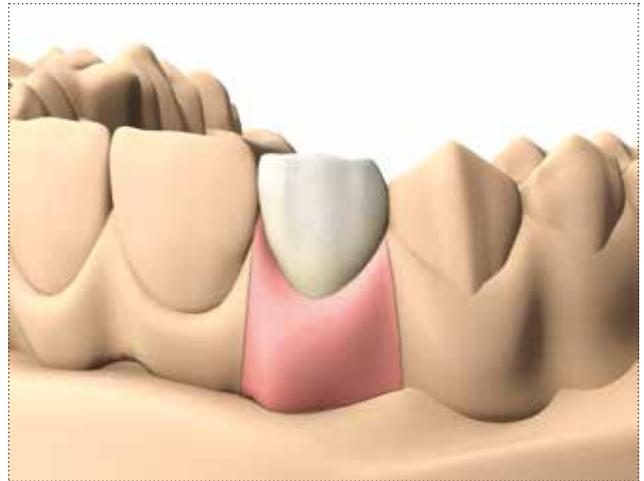
Inserire il pilastro provvisorio per tecnica verticale riposizionabile in resina REEF sul modello.



Ridurre il pilastro a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente con un disco abrasivo.



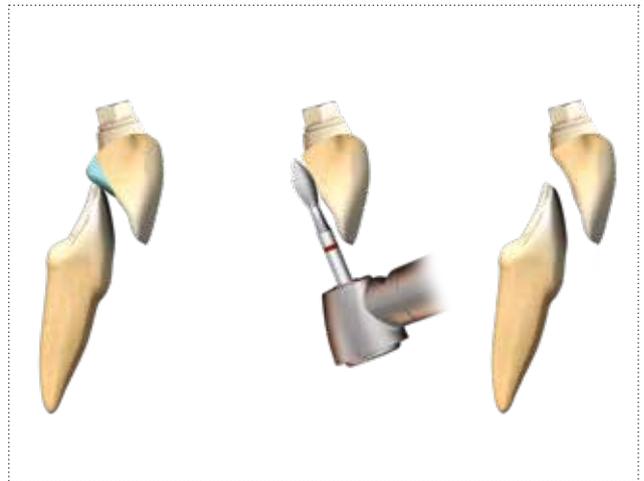
Realizzare la corona avvitata secondo le procedure tradizionali.



Ridurre l'elemento finito, per evitare che esso, una volta inserito in bocca, abbia delle interferenze occlusali.

**Avvertenza importante**

Il torque di serraggio raccomandato è di 8-10 Ncm.  
Si raccomanda di utilizzare delle viti nuove per il serraggio in bocca.



### Riabilitazione provvisoria multipla avvitata - metodo diretto

Per i ponti in settori frontali, dove gli spazi sono limitati ma la necessità di un provvisorio estetico è ancor maggiore, sono disponibili i pilastri provvisori per tecnica verticale in resina REEF dall'ingombro ridotto, su cui poter fissare agevolmente alla poltrona uno sgusciato preconfezionato dal laboratorio. I vantaggi sono il legame acrilico su acrilico e l'assenza di discromie dovuta a cilindri metallici.



Avvitare i pilastri provvisori per tecnica verticale in resina REEF agli impianti. Il torque di serraggio raccomandato è di 8-10 Ncm.



Inserire sui pilastri un ponte sgusciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo cilindrico in resina. In caso di sottosquadri o di difficoltà d'inserimento si consiglia di allargare il foro di scorrimento, evitando se possibile di intervenire sulla dimensione dei pilastri.



Fissare le corone provvisorie ai pilastri con della resina e attendere la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti dal produttore.



Rimuovere il ponte sgusciato con i pilastri in resina REEF al suo interno e procedere al riempimento con resina dell'intero spazio interno rimasto tra lo sgusciato e i pilastri.



Rifinire i provvisori sia nella porzione oclusale, eliminando l'eccedenza, sia nella porzione transmucosa, secondo le forme conformanti dei profili di emergenza.



Avvitare i provvisori con l'apposita vite in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio non deve superare 8-10 Ncm.

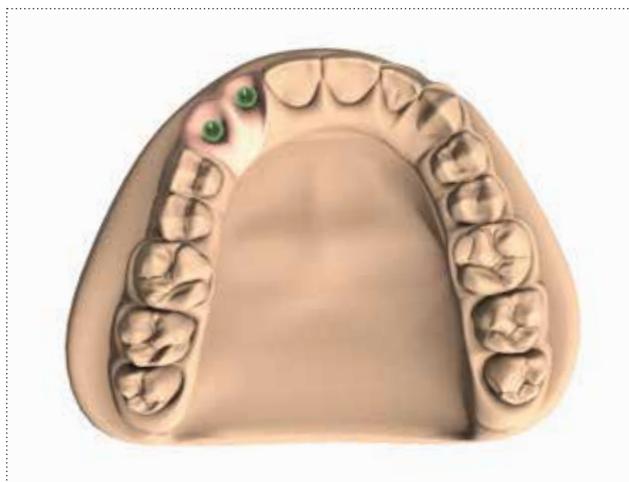


Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita al paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con esiti estetici ottimali.



### Riabilitazione provvisoria multipla avvitata - metodo indiretto

La realizzazione del provvisorio può avvenire anche in laboratorio, su modello.



Posizionare i pilastri provvisori per tecnica verticale in resina REEF su modello.



Ridurre i pilastri a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente con un disco abrasivo.



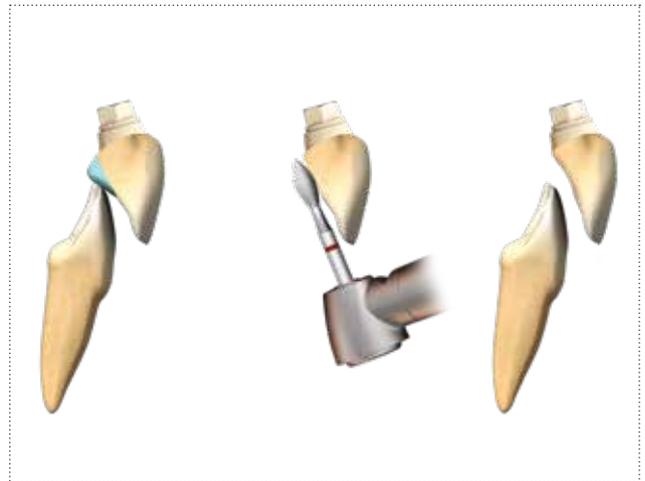
Realizzare le corone o il ponte secondo le procedure tradizionali.



Ridurre gli elementi finiti, per evitare che essi, una volta inseriti in bocca, abbiano delle interferenze occlusali.

**Avvertenza importante**

Il torque di serraggio raccomandato è di 8-10 Ncm.  
Si raccomanda di utilizzare delle viti nuove per il serraggio in bocca.



### Fase di impronta su pilastro per tecnica verticale

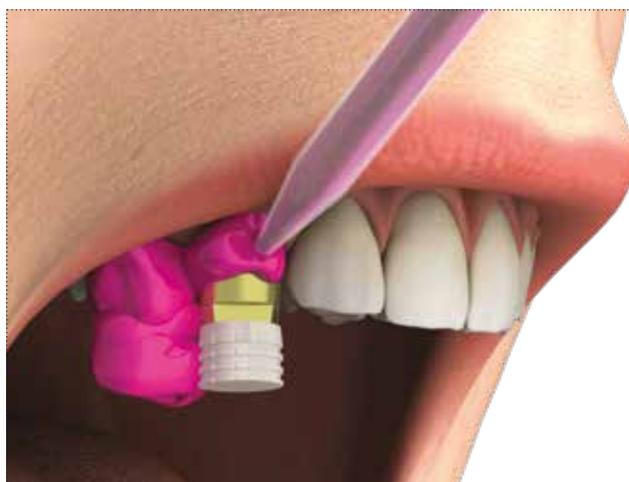
Rimuovere le transmucose di guarigione per tecnica verticale e avvitare in bocca i pilastri fresabili per tecnica verticale, avvitando la vite protesica con un avvitatore della serie HSM.



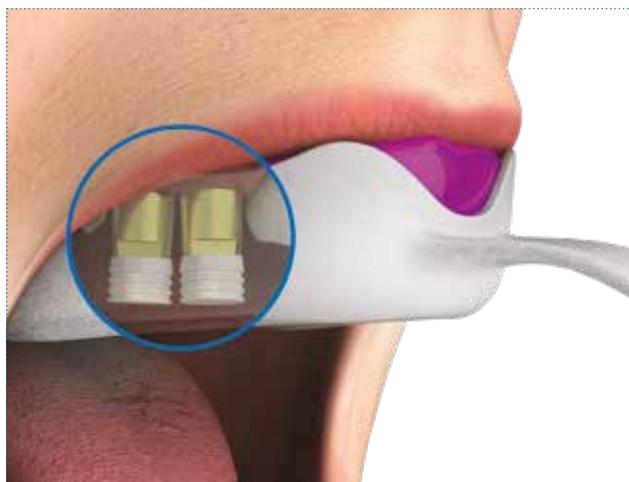
Posizionare le cappette CAP-MEFL-5 per la presa d'impronta sulla sommità dei pilastri per tecnica verticale con una leggera pressione, fino a sentire il fine corsa. Le cappette si accoppiano accuratamente, pertanto l'impronta è molto precisa, ed evitano l'ingresso del silicone nei fori per la vite passante, per cui non è necessario l'utilizzo di cera per la chiusura del passaggio.



Iniettare un materiale da impronta di precisione intorno ai pilastri per tecnica verticale.



Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente in tutta l'arcata e collocarlo *in situ*: verificare che l'intero ingombro verticale dei pilastri fresabili per tecnica verticale sia contenuto all'interno del materiale da impronta.



Attendere i tempi d'indurimento secondo modalità e tempi indicati dal produttore. Rimuovere il cucchiaio: le cappette per tecnica verticale resteranno inglobate al suo interno.



Riposizionare i pilastri per tecnica verticale avvitati agli analoghi degli impianti all'interno delle cappette, guidandosi lungo la faccia di riposizionamento fino a fine corsa. Le faccette di riposizionamento e il fine corsa esatto sulla sommità dei pilastri consentiranno di riportare correttamente in laboratorio tutte le informazioni rilevate dall'impronta. Sviluppare il modello come d'abitudine.



Avvitare i pilastri per tecnica verticale al modello con l'apposita vite.



Ridurre i pilastri a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente con un disco abrasivo.



Procedere alla modellazione e alla finalizzazione del restauro protesico, sia esso un corona singola o un ponte.

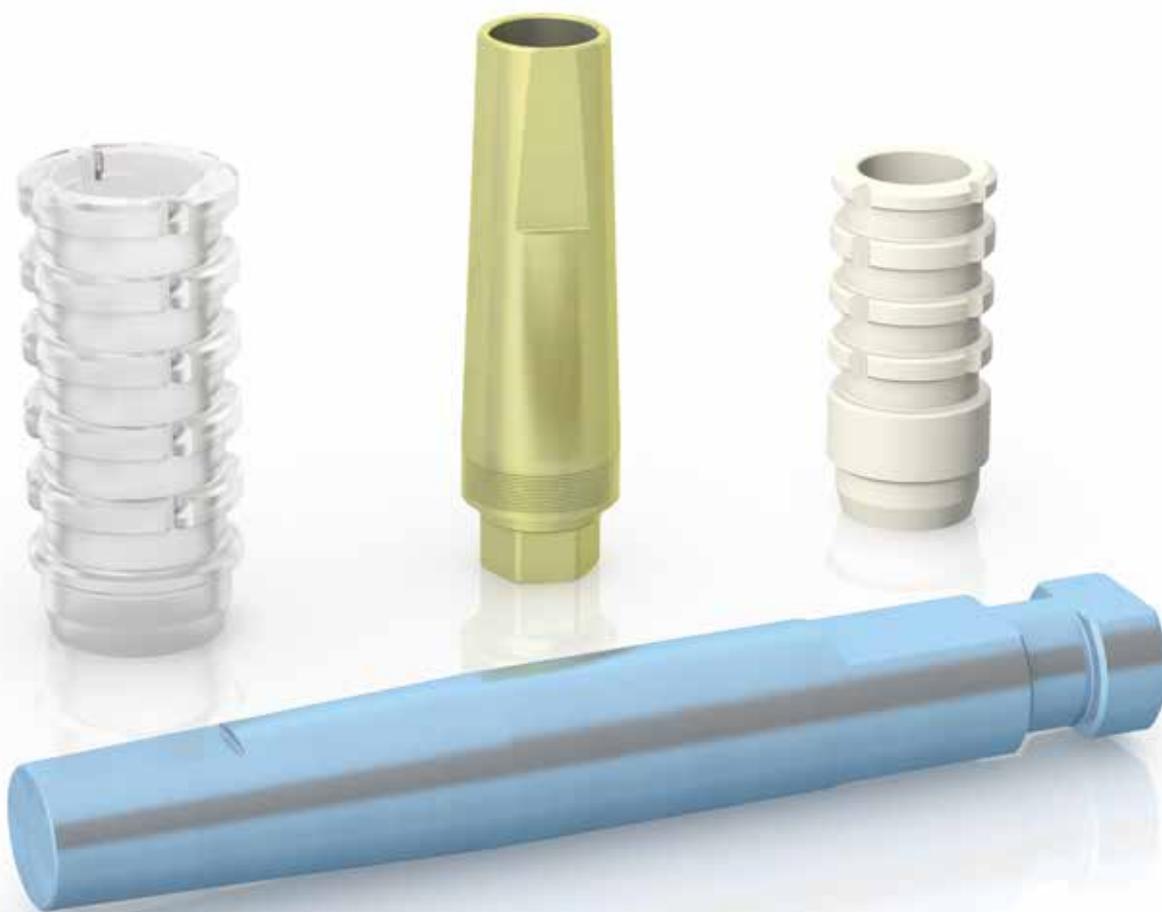
**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare una vite nuova per il fissaggio del manufatto protesico in bocca al paziente. Il torque di serraggio raccomandato è di 20-25 Ncm.

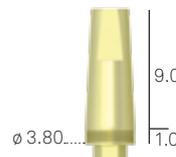
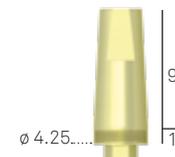
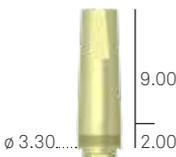
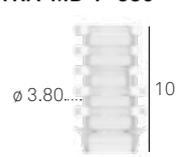
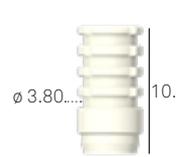


# Pilastri XA per protesi cementata

I pilastri XA per protesi cementata sono realizzati in titanio Gr.5 e sono disponibili nei tre diametri 3.30, 3.80 e 4.25 per poter ottenere il Platform Switching in tutte le piattaforme protesiche disponibili.



## Pilastrini XA per protocolli cementati

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25
Pilastrini preformati XA Riposizionabili H. trans mucosa 1.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>SH-MD-F-330-1</b> 	<b>SH-MD-F-380-1</b> 	<b>SH-MD-F-425-1</b> 
Pilastrini preformati XA Riposizionabili H. trans mucosa 2.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>SH-MD-F-330-2</b> 	<b>SH-MD-F-380-2</b> 	<b>SH-MD-F-425-2</b> 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi  Vite di serraggio ad appoggio conico	<b>L-VMS-180</b> <b>L-VMS-180-10</b> 	Utilizzare L-VMS-180	Utilizzare L-VMS-180
Analoghi per pilastrini preformati XA per protesi cementata	<b>SH-ANA-MD-F-330</b> 	<b>SH-ANA-MD-F-380</b> 	<b>SH-ANA-MD-F-425</b> 
Transfer per pilastrini preformati XA per protesi cementata	<b>SH-TRA-MD-F-330</b> 	<b>SH-TRA-MD-F-380</b> 	<b>SH-TRA-MD-F-425</b> 
cappetta in PEEK per pilastrini preformati XA per protesi cementata	<b>SH-CP-MD-F-330</b> 	<b>SH-CP-MD-F-380</b> 	<b>SH-CP-MD-F-425</b> 

Torque raccomandato per i pilastrini preformati XA per protesi cementata: 20-25 Ncm.

**Nota bene:** Le componenti protesiche di  $\varnothing$  3.30 mm determinano Platform Switching protesico con impianti di  $\varnothing$  3.80 mm. Si raccomanda di utilizzare questi pilastrini esclusivamente per corone singole nei settori frontali (premolari esclusi) e nei settori distali esclusivamente per il sostegno di protesi multiple. Le componenti protesiche di  $\varnothing$  3.80 mm sono compatibili con impianti di  $\varnothing$  3.80 mm,  $\varnothing$  4.25 mm e  $\varnothing$  5.00 mm. Non determinano Platform Switching protesico sugli impianti di  $\varnothing$  3.80 mm; determinano Platform Switching protesico su impianti di  $\varnothing$  4.25 mm e  $\varnothing$  5.00 mm.

### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Corona singola cementata con pilastri XA

Al momento della scopertura o, qualora vi siano i requisiti per il carico immediato, al termine della chirurgia posizionare sull'impianto il pilastro XA delle dimensioni desiderate e serrare la vite protesica con un torque di 20-25 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

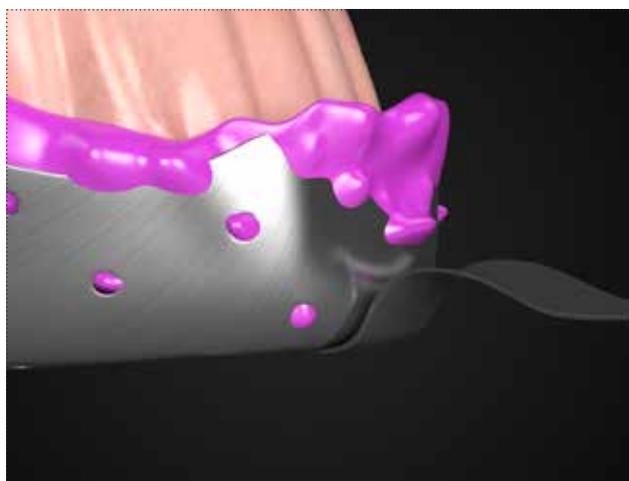
I pilastri XA vengono venduti in confezione non sterile, pertanto è necessario sterilizzarli in autoclave prima dell'utilizzo clinico



Inserire sul pilastro una cannula in PMMA SH-TRA-MD-F, guidandosi sulla faccia piatta fresata sulla sommità del pilastro stesso.



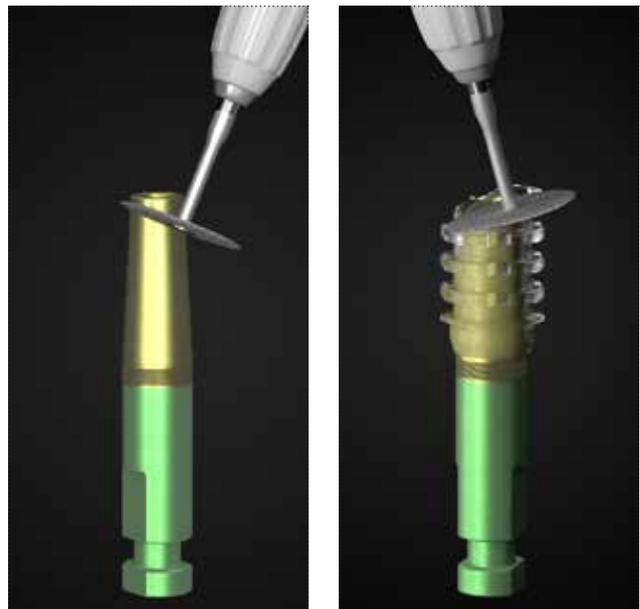
Prendere un'impronta a cucchiaio chiuso includendo completamente nel materiale da impronta la cannula in PMMA. In alternativa, è possibile prendere l'impronta direttamente sul pilastro: in questo caso si raccomanda l'utilizzo del silicone in quanto il polietere potrebbe essere troppo duro e rendere difficoltosa la rimozione del cucchiaio.



Se necessario, il pilastro può essere ridotto congruentemente con la dimensione verticale del paziente: questa operazione può essere eseguita sia in bocca al paziente, qualora le condizioni cliniche lo consentano, sia segnando l'altezza desiderata e ricollocando il pilastro su di un analogo, utilizzato come holder, per la fase di taglio.



La riduzione del pilastro eseguita sull'analogo, extraoralmente, è più semplice e più precisa e consente di rifinire i margini, eliminando possibili residui. Si posiziona una nuova cannula in PMMA sul pilastro ridotto e la si taglia congruentemente alla riduzione operata sul pilastro, in modo che questa possa servire da dima per il laboratorio.



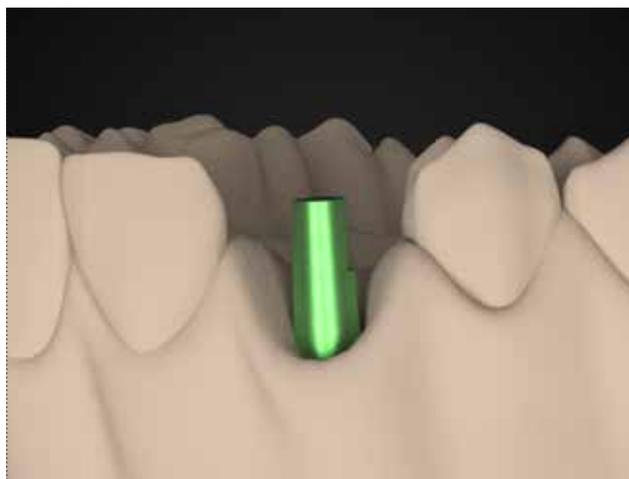
Durante la guarigione una corona provvisoria diretta preparata dal laboratorio può essere cementata con cemento provvisorio al pilastro. In alternativa si può optare per l'incollaggio di una corona sgusciata incollata sulla cannula in PEEK SH-CP-MD-F di diametro corrispondente a quello del pilastro stesso.



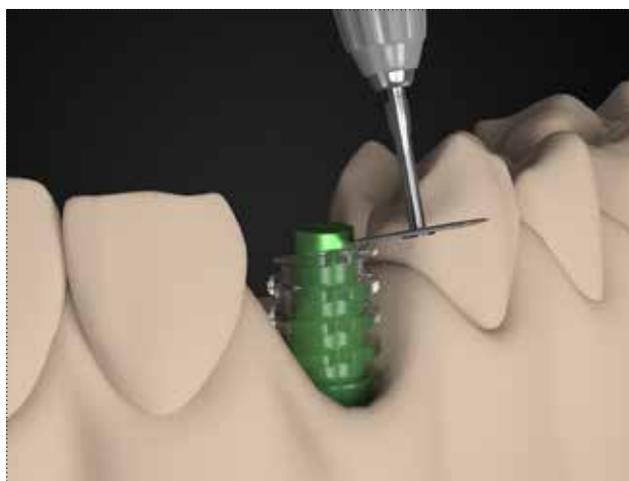
Il laboratorio riceve l'impronta, che ingloba al suo interno la prima cannula in PMMA che funge da transfer, l'analogo del pilastro e la seconda cannula in PMMA, precedentemente tagliata, che funge da dima per la riduzione dell'analogo.



Il laboratorio cola il modello riposizionando accuratamente l'analogo del pilastro all'interno della cannula in PMMA.



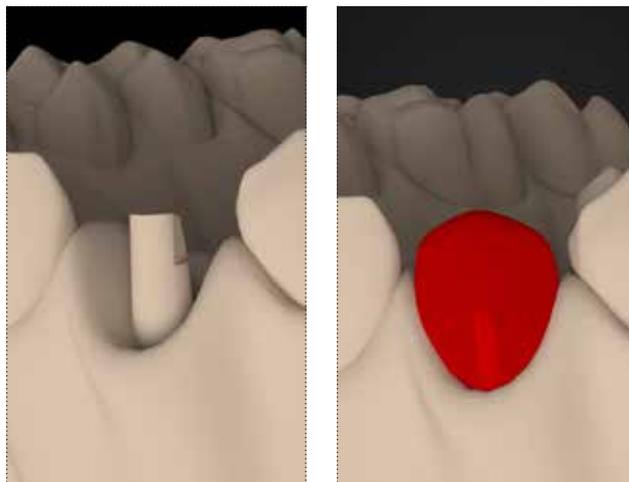
L'analogo viene ridotto seguendo accuratamente il margine della dima di taglio.



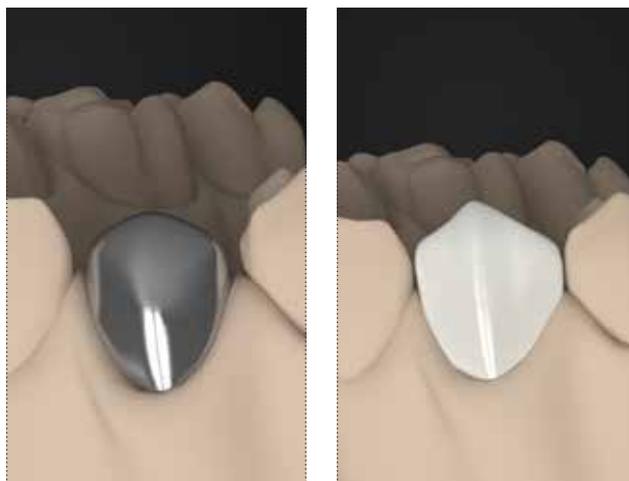
Se l'impronta è stata rilevata senza utilizzare la cannula in PMMA, è opportuno colare il modello in resina epossidica.

Modellare il wax up della corona definitiva sulla cannula ridotta, precedentemente utilizzata come dima.

Per massimizzare il risultato estetico, si consiglia di posizionare il margine della corona subgingivale di circa 1 mm. A questo scopo è necessario scaricare l'area attorno al pilastro per circa 1 mm con una fresa a pallina.



Il wax up viene mandato in fusione o duplicato con tecnologia CAD CAM come d'abitudine. Prima della finalizzazione, la corona viene provata in bocca al paziente.



Dopo la finalizzazione la corona definitiva può essere cementata sul pilastro XA, rimasto in bocca al paziente durante tutto il processo di guarigione e maturazione dei tessuti molli.



# Abutment XA per protesi avvitata

Gli abutment XA, con la caratteristica morfologia a finire, offrono molteplici possibilità protesiche che consentono di beneficiare del concetto XA dal provvisorio alla riabilitazione definitiva. La loro morfologia e il loro posizionamento può essere riprodotto fedelmente in laboratorio grazie ai transfer e agli analoghi dedicati. Con i due pilastri di diametro 3.30 e 3.80 è possibile ottenere un Platform Switching su tutte le piattaforme di diametro superiore e semplificare sensibilmente le procedure protesiche.



## Abutment XA per protocolli avvitati

∅ componente protesica	3.30 mm	3.80 mm
per impianti ∅	3.30 - 3.80	3.80 - 4.25 - 5.00
Abutment XA h. 4.50 mm	<b>A-ABU-F-TS-330-4</b> 	<b>SH-ABU-F-TS-380-4</b> 
Abutment XA h. 5.50 mm	<b>A-ABU-F-TS-330-5</b> 	<b>SH-ABU-F-TS-380-5</b> 
Abutment XA h. 6.50 mm	<b>A-ABU-F-TS-330-6</b> 	<b>SH-ABU-F-TS-380-6</b> 

Torque raccomandato per gli abutment XA: 25-30 Ncm.

## Componenti per protocolli avvitati su pilastri XA

descrizione	codice
Analogo per abutment XA	SH-ANABU-F-380 
Transfer per abutment XA Vite transfer inclusa	SH-TRABU-F-380 
Confezione singola Vite transfer	SH-VTRABU-F-200 
Cuffia di guarigione in PEEK per abutment XA	SH-CG-ABU-F-380 

descrizione	codice
Cannula calcinabile per abutment XA Riposizionabile Vite di serraggio inclusa	SH-CCABU-F-380 
Cannula calcinabile per abutment XA Non riposizionabile Vite di serraggio inclusa	SH-CCABU-F-380-ROT 
Cannula in titanio per abutment XA Riposizionabile Vite di serraggio inclusa	SH-CTABU-F-380 
Cannula in titanio per abutment XA Non riposizionabile Vite di serraggio inclusa	SH-CTABU-F-380-ROT 
Vite protesica per sovrastrutture XA	A-PLAIN-VP200 
Cappetta Conoweld per incollaggio	CAP-TS-DEF 

Torque raccomandato per le strutture su pilastri ad avvitamento diretto: 20-25 Ncm.

### Ponte avvitato con abutment XA: impronta e provvisorio

Al momento della scopertura o, qualora vi siano i requisiti per il carico immediato, al termine della chirurgia avvitare sull'impianto l'abutment XA delle dimensioni desiderate con un torque di 20-25 Ncm ingaggiando uno degli avvitatori della serie HSM (vedi pagg. 26-27) nel pozzetto superiore del pilastro.

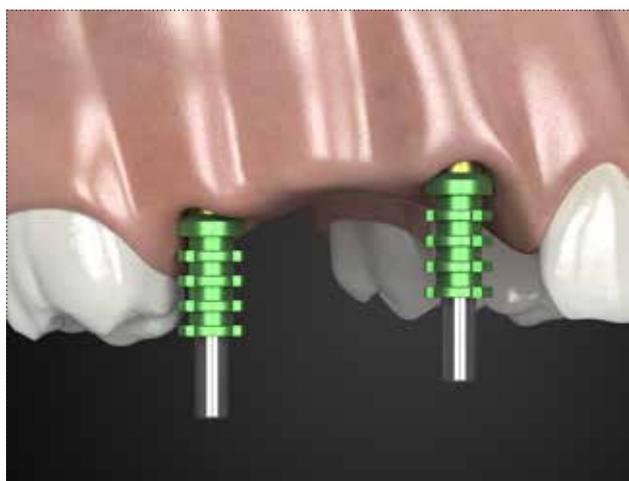
Si consiglia di prestare particolare attenzione nella scelta dell'altezza più appropriata (4.50 – 5.50 – 6.50) in quanti questi pilastri non possono essere ridotti o modificati.

#### Avvertenza importante

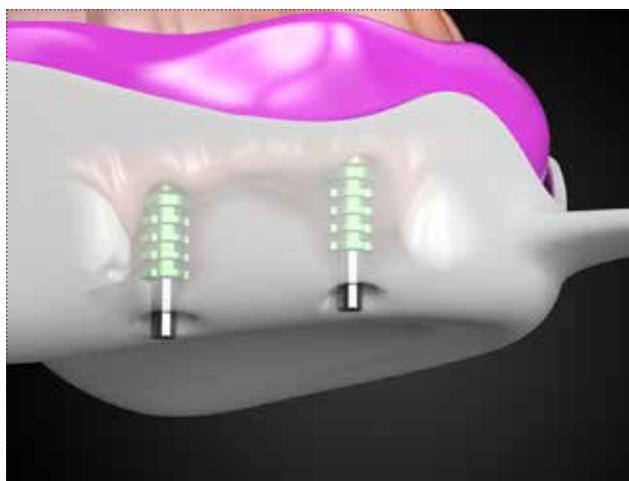
Gli abutment XA vengono venduti in confezione non sterile, pertanto è necessario sterilizzarli in autoclave prima dell'utilizzo clinico.



Fissare i transfer SH-TRABU-F-380 sui pilastri per mezzo della vite transfer SH-VTRABU-F-200.



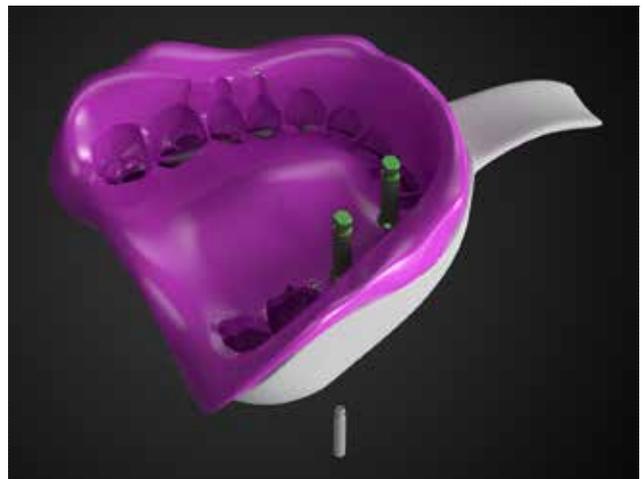
Prendere un'impronta a cucchiaio aperto, debitamente personalizzato dal laboratorio.



In attesa della consegna del provvisorio o del definitivo, i pilastri devono essere protetti con le apposite cappette in PEEK (cod. SH-CG-ABU-F-380), fissate per mezzo della vite rivettata al loro interno, da serrare con un torque di 8-10 Ncm.



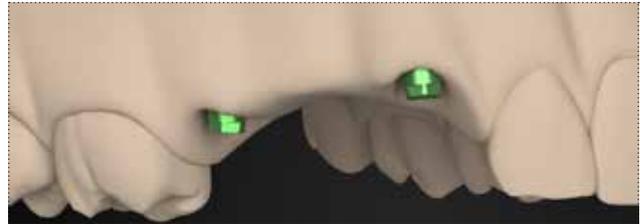
Il laboratorio riceve l'impronta e gli analoghi dei pilastri, che vengono assicurati ai transfer grazie alla vite SH-VTRABU-F-200 prima di sviluppare il modello.



Per realizzare il provvisorio, fissare agli analoghi dei pilastri le cannule in titanio SH-CTABU-F-380-ROT con le viti A-PLAIN-VP200 con un torque di 8-10 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare quelle fornite in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca al paziente.



Inserire sulle cannule in titanio un ponte sgusciato e marcare i margini vestibolare e palatale per ridurle congruentemente alla dimensione verticale del paziente.



Sfilare lo sgusciato e tagliare le cannule in titanio utilizzando un disco o altro strumento secondo consuetudine.



Incollare lo sgusciato alle cannule ridotte.



Posizionare il provvisorio sugli abutment XA in bocca al paziente e fissare le viti con un torque di 20-25 Ncm.



**Ponte avvitato con abutment XA: protesi definitiva**

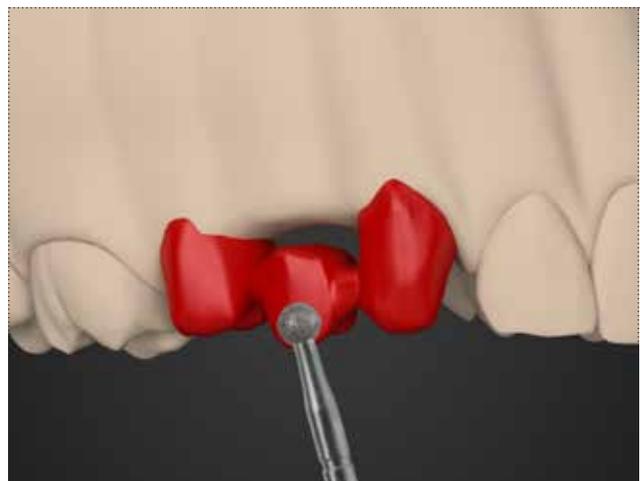
Fissare agli analoghi dei pilastri le cannule calcinabili rotanti SH-CCABU-380-ROT con le viti A-PLAIN-VP200 con un torque di 8-10 Ncm.



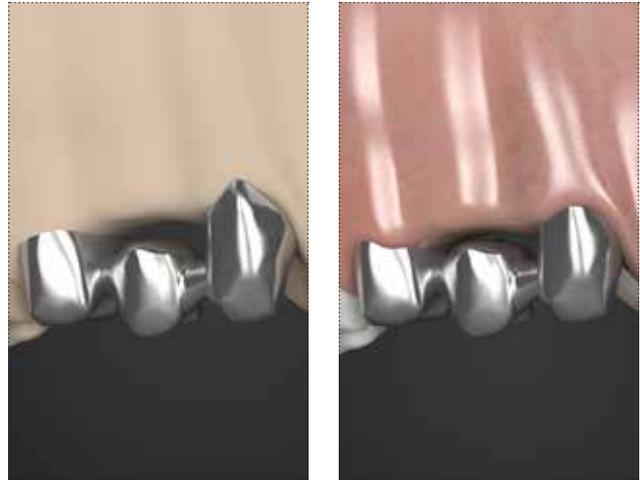
Ridurre e modellare le cannule calcinabili secondo necessità.



Modellare il wax up del ponte definitivo sulle cannule ridotte. Per massimizzare il risultato estetico, si consiglia di posizionare il margine di chiusura 1 mm circa subgingivale. A questo scopo è necessario scaricare l'area attorno ai pilastri per circa 1 mm con una fresa a pallina.



Il wax up viene mandato in fusione o duplicato con tecnologia CAD CAM come d'abitudine. Prima della finalizzazione, la struttura viene provata in bocca al paziente.



Dopo la finalizzazione, posizionare il ponte sui pilastri XA, rimasti in bocca al paziente durante tutto il processo di guarigione e maturazione dei tessuti molli, e fissare le viti protesiche con un torque di 20-25 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare quelle fornite in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca al paziente.



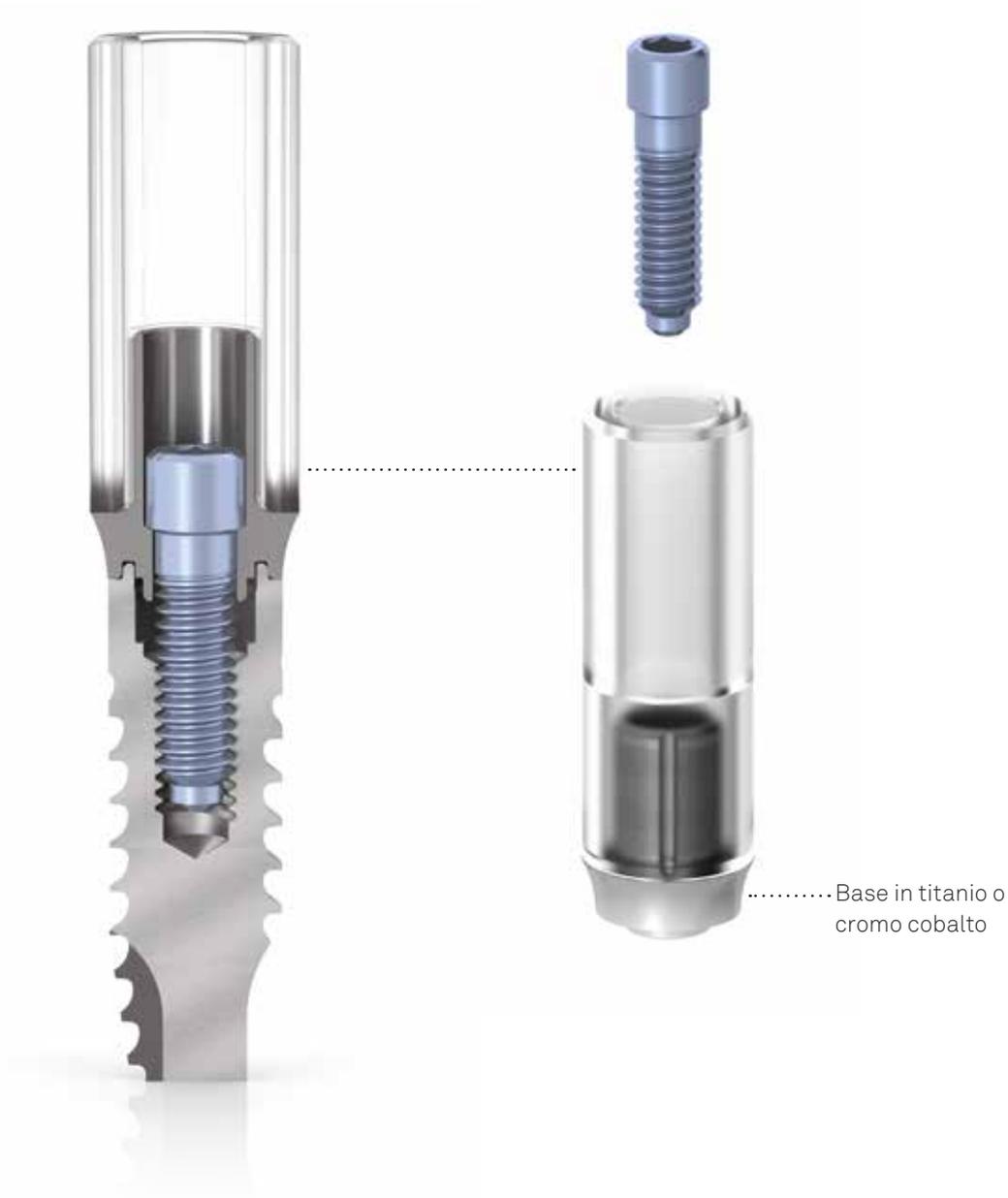
# Riabilitazione definitiva con pilastri calcinabili con base in metallo

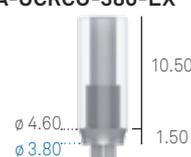
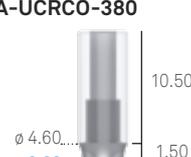
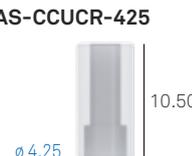
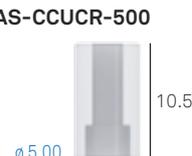
Sweden & Martina produce pilastri con porzione calcinabile e base in metallo per la sovrافusione, utili nella realizzazione di soluzioni protesiche per corone singole, avvitate di tipo Toronto Bridge, e anche di tipo Implant Bridge tradizionale senza estetica rosa, in funzione dell'altezza verticale da recuperare:

- Pilastri calcinabili in PMMA con base in titanio;
- Pilastri calcinabili in PMMA con base in cromo cobalto.

I pilastri calcinabili in PMMA con base in metallo permettono di realizzare corone singole o ponti per sovrافusione.

Il torque di serraggio raccomandato per il fissaggio definitivo dei pilastri ottenuti dopo la fusione e sovrافusione è di 20-25 Ncm.



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Pilastri calcinabili con base preformata in <b>titanio</b> Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-UCTR-330-EX</b> 	<b>A-UCTR-380-EX</b> 	Utilizzare A-UCTR-380-EX	Utilizzare A-UCTR-380-EX
Pilastri calcinabili con base preformata in <b>cromo cobalto</b> Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-UCRCO-330-EX</b> 	<b>A-UCRCO-380-EX</b> 	<b>AS-UCRCO-425-EX</b> 	<b>AS-UCRCO-500-EX</b> 
Pilastri calcinabili con base preformata in <b>cromo cobalto</b> Non riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-UCRCO-330</b> 	<b>A-UCRCO-380</b> 	<b>AS-UCRCO-425</b> 	<b>AS-UCRCO-500</b> 
Cannule calcinabili di ricambio per pilastri calcinabili con base in lega Vite di serraggio non inclusa	<b>A-CCUCR-330</b> 	<b>A-CCUCR-380</b> 	<b>AS-CCUCR-425</b> 	<b>AS-CCUCR-500</b> 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi  Vite di serraggio In dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b> 	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180

Torque raccomandato per i pilastri calcinabili con base in metallo: 20-25 Ncm.

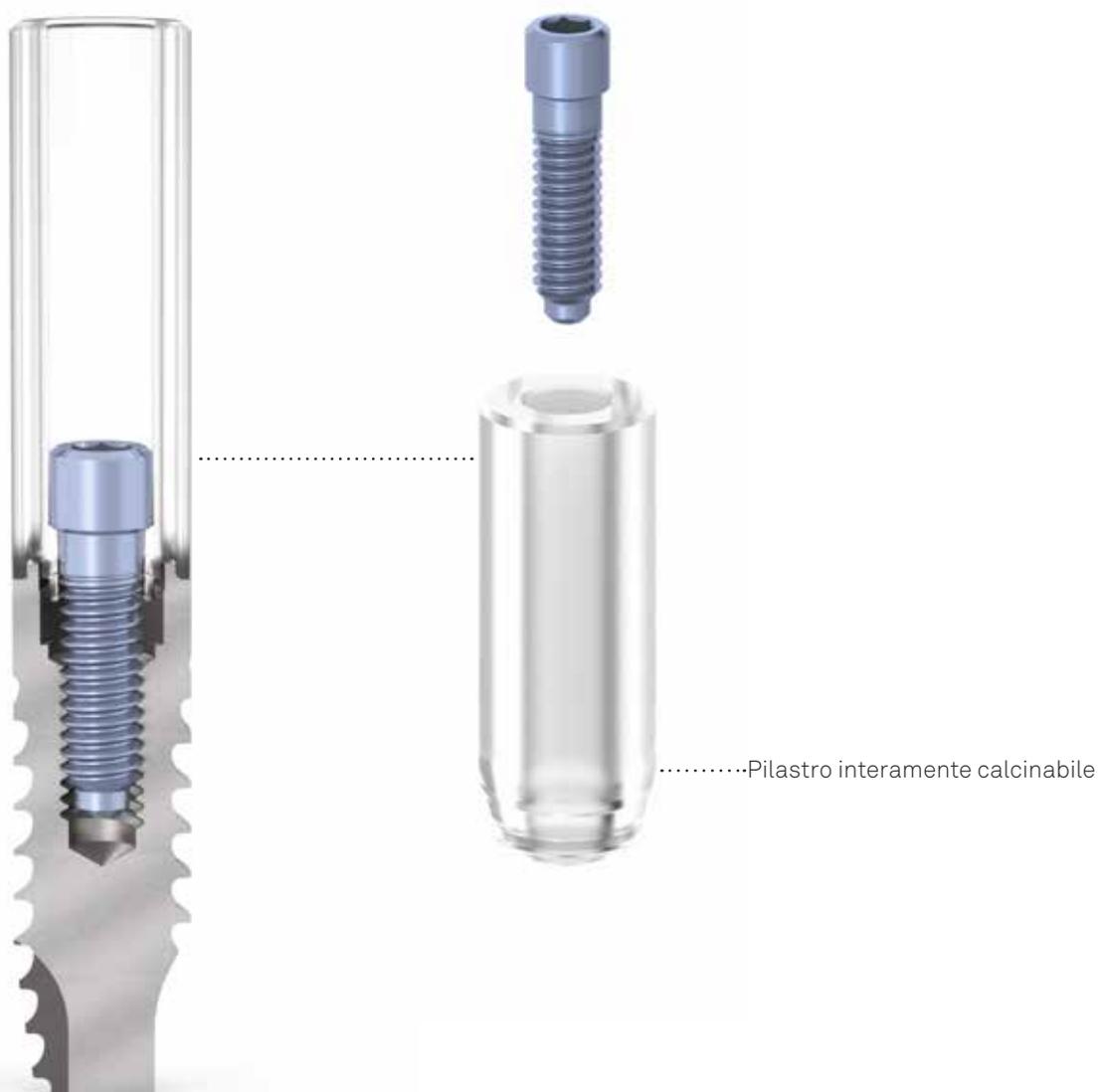
#### Avvertenza importante

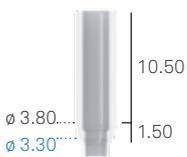
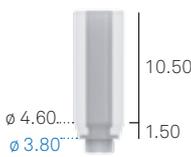
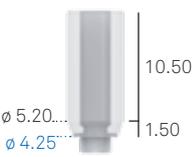
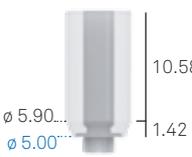
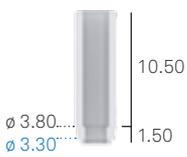
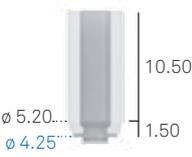
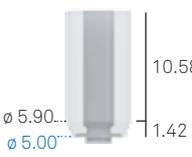
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

# Riabilitazione definitiva con pilastri interamente calcinabili

I pilastri interamente calcinabili sono realizzati in PMMA tramite tornitura, una resina che non lascia residui in fusione.

**Nota bene:** si ricorda che la fusione di cannule interamente calcinabili, per limiti propri, difficilmente mantiene le stesse tolleranze micrometriche ottenibili col fresaggio di pilastri calcinabili con base in metallo



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Pilastrini calcinabili per fusione Riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-CC-330-EX</b> 	<b>A-CC-380-EX</b> 	Utilizzare A-CC-380-EX	Utilizzare A-CC-380-EX
Pilastrini calcinabili per fusione Riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-CCR-330-EX</b> 	<b>A-CCR-380-EX</b> 	<b>AS-CCR-425-EX</b> 	<b>AS-CCR-500-EX</b> 
Pilastrini calcinabili per fusione Non riposizionabili Emergenza dritta Vite di serraggio inclusa	<b>A-CC-330</b> 	<b>A-CC-380</b> 	Utilizzare A-CC-380	Utilizzare A-CC-380
Pilastrini calcinabili per fusione Non riposizionabili Emergenza anatomica Vite di serraggio inclusa	<b>A-CCR-330</b> 	<b>A-CCR-380</b> 	<b>AS-CCR-425</b> 	<b>AS-CCR-500</b> 
Confezione singola Confezione da 10 pezzi	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b>	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180	Utilizzare VM2-180
Vite di serraggio In dotazione con i pilastrini e ordinabile anche separatamente come ricambio				

Torque raccomandato per i pilastrini ottenuti dalla fusione di pilastrini interamente calcinabili: 20-25 Ncm.

Prima della fusione non eccedere il torque di 8-10 Ncm.

#### Avvertenza importante

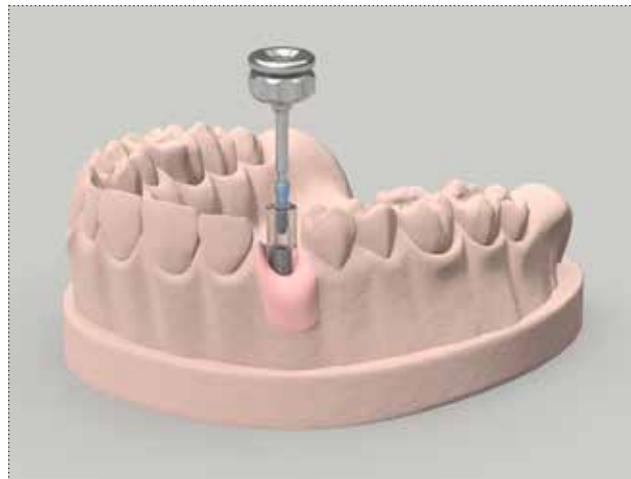
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Riabilitazione definitiva singola avvitata con pilastri calcinabili con base in metallo

Sul modello di precisione inserire un pilastro calcinabile con base in metallo riposizionabile. Fissare il pilastro con l'apposita vite di serraggio con un avvitatore della serie HSM, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

**Avvertenza importante**

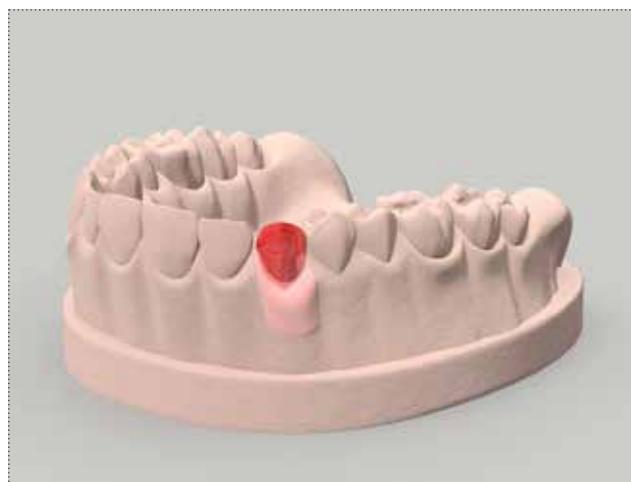
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Accorciare e modificare il pilastro secondo necessità.



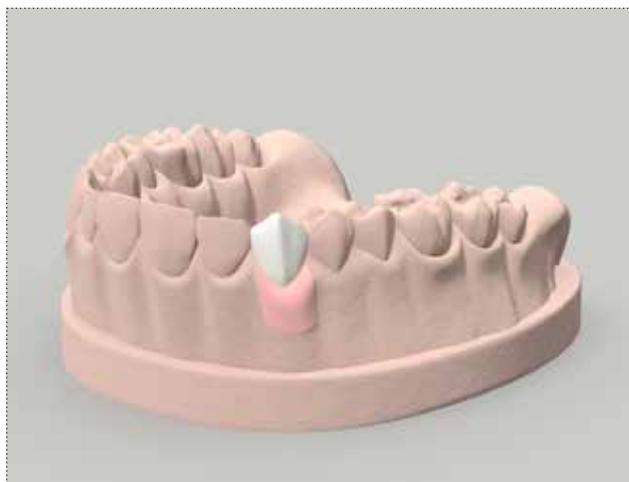
Modellare sul pilastro la corona avvitata in cera o resina calcinabile.



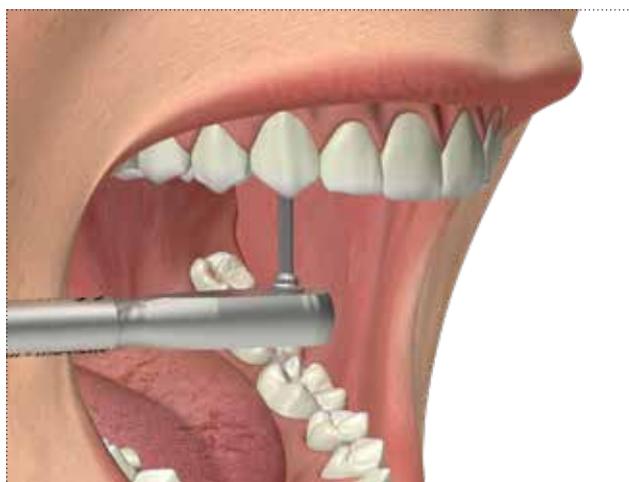
Procedere alla sovrافusione come d'abitudine. Si vedano i suggerimenti a pag. 218 per una corretta procedura di fusione delle leghe. Effettuare una prova della struttura metallica su modello o in bocca al paziente e apportare eventuali modifiche.



Ceramizzare come d'abitudine.



Posizionare la corona singola sull'impianto e avvitare con la vite in dotazione al pilastro, senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.



### Riabilitazione definitiva multipla avvitata con pilastri calcinabili con base in metallo

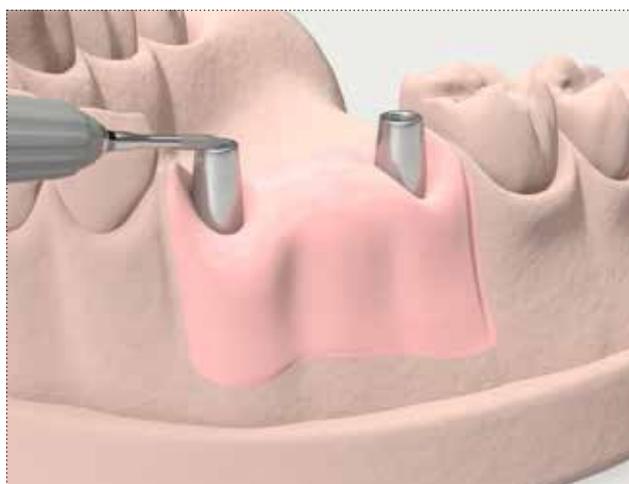
Sul modello di precisione inserire i pilastri calcinabili con base in metallo non riposizionabili. Fissare i pilastri con l'apposita vite di serraggio con un avvitatore della serie HSM, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Accorciare e modificare i pilastri secondo necessità.



Modellare sui pilastri il ponte avvitato in cera o resina calcinabile.



Procedere alla sovrافusione come d'abitudine. Si vedano i suggerimenti a pag. 218 per una corretta procedura di fusione delle leghe. Effettuare una prova della struttura metallica su modello o in bocca al paziente e apportare eventuali modifiche.



Ceramizzare come d'abitudine.



Posizionare il ponte sugli impianti e avvitare con le viti in dotazione ai pilastri, senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.

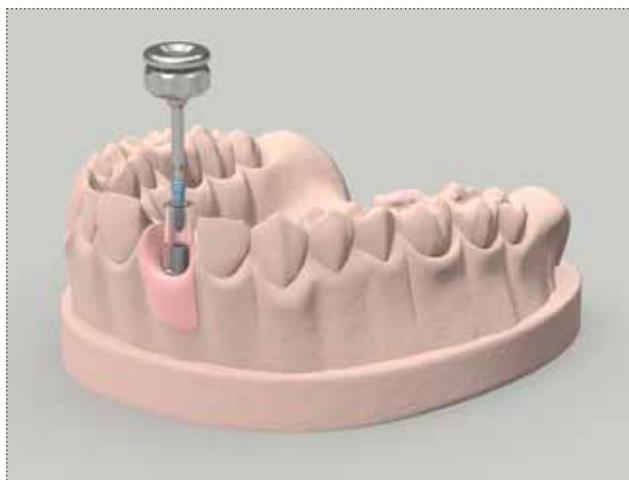


### Riabilitazione definitiva singola cementata con pilastro individuale ottenuto da sovrافusione di una cannula calcinabile

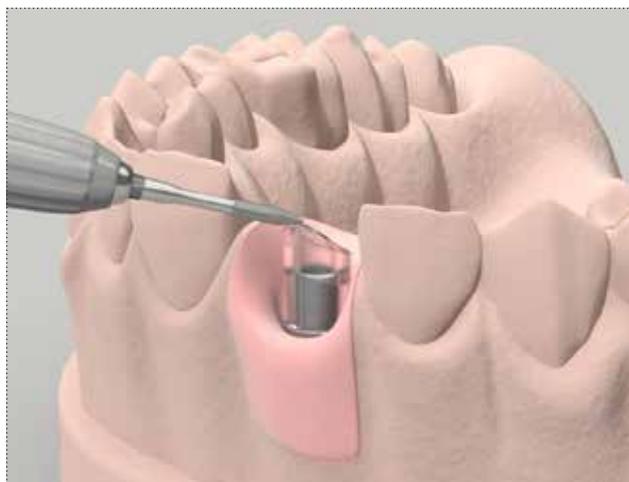
Sul modello di precisione inserire un pilastro calcinabile con base in metallo riposizionabile. Fissare il pilastro con l'apposita vite di serraggio con un avvitatore della serie HSM, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

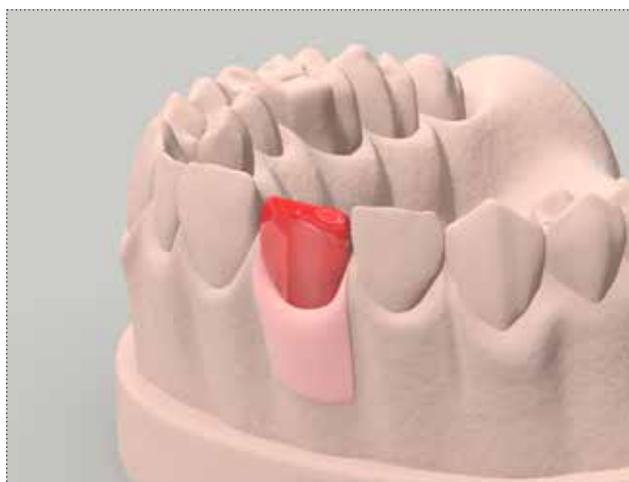
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



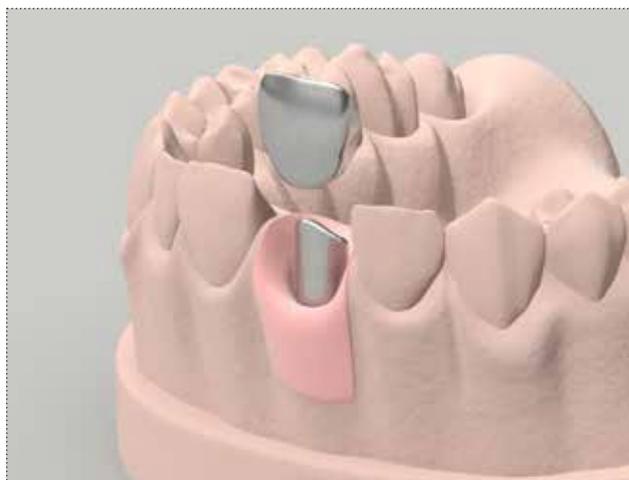
Modellare il pilastro in altezza e volume, aumentando gli spessori ove necessario. Procedere poi alla sovrافusione secondo consuetudine.



Modellare in cera o resina la cappetta sul pilastro, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare la cappetta per fusione o con tecniche CAD CAM secondo consuetudine. Provare la struttura su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento della cappetta sul pilastro ed eventualmente adattare.  
Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.



Posizionare il pilastro in bocca e fissarlo con la relativa vite in dotazione, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Chiudere il foro vite e cementare la corona sul pilastro avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



### Riabilitazione definitiva multipla cementata con pilastri individuali ottenuti da sovrافusione di cannule calcinabili

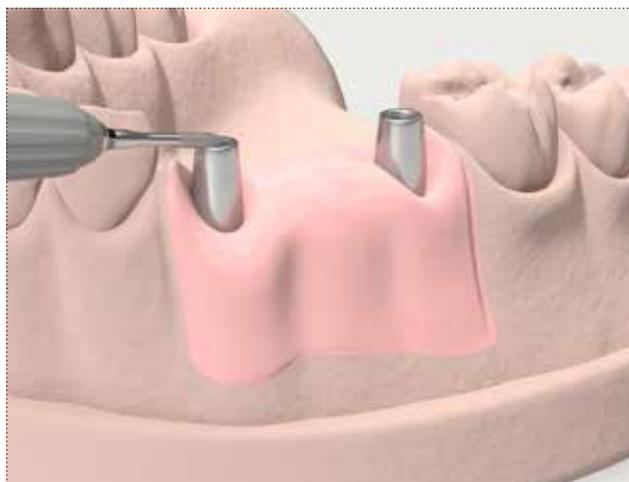
Sul modello di precisione inserire i pilastri calcinabili con base in metallo riposizionabili. Fissare i pilastri con l'apposita vite con un avvitatore della serie HSM, rispettando un torque massimo di 8-10 Ncm.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Modellare i pilastri in altezza e volume, aumentando gli spessori ove necessario. Procedere poi alla sovrافusione dei pilastri secondo consuetudine.



Modellare in cera o resina il ponte sui pilastri, tenendo in considerazione uno spazio congruo per il cemento.



Realizzare il ponte per fusione o con tecniche CAD CAM secondo consuetudine. Provare la struttura su modello per verificare che non ci siano asperità che ostacolino il corretto posizionamento del ponte sui pilastri ed eventualmente adattarla.  
Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine.



Posizionare i pilastri in bocca e fissarli con le relative viti fornite in dotazione, rispettando un torque di 20-25 Ncm.



Chiudere i fori vite e cementare il ponte sui pilastri avendo cura di rimuovere dal margine tutto il cemento in eccesso.



# Riabilitazione definitiva con soluzioni con foro vite angolato

I pilastri per foro vite angolato sono soluzioni protesiche brevettate che permettono di realizzare una protesi estetica sugli impianti, portando il foro vite in posizione palatale o linguale e di risolvere eventuali problemi di disparallelismo, con una libertà di angolazione della protesi fino a 28°. Questo è reso possibile dalla sinergia tra la cannula calcinabile rotante sulla testa sferica dell'abutment e il cacciavite dal particolare design esalobato della punta, che permette di ingaggiare la testa della vite anche in presenza di una angolazione accentuata.

I pilastri per foro vite angolato sono disponibili con base in cromo-cobalto per sovrافusione (**img. A**) e in polimero totalmente calcinabile (**img. B**), in versione riposizionabile per corone singole e non riposizionabile per strutture multiple.



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80
Riposizionabile Base in cromo cobalto Vite di serraggio non inclusa	<b>PD3PKH330/CC</b> 	<b>PD3PKH380/CC</b> 
Non riposizionabile Base in cromo cobalto Vite di serraggio non inclusa	<b>PD3PKR330/CC</b> 	<b>PD3PKR380/CC</b> 
Riposizionabile Interamente calcinabile Vite di serraggio non inclusa	<b>PD3PKH330/P</b> 	<b>PD3PKH380/P</b> 
Non riposizionabile Interamente calcinabile Vite di serraggio non inclusa	<b>PD3PKR330/P</b> 	<b>PD3PKR380/P</b> 
Vite di serraggio Non inclusa, ordinabile separatamente	<b>A-VMA-180</b> 	Utilizzare A-VMA-180

descrizione	codice
Cacciavite Lunghezza 24 mm Deve essere acquistato separatamente	<b>DSPDCLH-24</b> 
Cacciavite Lunghezza 32 mm Deve essere acquistato separatamente	<b>DSPDCLH-32</b> 

Torque raccomandato: 20-25 Ncm.

#### Avvertenza importante

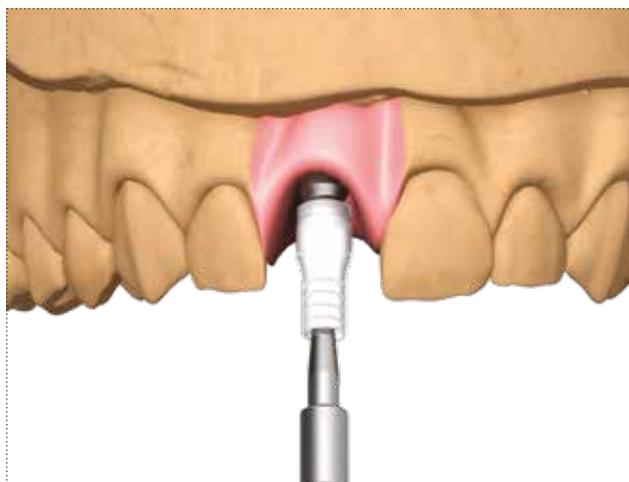
Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Riabilitazione definitiva singola avvitata su pilastri per foro vite angolato

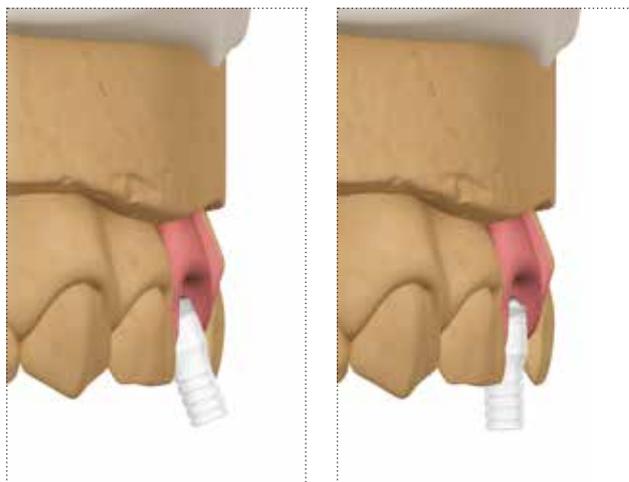
Sul modello di precisione avvitare all'analogo l'abutment riposizionabile con base in cromo cobalto per mezzo dell'apposita vite di serraggio con il cacciavite della lunghezza più idonea tra quelle disponibili, 24 o 32 mm.

**Avvertenza importante**

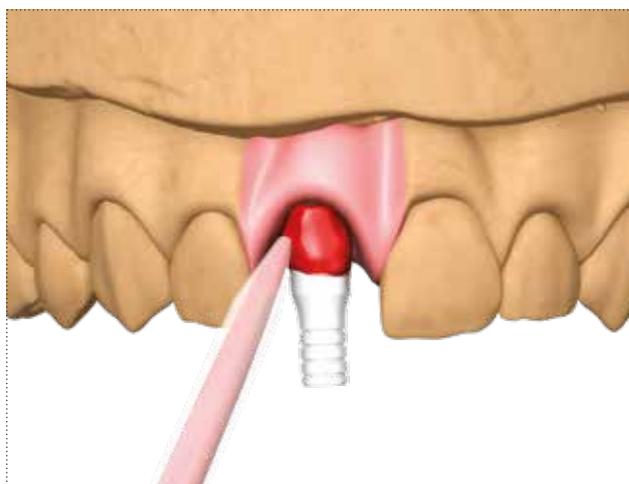
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente. La vite di serraggio non è inclusa, deve quindi essere ordinata separatamente.



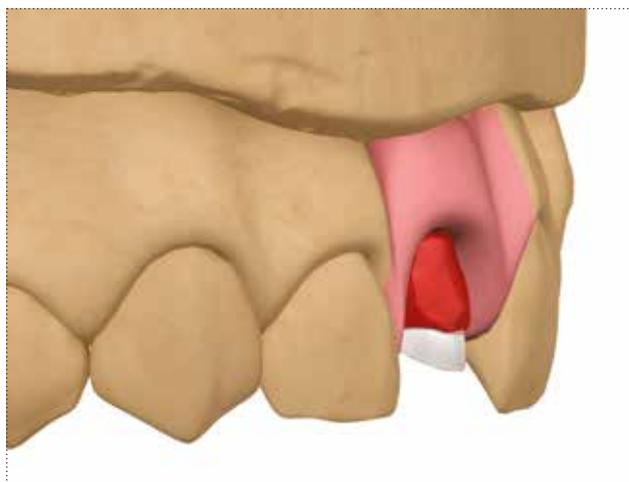
Orientare manualmente la porzione calcinabile rotante secondo l'asse protesico previsto dal piano di trattamento.



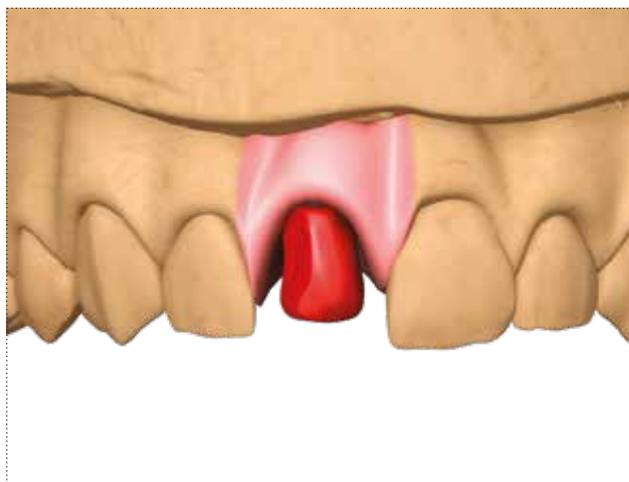
Fissare la porzione calcinabile rotante nella posizione desiderata con resina calcinabile. Se necessario, rimuovere o ridurre la spalla metallica per ottenere un profilo a finire.



Ridurre la cannula calcinabile a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando un disco abrasivo.



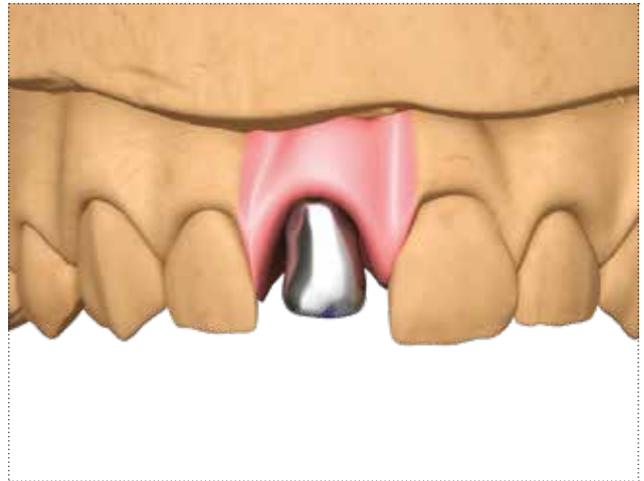
Modellare in cera o resina la corona secondo protocollo standard e svitarla sfruttando il particolare design della punta del cacciavite.



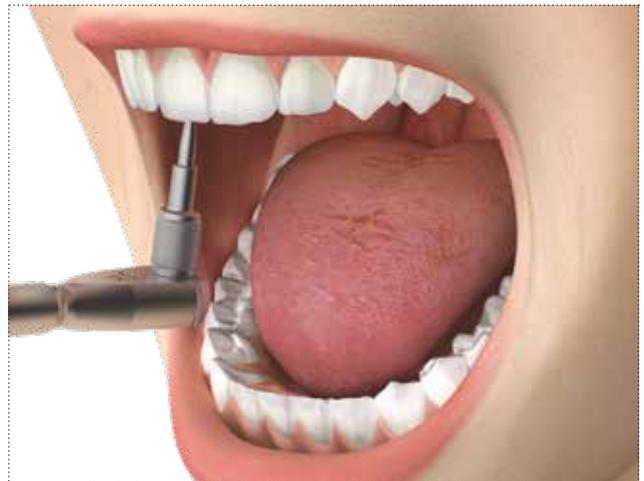
Sovrafondere la struttura secondo gli abituali protocolli di laboratorio e rifinire la base in modo che non vi siano ostacoli all'adattamento dei tessuti molli.



Provare la struttura fusa su modello o in bocca al paziente per eventuali ritocchi.  
Ceramizzare la corona come d'abitudine.



Avvitare la struttura in bocca al paziente rispettando un torque di 20-25 Ncm e chiudere il foro vite con resina o composito.

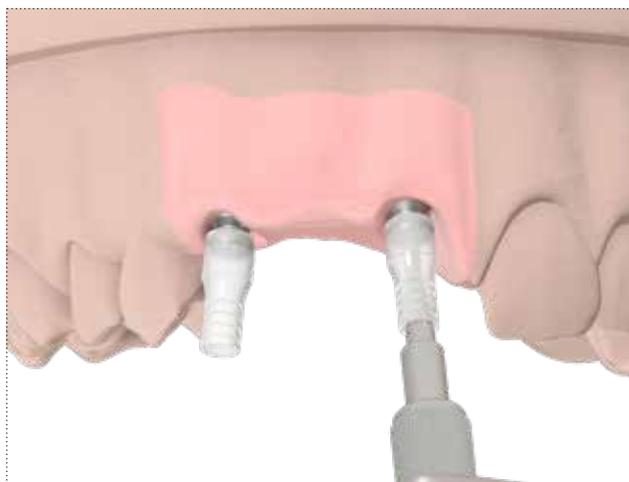


### Riabilitazione definitiva multipla avvitata su pilastri per foro angolato

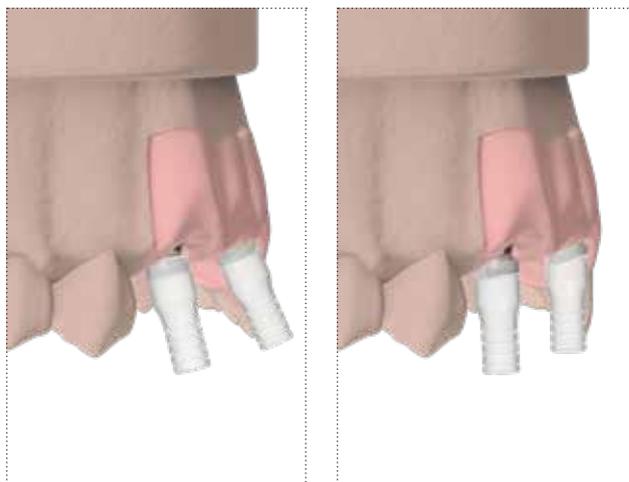
Sul modello di precisione avvitare agli analoghi gli abutment per mezzo dell'apposita vite di serraggio con il cacciavite della lunghezza più idonea tra quelle disponibili, 24 o 32 mm.

**Avvertenza importante**

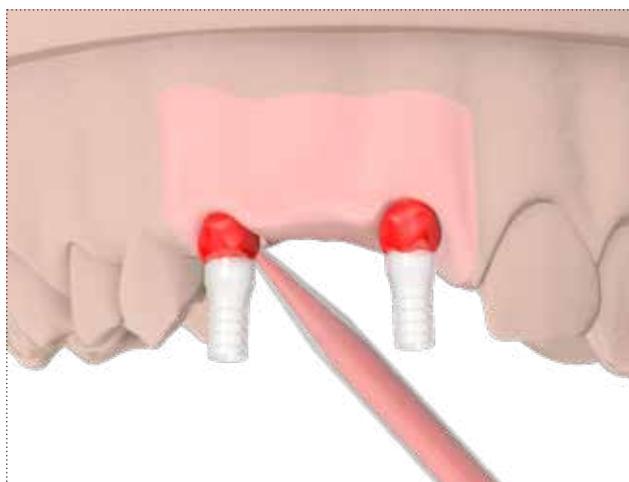
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente. La vite di serraggio non è inclusa, deve quindi essere ordinata separatamente.



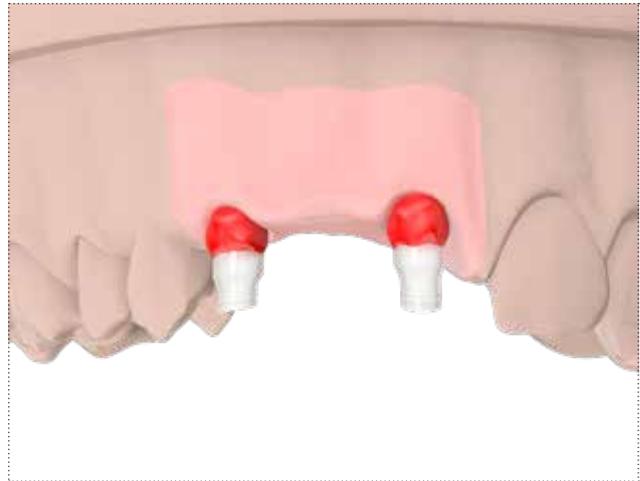
Orientare manualmente la porzione calcinabile degli abutment secondo l'asse protesico previsto dal piano di trattamento.



Fissare la porzione calcinabile rotante nella posizione desiderata con resina calcinabile.



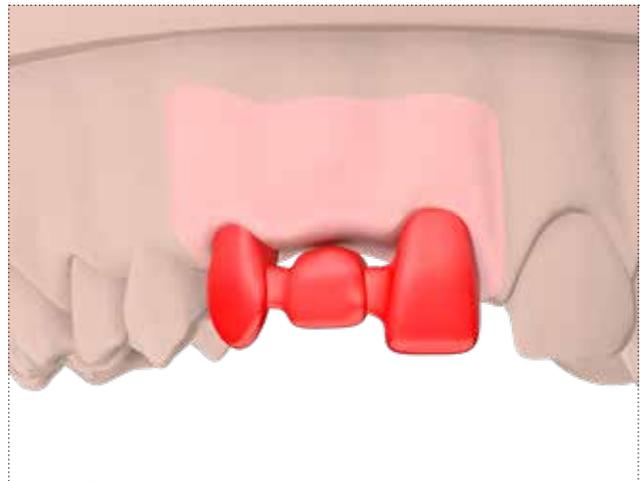
Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando un disco abrasivo.



Modellare in cera o resina la struttura secondo protocollo standard e svitarla sfruttando il particolare design della punta del cacciavite.

**Avvertenza importante**

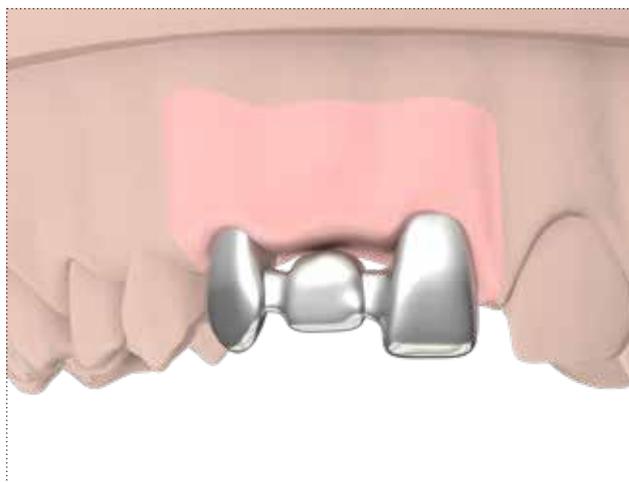
Prima di procedere con la fusione, eseguire delle prove di inserimento e disinserione della struttura sul modello per verificarne la possibilità.



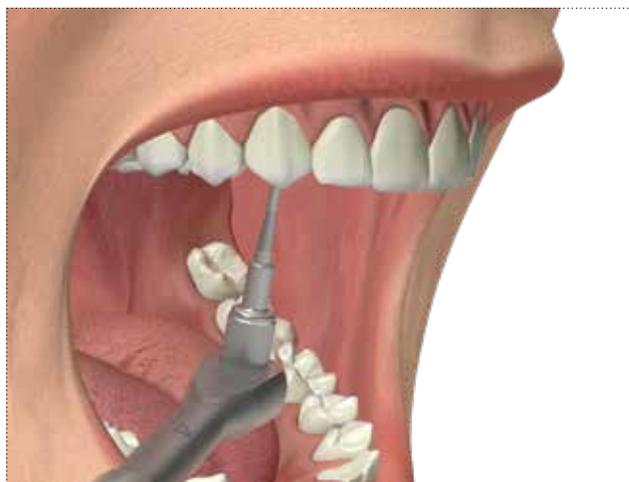
Sovrafondere il ponte secondo gli abituali protocolli di laboratorio e rifinire la base in modo che non vi siano ostacoli all'adattamento dei tessuti molli.



Provare la struttura su modello o in bocca al paziente per eventuali ritocchi.  
Ceramizzare il ponte come d'abitudine.

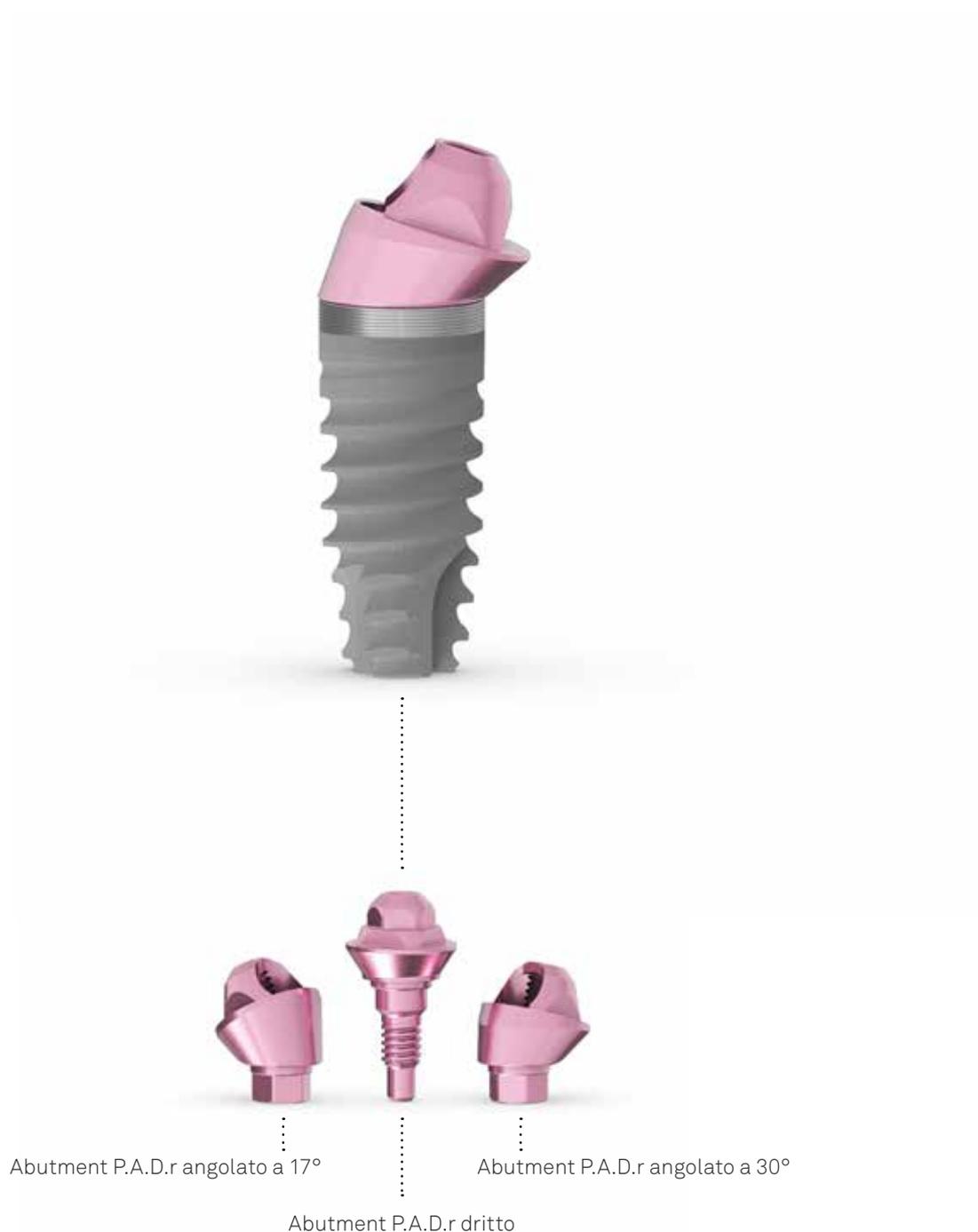


Avvitare la struttura in bocca al paziente rispettando un torque di 20-25 Ncm e chiudere il foro vite con resina o composito.



# Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment P.A.D.r

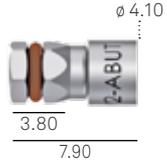
La sistematica P.A.D.r (Protesi Avvitata Disparallela) è stata studiata per facilitare la realizzazione di protesi multiple avvitate. Le diverse versioni disponibili, con angolazioni di 17° e 30°, rendono possibile il riposizionamento protesicamente favorevole delle connessioni anche qualora gli impianti fossero molto divergenti e particolarmente disparalleli. Questa caratteristica è amplificata da un ulteriore cono a 15° posizionato al di sopra della piattaforma del P.A.D.r, che facilita l'inserimento delle strutture multiple.



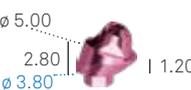
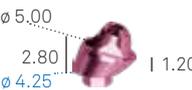
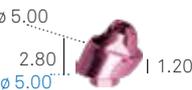
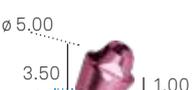
## P.A.D.r dritti

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Abutment P.A.D.r dritti per avvitamento diretto H. trans mucosa 1.50 mm	<b>A-PAD-AD330-15</b> 	<b>A-PAD-AD380-15</b> 	<b>AS-PAD-AD425-15</b> 	<b>AS-PAD-AD500-15</b> 
Abutment P.A.D.r dritti per avvitamento diretto H. trans mucosa 3.00 mm	<b>A-PAD-AD330-30</b> 	<b>A-PAD-AD380-30</b> 	<b>AS-PAD-AD425-30</b> 	<b>AS-PAD-AD500-30</b> 
Abutment P.A.D.r dritti per avvitamento diretto H. trans mucosa 4.00 mm	<b>A-PAD-AD330-40</b> 	<b>A-PAD-AD380-40</b> 	<b>AS-PAD-AD425-40</b> 	<b>AS-PAD-AD500-40</b> 

Torque raccomandato per gli abutment P.A.D.r dritti: 25-30 Ncm.

descrizione	codice
Avvitatore per abutment P.A.D.r dritti, con raccordo esagonale per chiave dinamometrica Non incluso nel kit chirurgico, acquistabile separatamente	<b>AVV2-ABUT</b> 

**P.A.D.r angolati**

$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Abutment P.A.D.r angolati a 17° H. transucosa 3.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-PAD-AA330-173</b> 	<b>A-PAD-AA380-173</b> 	<b>AS-PAD-AA425-173</b> 	<b>AS-PAD-AA500-173</b> 
Abutment P.A.D.r angolati a 17° H. transucosa 5.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-PAD-AA330-175</b> 	<b>A-PAD-AA380-175</b> 	<b>AS-PAD-AA425-175</b> 	<b>AS-PAD-AA500-175</b> 
Abutment P.A.D.r angolati a 30° H. transucosa 3.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-PAD-AA330-303</b> 	<b>A-PAD-AA380-303</b> 	<b>AS-PAD-AA425-303</b> 	<b>AS-PAD-AA500-303</b> 
Abutment P.A.D.r angolati a 30° H. transucosa 5.00 mm Vite di serraggio inclusa	<b>A-PAD-AA330-305</b> 	<b>A-PAD-AA380-305</b> 	<b>AS-PAD-AA425-305</b> 	<b>AS-PAD-AA500-305</b> 

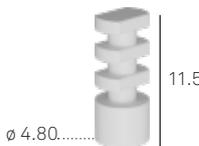
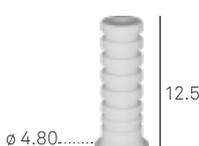
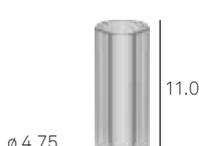
Torque raccomandato per gli abutment P.A.D.r angolati: 20-25 Ncm.

descrizione	codice
Vite transfer P.A.D.r ad avvitarmento manuale, da utilizzare come carrier per trasportare i P.A.D.r angolati nel cavo orale, sterilizzabile e riutilizzabile	<b>PAD-VTRAL-140-MAN</b>  M 1.4.....

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre vite di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

## Componenti P.A.D.r per sovrastrutture

descrizione	codice	
Cuffia di guarigione in titanio vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-CG</b>	
Cuffia di guarigione in PEEK vite PAD-VCGP-140 inclusa	<b>PADR-CGP</b>	
Cappetta snap-on per impronta	<b>PADR-CAP-EX</b>	
Transfer pick-up, non riposizionabile vite PAD-VTRAL-140 inclusa	<b>PADR-TRA</b>	
Analogo	<b>PADR-ANA</b>	
Cannula in PEEK, non indicizzata vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-CP</b>	
Cannula in titanio, non indicizzata vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-CT</b>	
Cannula calcinabile in PMMA vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-CCEM</b>	
Cannula calcinabile in PMMA, non indicizzata vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-CC</b>	
Cannula in titanio senza spalla, per ricostruzioni estetiche vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-BAS</b>	

descrizione	codice
Pilastro in PMMA con base in cromo cobalto, non riposizionabile vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-UCRCO</b> 
Scanbody intraorale vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-INT-CAMTRA-L</b> 
Analogo digitale per abutment P.A.D.r vite VADIG-180 inclusa	<b>PADR-ANA-DIG</b> 
Cannula per incollaggio rotante per abutment P.A.D.r con cono h. 4 vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-TC-M-4</b> 
Cannula per incollaggio rotante per abutment P.A.D.r con cono h 8 con tacche di riduzione vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-TC-M-8</b> 
Cannula per incollaggio rotante per abutment P.A.D.r per foro angolato vite PAD-VPA-140 non inclusa	<b>PADR-TCA-M</b> 
Sleeve calcinabile rotante per PADR-TC-M-4 e PADR-TC-M-8 vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-TC-CC-M-8</b> 
Sleeve calcinabile indicizzata per PADR-TCA-M vite PAD-VP-140 inclusa	<b>PADR-TC-CC-S-8</b> 

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

### Inserimento di P.A.D.r dritti

L'avvitamento deve essere completato con l'opportuno avvitatore (cod. AVV2-ABUT). Tale brugola deve essere connessa al cricchetto dinamometrico (cod. CRI5-KIT).



Qualora necessario, può essere utilizzata una prolunga (cod. BPM-15) da infilare tra l'avvitatore e la testa del cricchetto.

#### Avvertenza importante

Per garantire un corretto funzionamento degli strumenti è necessario controllare periodicamente che la ritenzione degli O-ring in gomma sia adeguata ed eventualmente procedere alla sostituzione di quelli usurati.



Il torque massimo di serraggio degli abutment P.A.D.r dritti per avvitamento diretto è di 25-30 Ncm. In caso di torque eccessivo vi è il rischio di deformare la parte filettata dell'abutment. Poiché manualmente è difficile controllare con precisione il torque di inserimento delle componenti protesiche, è obbligatorio terminare la procedura sempre con il cricchetto dinamometrico.

#### Avvertenza importante

Per stabilizzare l'asse di lavoro del cricchetto e degli strumenti ad esso assemblati si consiglia di appoggiare il dito indice della mano non occupata sul nottolino della testa del cricchetto stesso.

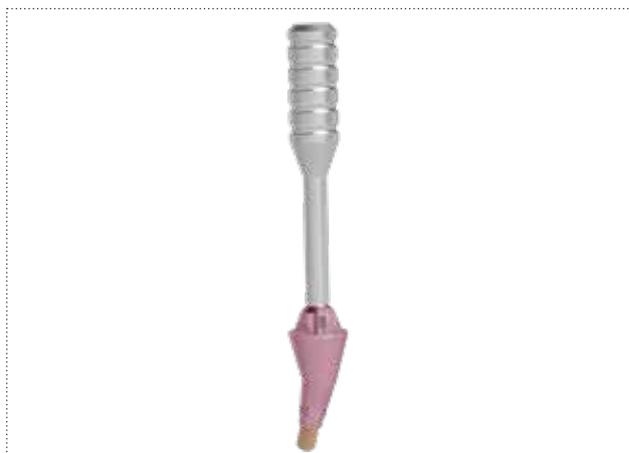


### Inserimento di P.A.D.r angolati

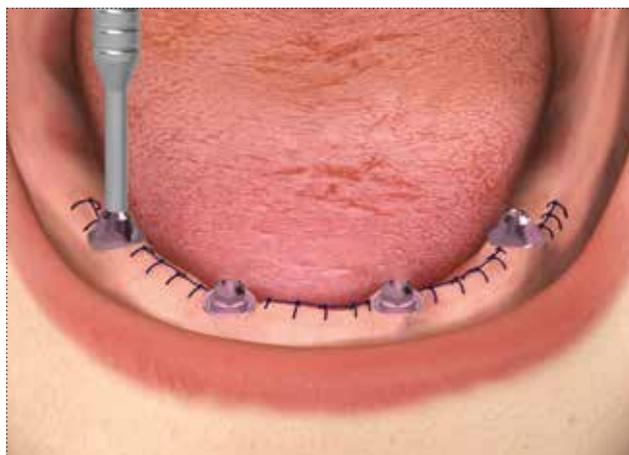
Gli abutment P.A.D.r angolati devono essere trasportati in bocca per mezzo dell'apposito trasportatore PADR-VTRAL-140-M, che viene venduto già avvitato ai P.A.D.r.

#### **Avvertenza importante**

Posizionare l'assemblato sulla connessione implantare.  
Prima dell'uso clinico è necessario sottoporre tutti i pezzi ad un ciclo di sterilizzazione in autoclave. Si raccomanda di posizionare prima il P.A.D.r nella connessione implantare e poi di procedere con l'inserimento della vite protesica.



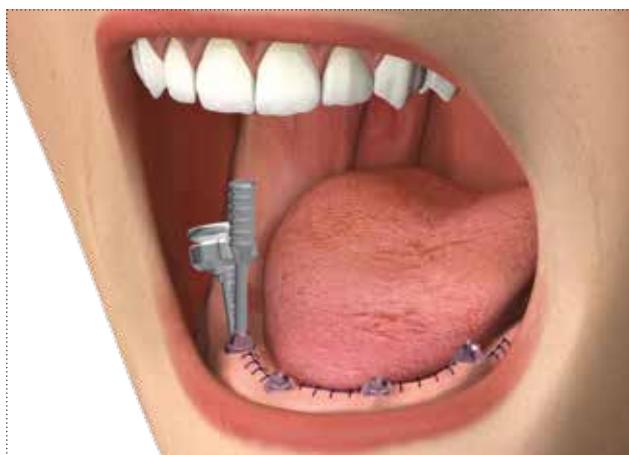
Posizionare l'assemblato carrier-P.A.D.r angolato sulla connessione implantare.



Mantenendo posizionato l'abutment con il trasportatore avvitare la vite di serraggio inclusa nella confezione, fino alla battuta.

#### **Avvertenza importante**

In caso si riscontrasse un leggero contatto tra il cacciavite ed il trasportatore, basterà svitare leggermente il trasportatore.



Assicurare nuovamente il corretto torque di serraggio alla vite utilizzando l'avvitatore (HSM-20-EX) con il cricchetto (cod. CRI5-KIT).

#### Avvertenza importante

Il torque massimo di serraggio degli abutment P.A.D.r angolati con vite passante è di 20-25 Ncm. Poiché manualmente è difficile controllare con precisione il torque di inserimento delle componenti protesiche, è obbligatorio terminare la procedura sempre con il cricchetto dinamometrico. Si raccomanda di mantenere il cricchetto in posizione perpendicolare all'asse di lavoro durante l'avvitamento tenendo l'indice della mano libera sopra il nottolino in modo da evitare movimenti basculatori che possono rovinare gli strumenti e incidere sul corretto posizionamento degli abutment. In caso di torque eccessivo vi è il rischio di deformare la parte filettata della vite.



Avvitare il provvisorio sugli abutment P.A.D.r con le viti PAD-VP-140 applicando un torque di 15-20 Ncm.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare viti nuove per il fissaggio finale della struttura in bocca.



#### Avvertenze particolari

Al momento del serraggio di viti transmucose e del serraggio definitivo di viti per pilastri, o viti protesiche, si raccomanda di attenersi ai seguenti torque di serraggio:

descrizione	torque raccomandati
Viti transmucose di guarigione 8-10 Ncm	8-10 Ncm
Viti per transfer 8-10 Ncm	8-10 Ncm
Viti passanti per serrare sovrastrutture protesiche agli abutment P.A.D. e P.A.D.r	15-20 Ncm
Viti passanti per serrare sugli impianti gli abutment P.A.D.r angolati	20-25 Ncm
Componenti ad avvitamento diretto sugli impianti (es. P.A.D.r dritti)	25-30 Ncm

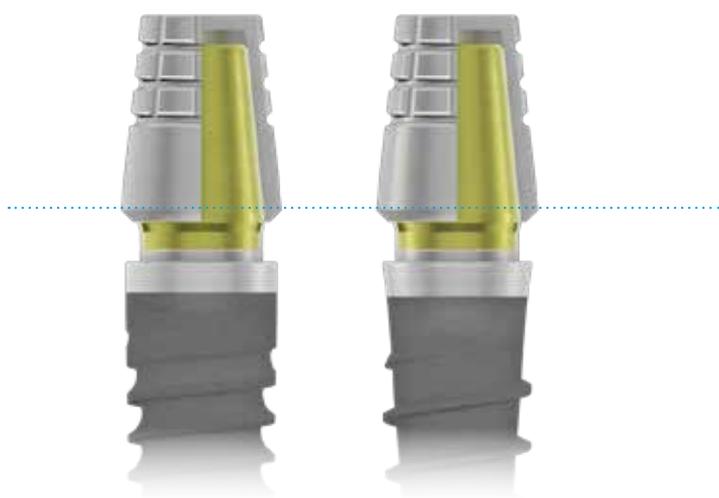
Torque di serraggio troppo elevati possono indebolire la struttura meccanica delle viti e compromettere la stabilità protesica, con possibili danni alla connessione implantare.

Per ulteriori informazioni su manutenzione, pulizia/sterilizzazione/conservazione, di componenti protesiche e strumentazione chirurgica incluso il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT consultare il sito [www.sweden-martina.com/it\\_it/ifu/](http://www.sweden-martina.com/it_it/ifu/)

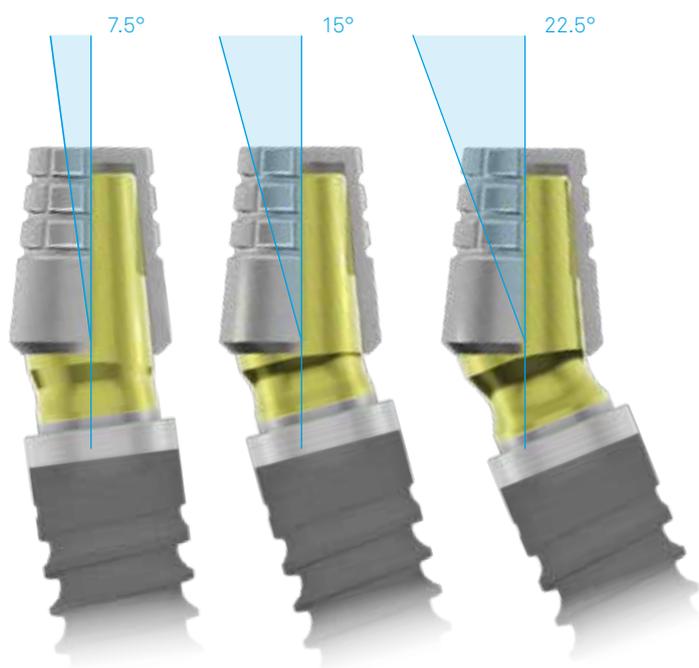
# Riabilitazione provvisoria e definitiva con tecnica conometrica Conico

I pilastri Conico per impianti Premium One Shelta Power appoggiano in sicurezza sul collarino e sono disponibili nei diametri  $\varnothing$  3.30 e  $\varnothing$  3.80 mm. I pilastri dritti sono disponibili in diverse altezze transmucose, mentre i pilastri angolati sono disponibili con angolazione a 7.5°, 15° e 22.5°. Entrambe le tipologie sono dotate di esagono di riposizionamento.

## Conico su pilastri dritti



## Conico su pilastri angolati



**Pilastri Conico dritti e angolati**

∅ componente protesica	∅ 3.30 mm	∅ 3.80 mm
per impianti	Premium One Power ∅ 3.30 mm Premium One Shelta Power ∅ 3.80 mm	Premium One Shelta Power ∅ 3.80 - 4.25 - 5.00 mm
pilastri Conico in titanio Gr. 5 dritti riposizionabili h transmucosa 0.50 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-TS-330-05</b> 	-
pilastri Conico in titanio Gr. 5 dritti riposizionabili h transmucosa 1.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-TS-330-10</b> 	<b>A-MD-TS-380-10</b> 
pilastri Conico in titanio Gr. 5 dritti riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-TS-330-20</b> 	<b>A-MD-TS-380-20</b> 
pilastri Conico in titanio Gr. 5 dritti riposizionabili h transmucosa 3.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MD-TS-330-30</b> 	<b>A-MD-TS-380-30</b> 
pilastri Conico in titanio Gr. 5 angolazione 7.5° riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MA07-TS-330-2</b> 	<b>A-MA07-TS-380-2</b> 
pilastri Conico in titanio Gr. 5 angolazione 15° riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MA15-TS-330-2</b> 	<b>A-MA15-TS-380-2</b> 
pilastri Conico in titanio Gr. 5 angolazione 22.5° riposizionabili h transmucosa 2.00 mm vite di serraggio inclusa	<b>A-MA20-TS-330-2</b> 	<b>A-MA20-TS-380-2</b> 
confezione singola confezione da 10 pezzi vite di serraggio in dotazione con i pilastri e ordinabile anche separatamente come ricambio	<b>VM2-180</b> <b>VM2-180-10</b> 	Utilizzare VM2-180

**Avvertenza importante**

Le componenti protesiche di ∅ 3.30 mm determinano Switching Platform protesico con impianti di ∅ 3.80. Si raccomanda di utilizzare questi pilastri esclusivamente per corone singole nei settori frontali (premolari esclusi), e nei settori distali esclusivamente per il sostegno di protesi multiple e di non utilizzarli con impianti di ∅ 4.25 e 5.00 mm.

Torque raccomandato: 20-25 Ncm.

descrizione	codice
cappetta per protesi fissa parziale o full-arch	<b>CAP2-TS-DEF</b>  <span style="margin-left: 10px;">5.70</span>
cappetta antirotativa per elemento singolo	<b>CAP2-TS-IND</b>  <span style="margin-left: 10px;">5.70</span>
cappetta per protesi avvitata vite di serraggio VP200-CAP2-AVV inclusa	<b>CAP2-TS-AVV</b>  <span style="margin-left: 10px;">6.95</span>
vite di serraggio per cappetta per protesi avvitata in dotazione con la cappetta e ordinabile anche separatamente come ricambio	<b>VP200-CAP2-AVV</b>  <span style="margin-left: 10px;">M2.0</span>
cappetta transfer in PEEK per impronta su abutment Conico	<b>CAP2-TS-IMP</b>  <span style="margin-left: 10px;">9.10</span>
analogo pilastro Conico	<b>ANA2-MD-TS</b>  <span style="margin-left: 10px;">16.50</span>

**Accessori per sistemica Conico**

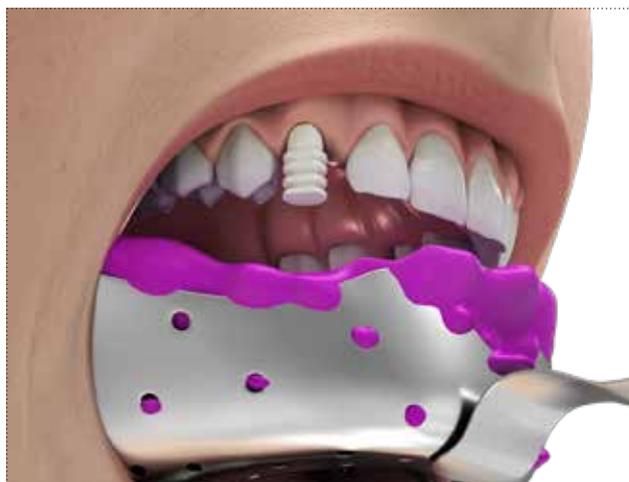
descrizione	codice
parallelometro	PAR-PP 
inserto per parallelometro per connessione Collex One	PAR-INS-AS 
inserto per parallelometro per connessione DAT-N	PAR-INS-DAT-N 
inserto per parallelometro per connessione DAT	PAR-INS-DAT 

### Impronta e modello con tecnica One Abutment-One Time

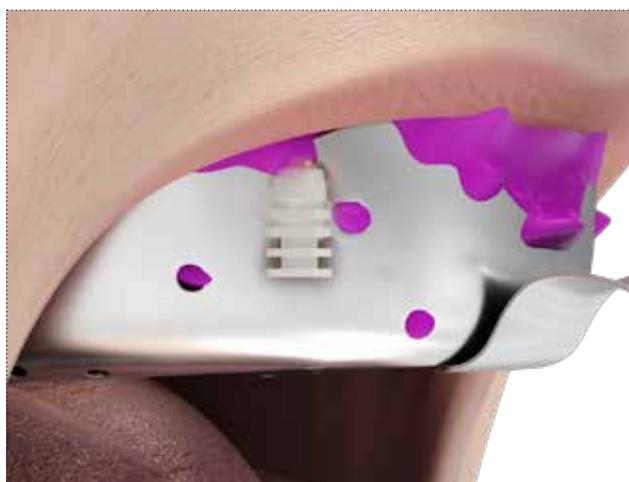
Al momento della scopertura o, qualora vi siano i requisiti per il carico immediato, al termine della chirurgia posizionare sull'impianto il pilastro Conico dell'altezza transmucosa e/o dell'angolazione desiderata. Inserire sul pilastro la cappetta in PEEK (cod. CAP2-TS-IMP) con una leggera pressione manuale.



Scegliere un cucchiaio di dimensioni adeguate, in modo che tutto l'ingombro verticale di cappetta e pilastro sia contenuto all'interno delle pareti del portaimpronta. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) intorno alla cappetta. Riempire il cucchiaio portaimpronta con materiale da impronta più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata.



Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Rimuovere verticalmente il cucchiaio portaimpronta:  
la cappetta in PEEK resterà saldamente inglobata nel  
materiale indurito, mentre il pilastro resterà avvitato  
all'impianto.

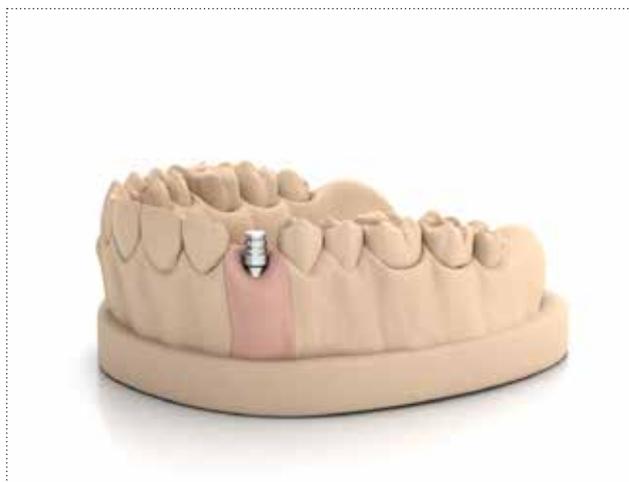


Riposizionare l'analogo del pilastro Conico all'interno  
della cappetta e inviare l'impronta al laboratorio.  
Sviluppare il modello come d'abitudine.



### Riabilitazione definitiva singola con tecnica conometrica

Sul modello di precisione posizionare la cappetta conometrica indicizzata (cod. CAP2-TS-IND) sull'analogo aiutandosi con la faccia di riposizionamento e attivare la conometria esercitando una forza verticale sulla testa della cappetta.



Eseguire una ceratura della corona frapponendo come d'abitudine uno spaziatore da laboratorio per passivare la protesi definitiva e permettere il successivo incollaggio. La cappetta sarà in contatto diretto con la struttura soltanto sulla superficie piatta oclusale per consentire un reset preciso della struttura sia sul modello in laboratorio che nelle varie fasi di prova intraorale.



Fondere o duplicare con tecnologia CAD-CAM la sola corona realizzata in cera o resina, lasciando sul modello la cappetta Conico.



Rifinire la base della corona e procedere alla ceramizzazione. Non procedere ancora all'incollaggio della corona sulla cappetta.



Inserire sul pilastro la cappetta conometrica definitiva (cod. CAP2-TS-IND) aiutandosi con la faccia di riposizionamento e attivare la conometria con una leggera pressione manuale.



Incollare la corona ceramizzata alla cappetta: a tale scopo è utile stendere un sottile strato di primer come ZPrime all'interno della corona, prima di procedere alla cementazione con BisCem.

Una volta attivata, la ritenzione conometrica della cappetta viene mantenuta costantemente anche grazie al contatto occlusale, evitando la possibilità che la corona si sfili o che il paziente possa rimuoverla autonomamente.



### Riabilitazione definitiva multipla con tecnica conometrica

Sul modello di precisione posizionare le cappette (cod. CAP2-TS-DEF) in titanio sugli analoghi con una leggera pressione manuale e attivare la conometria esercitando una forza verticale sulla testa delle cappette.



Eseguire una ceratura della struttura fraPONENDO come d'abitudine uno spaziatore da laboratorio per passivare la protesi definitiva e permettere il successivo incollaggio delle cappette.

Le cappette saranno in contatto diretto con la struttura soltanto sulla superficie piatta oclusale per consentire un reset preciso della struttura sia sul modello in laboratorio che nelle varie fasi di prova intraorale.



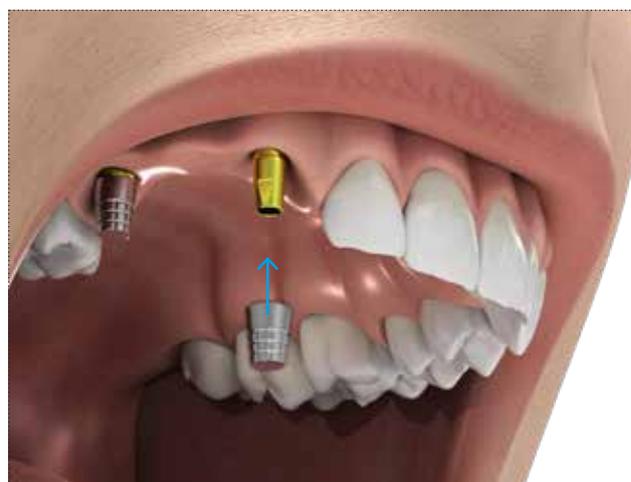
Fondere o duplicare con tecnologia CAD-CAM la sola struttura realizzata in cera o resina, lasciando sul modello le cappette Conico.



Rifinire la base della struttura e procedere alla ceramizzazione. Non procedere ancora all'incollaggio della struttura sulle cappette.



Inserire su ogni pilastro la cappetta conometrica definitiva (cod. CAP2-TS-DEF) e attivare la conometria con una leggera pressione manuale.



Incollare la struttura ceramizzata alle cappette: a tale scopo è utile stendere un sottile strato di primer come ZPrime all'interno della struttura, prima di procedere alla cementazione con BisCem. Una volta attivata, la ritenzione conometrica delle cappette viene mantenuta costantemente anche grazie al contatto occlusale, evitando la possibilità che la struttura si sfilì o che il paziente possa rimuoverla autonomamente.



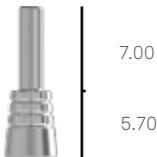
# Cappette per esigenze speciali



**Cappetta per saldatura intraorale CAP2-TS-PIN:** il pin permette di solidarizzare le cappette con la saldatura intraorale nelle procedure di carico immediato evitando il rischio di fusione tra cappetta e pilastro.

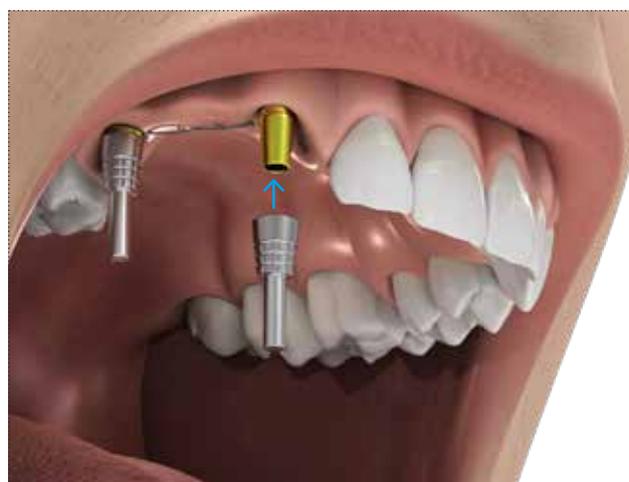


## Componenti per conometria con saldatura intraorale

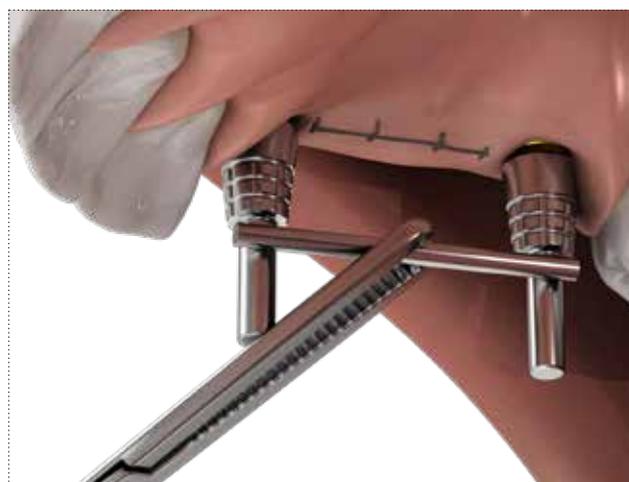
descrizione	codice
cappetta con pin da utilizzare per saldatura intraorale	<b>CAP2-TS-PIN</b>
	
confezione da 5 pezzi	<b>DW-BARRA1.2</b>
barretta in titanio Gr. 2 a profilo circolare l 150 mm, $\varnothing$ 1.20 mm	
confezione da 5 pezzi	<b>DW-BARRA1.5</b>
barretta in titanio Gr. 2 a profilo circolare l 150 mm, $\varnothing$ 1.50 mm	
confezione da 5 pezzi	<b>DW-BARRA1.8</b>
barretta in titanio Gr. 2 a profilo circolare l 150 mm, $\varnothing$ 1.80 mm	
confezione da 5 pezzi	<b>DW-BARRA1X3</b>
barretta in titanio Gr. 2 a profilo rettangolare l 100 mm, 3x1 mm	
confezione da 5 pezzi	<b>DW-BARRA2X4</b>
barretta in titanio Gr. 2 a profilo rettangolare l 100 mm, 4x2 mm	

### Riabilitazione con tecnica di saldatura intraorale

Posizionare sui pilastri le cappette per saldatura intraorale (cod. CAP2-TS-PIN) esercitando una leggera pressione a mano.



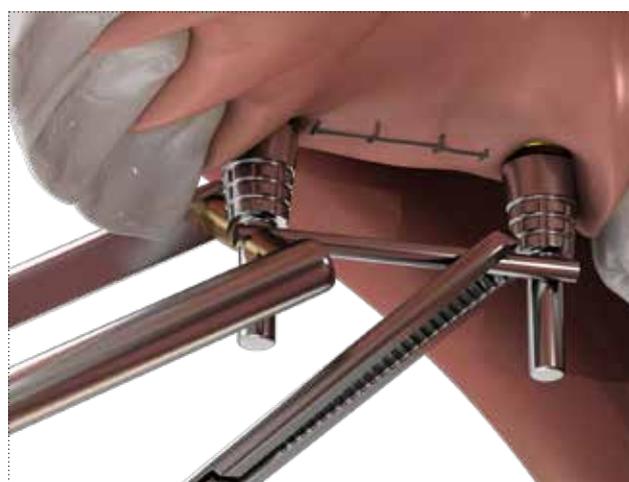
Prendere una barra in titanio Gr. 2 per saldatura intraorale dello spessore più idoneo e precurvarla manualmente congruentemente con la zona da riabilitare.  
Posizionarla in prossimità del pin posto sulla sommità della capretta.



Eeguire una saldatura con un'apposita saldatrice intraorale, secondo le indicazioni del produttore. La saldatura tra pin e barra garantisce che non ci sia fusione tra la capretta conometrica e il pilastro.

#### **Avvertenza importante**

Per settare i parametri di utilizzo della saldatrice e per le relative indicazioni e avvertenze attenersi al manuale d'uso del fabbricante dell'apparecchiatura.



# Riabilitazione provvisoria e definitiva con abutment Plain B-Space

Gli abutment Plain B-Space, la cui peculiarità è l'avvitamento diretto agli impianti, sfruttano la geometria completamente piatta della parte superiore, che si accoppia tramite un piccolo invito a delle apposite cannule calcinabili. L'utilità di tali abutment è di massimizzare le operazioni di centraggio e riposizionamento di strutture avvitate su più impianti.

Per il trasporto nel cavo orale, l'avvitamento e il serraggio degli abutment Plain B-Space, utilizzare i cacciaviti standard della serie HSM contenuti nei kit chirurgici.

Il torque di inserimento previsto è di 25-30 Ncm per avvitare l'abutment all'impianto e 20-25 Ncm per serrare la vite protesica.

Normalmente, quando vengono utilizzati questi abutment l'impronta viene presa direttamente sugli impianti con l'uso dei transfer dedicati. Sono inoltre disponibili apposite cannule in titanio per la realizzazione di provvisori.



∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Abutment Plain per avvitamento diretto H. tras mucosa 2.00 mm	<b>A-PLAIN-ABU330-2</b> ∅ 3.30...   2.00 	<b>A-PLAIN-ABU380-2</b> ∅ 3.30... ∅ 3.80...   2.00 	<b>AS-PLAIN-ABU425-2</b> ∅ 3.30... ∅ 4.25...   2.00 	<b>AS-PLAIN-ABU500-2</b> ∅ 3.30... ∅ 5.00...   2.00 
Abutment Plain per avvitamento diretto H. tras mucosa 3.00 mm	<b>A-PLAIN-ABU330-3</b> ∅ 3.30...   3.00 	<b>A-PLAIN-ABU380-3</b> ∅ 3.30... ∅ 3.80...   3.00 	<b>AS-PLAIN-ABU425-3</b> ∅ 3.30... ∅ 4.25...   3.00 	<b>AS-PLAIN-ABU500-3</b> ∅ 3.30... ∅ 5.00...   3.00 
Abutment Plain per avvitamento diretto H. tras mucosa 4.00 mm	<b>A-PLAIN-ABU330-4</b> ∅ 3.30...   4.00 	<b>A-PLAIN-ABU380-4</b> ∅ 3.30... ∅ 3.80...   4.00 	<b>AS-PLAIN-ABU425-4</b> ∅ 3.30... ∅ 4.25...   4.00 	<b>AS-PLAIN-ABU500-4</b> ∅ 3.30... ∅ 5.00...   4.00 

### Componenti per sovrastrutture su abutment PLAIN B-Space

descrizione	codice
cuffie di guarigione	<b>A-PLAIN-CG330</b> ∅ 5.30... ∅ 3.30...   5.00 
cannule calcinabili vite A-PLAIN-VP200 inclusa	<b>A-PLAIN-CC330</b> ∅ 3.30...   10.00 
cannule in titanio Gr. 5 vite A-PLAIN-VP200 inclusa	<b>A-PLAIN-CT330</b> ∅ 3.30...   9.50 1.30 
transfer Pick-up vite A-PLAIN-VTRA200 inclusa	<b>A-PLAIN-TRA-330</b> ∅ 3.30...   12.00 
analoghi	<b>A-PLAIN-ANA-330</b> ∅ 3.30...   12.00 

### Fase d'impronta e modello

Dopo aver inserito gli impianti, avvitare gli abutment Plain B-Space per mezzo dell'apposito avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio degli abutment Plain B-Space sugli impianti è di 25-30 Ncm.



Avvitare ad ogni abutment un transfer della serie A-PLAIN-TRA-\* per mezzo dell'apposita vite fornita in dotazione e un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio dei transfer sugli abutment Plain B-Space è di 8-10 Ncm.

Se lo si desidera, solidarizzare tra loro i transfer con filo e resina o composito e attendere la polimerizzazione secondo le indicazioni del fabbricante (es. resina SUN, cod. SUN-A2 o SUN-A3).



Verificare che il cucchiaio personalizzato, posizionato in bocca, contenga tutta l'altezza dei transfer all'interno delle sue pareti, e la sommità della vite transfer spunti per un tratto congruo e sufficiente dall'apposito foro presente nel cucchiaio.

Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno ai transfer. Riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale da impronta più consistente (SKY IMPLANT ONEMIX-ED, cod. SKY08) in tutta l'arcata. Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni.



Svitare le viti transfer e sfilarle dall'impronta per evitare che al momento della rimozione del portaimpronta esse possano accidentalmente cadere in bocca al paziente. Rimuovere il cucchiaino: i transfer Pick-up resteranno inglobati nell'impronta.



Avvitare agli abutment Plain B-Space le apposite cuffie di guarigione per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio delle cuffie di guarigione Plain B-Space sui rispettivi abutment è di 8-10 Ncm.



Fissare gli analoghi Plain B-Space ai transfer per mezzo delle viti transfer, ricollocate nei fori lasciati dalle stesse nel materiale da impronta. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm. Sviluppare il modello come d'abitudine.

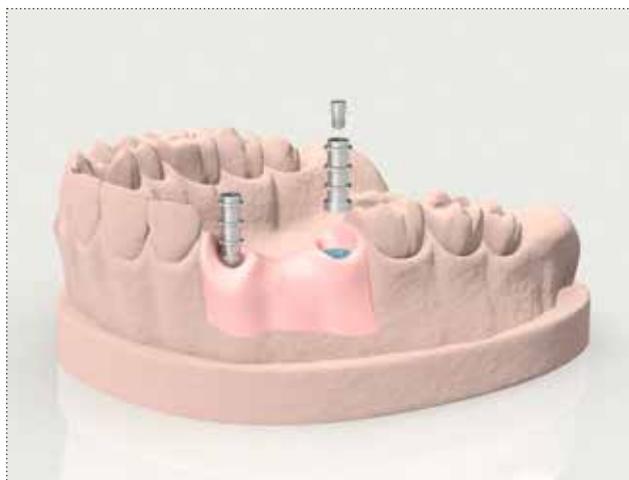


### Riabilitazione provvisoria multipla avvitata con abutment Plain B-Space: tecnica per incollaggio con cannule in titanio

Sul modello di precisione posizionare le cannule e fissarle avvitando la vite di serraggio e le cannule in titanio agli analoghi Plain B-Space con la vite di serraggio A-PLAIN-VP200, lasciandole inizialmente della lunghezza originaria. Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



Sulle cannule in titanio Plain B-Space inserire un ponte sgusciato realizzato in laboratorio e forato in modo da creare uno spazio adeguato allo scorrimento sul corpo delle cannule. Segnare il margine palatale e vestibolare del ponte provvisorio su entrambe le cannule per poi poterle ridurre in maniera congruente.



Sfilare il ponte provvisorio e tagliare su modello le cannule all'altezza segnalata.



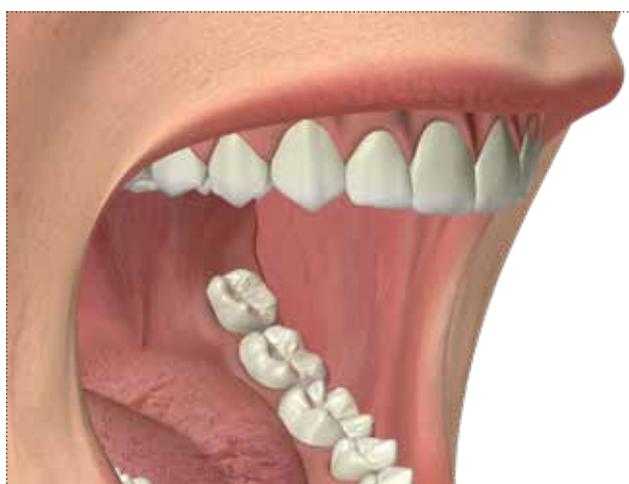
Incollare il ponte provvisorio alle cannule in titanio Plain B-Space attendendo la polimerizzazione secondo i modi e tempi previsti.



A polimerizzazione avvenuta svitare il ponte provvisorio dal modello, rifinirlo e fissarlo agli impianti con le apposite viti e un avvitatore della serie HSM. Si raccomanda di non superare il torque di serraggio di 20-25 Ncm.



Inserire del teflon, guttaperca o cemento morbido nel foro vite delle cannule Plain B-Space e chiudere la sommità con resina o composito. Il provvisorio contribuirà non solo a mantenere un'adeguata qualità della vita del paziente in attesa della protesi definitiva, ma anche alla corretta conformazione dei tessuti gengivali che poi accoglieranno la protesi definitiva con risultati estetici ottimali.



### Riabilitazione definitiva multipla avvitata con abutment Plain B-Space: tecnica per fusione integrale con cannule calcinabili

Sul modello di precisione avvitare le cannule calcinabili agli analoghi Plain B-Space con la vite di serraggio A-PLAIN-VP200, lasciandole inizialmente della lunghezza originaria.

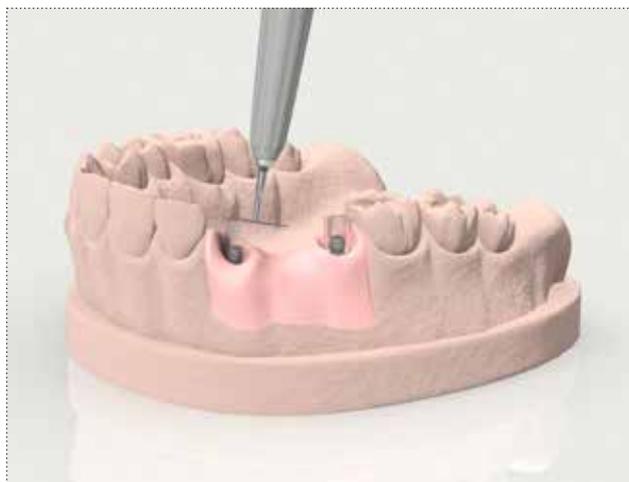
Il torque raccomandato è di 8-10 Ncm.

#### **Avvertenza importante**

Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola o in confezione da 10 unità. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente con un disco abrasivo.



Modellare sulle cannule una struttura in cera o resina calcinabile.



Procede alla fusione della struttura come da protocollo standard. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività.



Ceramizzare la protesi definitiva come d'abitudine. Rimuovere dal modello la sovrastruttura.



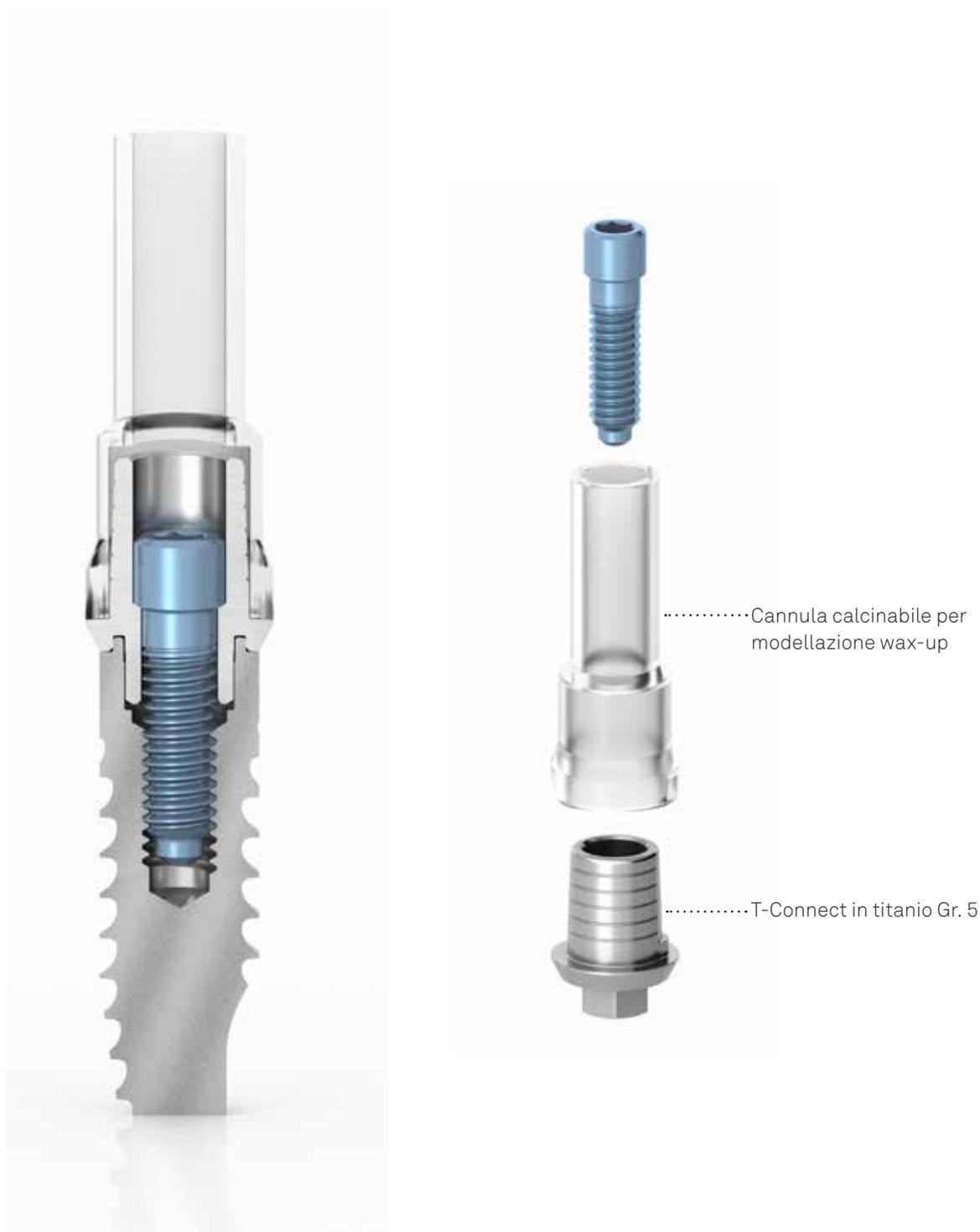
Svitare le cuffie di guarigione, posizionare le cannule e fissarle avvitando la vite di serraggio e la sovrastruttura agli abutment Plain B-Space, rispettando un torque di 20-25 Ncm. Controllare la passivazione e le relazioni occlusali.



# Riabilitazione definitiva con T-Connect

I supporti T-Connect sono realizzati in titanio Gr. 5 e presentano un corpo conico con delle scanalature che facilitano l'incollaggio sia di corone integrali che di strutture multiple realizzate in laboratorio. Il cono di cementazione delle T-Connect è disponibile nelle altezze 4 e 6 mm.

Nella componentistica T-Connect sono inoltre disponibili delle cannule che facilitano la modellazione del wax-up nel rispetto dei volumi delle T-Connect: l'altezza totale di 12 mm aiuta a preservare il foro vite da accidentali ostruzioni.



$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
T-Connect riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-BASTZR-S-330-4</b> 	<b>A-BASTZR-S-380-4</b> 	<b>AS-BASTZR-S-425-4</b> 	<b>AS-BASTZR-S-500-4</b> 
T-Connect riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-4-1</b> 	<b>A-TCR-S-380-4-1</b> 	-	-
T-Connect riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-4-2</b> 	<b>A-TCR-S-380-4-2</b> 	-	-
T-Connect riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-4-3</b> 	<b>A-TCR-S-380-4-3</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm	<b>A-BASTZR-M-330-4</b> 	<b>A-BASTZR-M-380-4</b> 	<b>AS-BASTZR-M-425-4</b> 	<b>AS-BASTZR-M-500-4</b> 
T-Connect non riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-4-1</b> 	<b>A-TCR-M-380-4-1</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-4-2</b> 	<b>A-TCR-M-380-4-2</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabile Cono di cementazione H. 4.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-4-3</b> 	<b>A-TCR-M-380-4-3</b> 	-	-

Torque raccomandato per le T-Connect: 20-25 Ncm.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Cannule per modellazione wax-up su T-Connect h totale 12.00 mm	<b>A-CCBAS-330-4</b> 	<b>A-CCBAS-380-4</b> 	<b>A-CCBAS-425-4</b> 	<b>A-CCBAS-500-4</b> 

### Interfase Dinamica

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Interfase Dinamica non riposizionabile	<b>IND3PKR330/TIA</b> 	<b>IND3PKR380/TIA</b> 	-	-
Interfase Dinamica riposizionabile	<b>IND3PKH330/TIA</b> 	<b>IND3PKH380/TIA</b> 	-	-

## T-Connect con cono di cementazione di h 6.00

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
T-Connect riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-BASTZR-S-330-6</b> 	<b>A-BASTZR-S-380-6</b> 	<b>AS-BASTZR-S-425-6</b> 	<b>AS-BASTZR-S-500-6</b> 
T-Connect riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-6-1</b> 	<b>A-TCR-S-380-6-1</b> 	-	-
T-Connect riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-6-2</b> 	<b>A-TCR-S-380-6-2</b> 	-	-
T-Connect riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-S-330-6-3</b> 	<b>A-TCR-S-380-6-3</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-BASTZR-M-330-6</b> 	<b>A-BASTZR-M-380-6</b> 	<b>AS-BASTZR-M-425-6</b> 	<b>AS-BASTZR-M-500-6</b> 
T-Connect non riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-6-1</b> 	<b>A-TCR-M-380-6-1</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-6-2</b> 	<b>A-TCR-M-380-6-2</b> 	-	-
T-Connect non riposizionabili con cono di cementazione di h 6.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCR-M-330-6-3</b> 	<b>A-TCR-M-380-6-3</b> 	-	-

## Cannule per modellazione wax-up su T-Connect

∅ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
Cannule per modellazione wax-up su T-Connect h totale 12.00 mm	<b>A-CCBAS-330-6</b> 	<b>A-CCBAS-380-6</b> 	<b>A-CCBAS-425-6</b> 	<b>A-CCBAS-500-6</b> 

**T-Connect Unica**

$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80	4.25	5.00
T-Connect Unica riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330</b> 	<b>A-TC-UNI-380</b> 	<b>AS-TC-UNI-425</b> 	<b>AS-TC-UNI-500</b> 
T-Connect Unica riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-1</b> 	<b>A-TC-UNI-380-1</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-1</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-1</b> 
T-Connect Unica riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-2</b> 	<b>A-TC-UNI-380-2</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-2</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-2</b> 
T-Connect Unica riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-3</b> 	<b>A-TC-UNI-380-3</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-3</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-3</b> 
T-Connect Unica non riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-ROT</b> 	<b>A-TC-UNI-380-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-ROT</b> 
T-Connect Unica non riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-1-ROT</b> 	<b>A-TC-UNI-380-1-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-1-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-1-ROT</b> 
T-Connect Unica non riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-2-ROT</b> 	<b>A-TC-UNI-380-2-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-2-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-2-ROT</b> 
T-Connect Unica non riposizionabili vite VM2-180 inclusa	<b>A-TC-UNI-330-3-ROT</b> 	<b>A-TC-UNI-380-3-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-425-3-ROT</b> 	<b>AS-TC-UNI-500-3-ROT</b> 

*In caso di apertura della finestra per foro vite angolato, la relativa vite A-VMA-180 va ordinata separatamente, da usare con l'apposito cacciavite DSPDCLM-24 o DSPD CLM-32.*

## Dime di taglio e holder per T-Connect Unica



Holder S (small) per dima di taglio per T-Connect Unica, lato sinistro

**TC-UNI-HOLD4-SX**

Holder S (small) per dima di taglio per T-Connect Unica, lato destro

**TC-UNI-HOLD4-DX**

Holder L (large) per dima di taglio per T-Connect Unica, lato destro

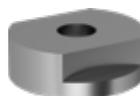
**TC-UNI-HOLD6-DX**

Holder L (large) per dima di taglio per T-Connect Unica, lato sinistro

**TC-UNI-HOLD6-SX**

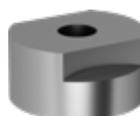
dima di taglio a 4 mm per T-Connect Unica

**TC-UNI-DIMA-H4**



dima di taglio a 6 mm per T-Connect Unica

**TC-UNI-DIMA-H6**



dima di taglio per foro angolato per T-Connect Unica

**TC-UNI-DIMA-ANG**



*Nota bene: disponibile il file stl per stampare autonomamente gli holder.*



Guarda come è facile personalizzare in modo preciso la T-Connect Unica con le dime di taglio e l'apposito holder

Accessori per T-Connect Unica	
O-ring per prove intraorali per T-Connect Unica	<p><b>TC-UNI-ORING</b></p> 
Cannula calcinabile per T-Connect Unica, non riposizionabile	<p><b>TC-UNI-CC</b></p>  <p>10.30 ø 5.00...</p>
Cannula calcinabile small per T-Connect Unica, riposizionabile	<p><b>TC-UNI-CC-S</b></p>  <p>10.30 ø 4.40...</p>
Cannula calcinabile large per T-Connect Unica, riposizionabile	<p><b>TC-UNI-CC-L</b></p>  <p>10.30 ø 5.60...</p>
Inseritore O-Ring	<p><b>C-UNI-ORING-INS</b></p> 

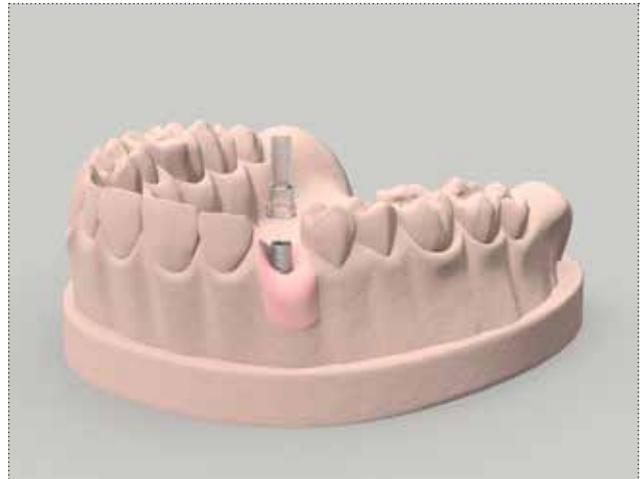
Accessori per T-Connect Unica	
T-Connect per protesi multipla abutment XA, prof. 1.0	<p><b>XA-TCIN-10-ROT</b></p>  <p>5.30</p>
T-Connect per protesi multipla abutment XA	<p><b>XA-TCIN-ROT</b></p>  <p>5.30</p>
T-Connect per protesi singola abutment XA	<p><b>XA-TCIN</b></p>  <p>5.30</p>

## Componenti per protesi digitale chairside

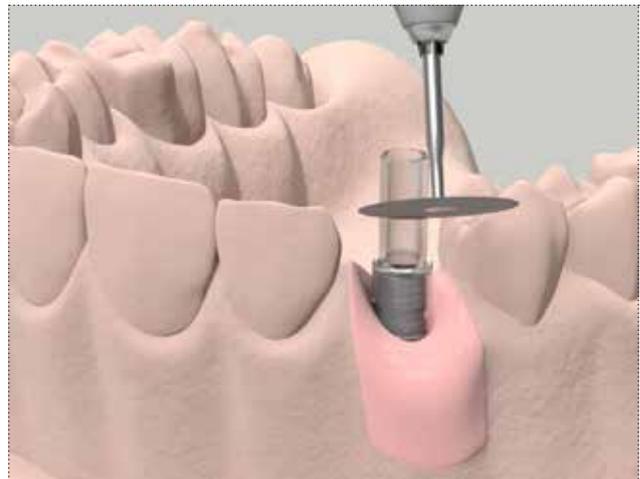
descrizione	3.30	3.80	4.25	5.00
T-Connect chairside con cono di cementazione di h 5.00 mm vite VM2-180 inclusa	<b>A-TCS-330S-C</b> 	<b>A-TCS-380S-C</b> 	<b>AS-TCS-425L-C</b> 	<b>AS-TCS-500L-C</b> 
T-Connect chairside con cono di cementazione di h 5.00 mm vite VM2-180 inclusa  1.50 mm	<b>A-TCS-330S-C-15</b> 	<b>A-TCS-380S-C-15</b> 	-	-
T-Connect chairside con cono di cementazione di h 5.00 mm vite VM2-180 inclusa  2.50 mm	<b>A-TCS-330S-C-25</b> 	<b>A-TCS-380S-C-25</b> 	-	-

### Riabilitazione definitiva singola avvitata con T-Connect: tecnica per incollaggio

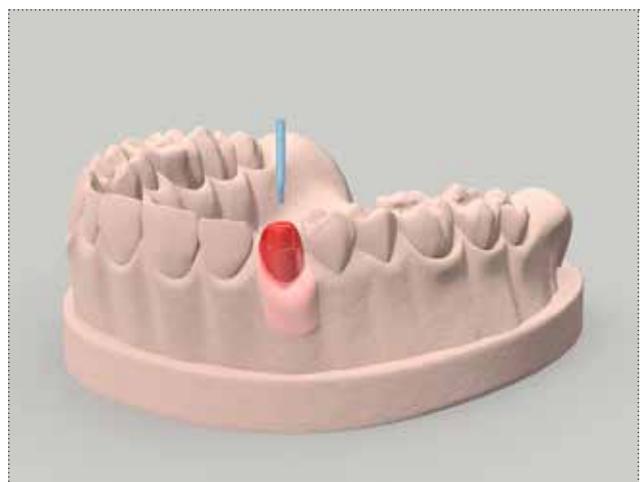
Su modello di precisione avvitare la T-Connect riposizionabile sull'analogo per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Inserire sulla T-Connect una cannula calcinabile di altezza congruente rispetto al cono di cementazione, di 4.00 o 6.00 mm.



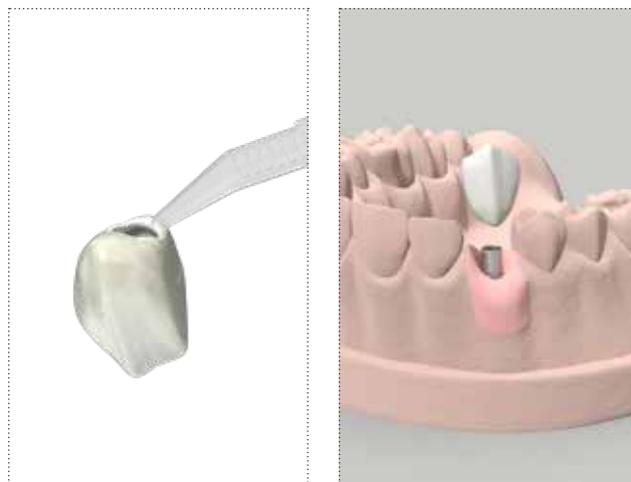
Ridurre la cannula calcinabile a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando un disco abrasivo.



Modellare una corona in cera o resina sulla cannula calcinabile e utilizzare una vite per mantenere il foro libero.



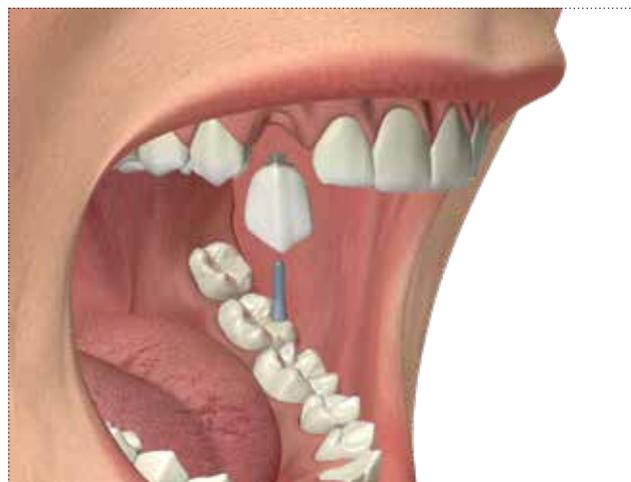
Ceramizzare la corona fusa e procedere all'incollaggio su modello: capovolgere la corona e inserire al suo interno del cemento resinoso nel foro per incollare la T-Connect. Far polimerizzare secondo le indicazioni del produttore.



Avvitare la corona all'impianto con l'apposita vite in dotazione, senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.

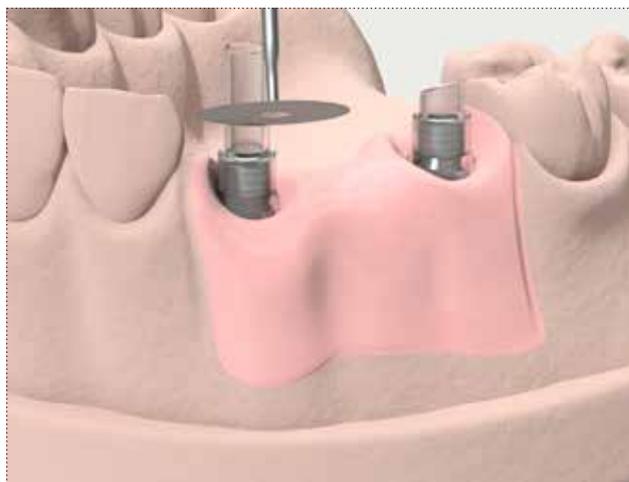


### Riabilitazione definitiva multipla avvitata con T-Connect: tecnica per incollaggio

Su modello di precisione avvitare le T-Connect riposizionabili sugli analoghi per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Inserire su ogni T-Connect una cannula calcinabile di altezza congruente rispetto al cono di cementazione, di 4.00 o 6.00 mm.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente utilizzando un disco abrasivo.



Modellare un ponte in cera o resina inglobando le cannule calcinabili e utilizzare delle viti transfer per mantenere i fori liberi.



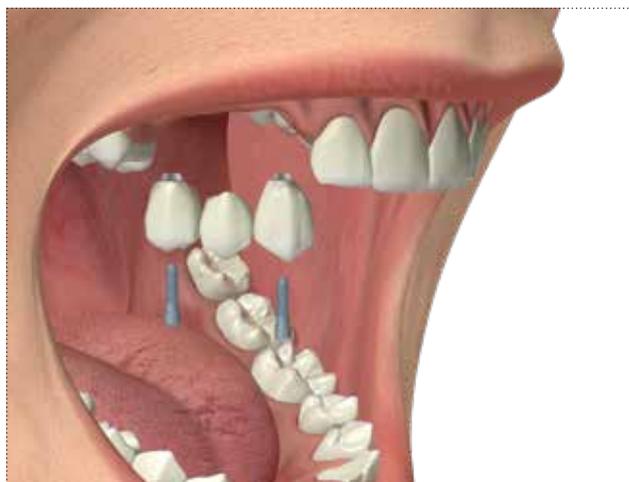
Ceramizzare il ponte fuso e procedere all'incollaggio su modello: capovolgere la struttura e inserire al suo interno del cemento resinoso nei fori per incollare le T-Connect. Far polimerizzare secondo le indicazioni del produttore.



Avvitare il ponte agli impianti con l'apposita vite in dotazione, senza eccedere il torque di 20-25 Ncm.

**Avvertenza importante**

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare la vite nuova in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



# Ancoraggio di overdenture con abutment Locator

Gli abutment Locator sono una soluzione protesica brevettata versatile, semplice e sicura per ancorare le overdenture agli impianti. Il sistema Locator consente di correggere con facilità divergenze sino a 40° (20° per impianto) in spazi occlusali limitati; dato il suo ridotto ingombro, è ideale per tutti i pazienti con protesi mobile.

Gli abutment sono realizzati in titanio Gr. 5 e sono disponibili in diverse altezze transmucose.

I Locator vanno serrati a 25-30 Ncm, utilizzando l'apposita brugola disponibile anche individualmente su richiesta (cod. 8926-SW, corta, e cod. 8927-SW, lunga).



Cappetta in titanio o acciaio

Ritentore in nylon

Abutment Locator

Il sistema Locator dispone di una pratica cappetta in acciaio o in titanio in cui alloggiare il ritentore all'interno della protesi. Quando esso perde ritentività, la sua sostituzione è estremamente facile poiché non è necessario estrarlo dalla resina sottraendo materiale alla protesi, ma con una semplice operazione lo si può estrarre dalla cappetta in metallo, che rimane ancorata alla protesi.

La testa del abutment Locator è caratterizzata da un disegno autoguidante, che facilita l'inserimento della protesi.

Questo auto-allineamento della protesi riduce l'usura dei pezzi ed aumenta la durata della vita del dispositivo.

$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 1.00 mm	<b>1670</b> 	<b>1675</b> 
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 2.00 mm	<b>1671</b> 	<b>1676</b> 
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 3.00 mm	<b>1672</b> 	<b>1677</b> 
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 4.00 mm	-	<b>1678</b> 
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 5.00 mm	-	<b>1679</b> 
Abutment Locator Emergenza dritta H. transmucosa 6.00 mm	-	<b>1680</b> 

Torque di serraggio raccomandato per gli abutment Locator: 25-30 Ncm.

# Abutment Locator R-Tx

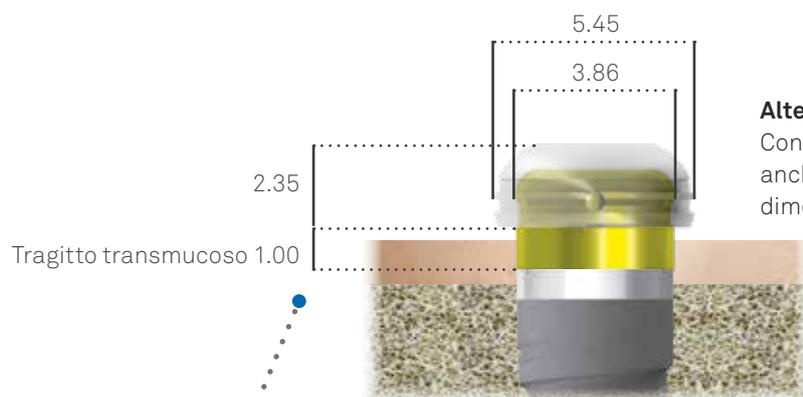
<p>∅ componente protesica</p>	<p>3.30</p>	<p>3.80</p>
<p>Abutment Locator R-Tx Emergenza dritta H. transucosa 1.00 mm</p>	<p><b>31110-01</b></p>  <p>∅ 3.30   1.00</p>	<p><b>31111-01</b></p>  <p>∅ 3.80   1.00</p>
<p>Abutment Locator Emergenza dritta H. transucosa 2.00 mm</p>	<p><b>31110-02</b></p>  <p>∅ 3.30   2.00</p>	<p><b>31111-02</b></p>  <p>∅ 3.80   2.00</p>
<p>Abutment Locator Emergenza dritta H. transucosa 3.00 mm</p>	<p><b>31110-03</b></p>  <p>∅ 3.30   3.00</p>	<p><b>31111-03</b></p>  <p>∅ 3.80   3.00</p>
<p>Abutment Locator Emergenza dritta H. transucosa 4.00 mm</p>	<p><b>31110-04</b></p>  <p>∅ 3.30   4.00</p>	<p><b>31111-04</b></p>  <p>∅ 3.80   4.00</p>
<p>Abutment Locator Emergenza dritta H. transucosa 5.00 mm</p>	<p><b>31110-05</b></p>  <p>∅ 3.30   5.00</p>	<p><b>31111-05</b></p>  <p>∅ 3.80   5.00</p>
<p>Abutment Locator Emergenza dritta H. transucosa 6.00 mm</p>	<p><b>31110-06</b></p>  <p>∅ 3.30   6.00</p>	<p><b>31111-06</b></p>  <p>∅ 3.80   6.00</p>

# Accessori per overdenture su abutment Locator R-Tx

descrizione	codice	
Confezione da n. 4 Cappette e 4 ritentori neri per la presa d'impronta	30013	
Confezione da n. 4 Inserti grigi, senza ritenzione	30001	
Confezione da n. 4 Inserti blu, a bassa ritenzione	30002	
Confezione da n. 4 Inserti rosa, a media ritenzione	30003	
Confezione da n. 4 Inserti bianchi, ad alta ritenzione	30004	
Confezione da n. 4 Ritentori in plastica neri per la presa d'impronta	30012	

descrizione	codice	
Confezione da n. 4 analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx $\varnothing$ 3.35 mm	30014	
Confezione da n. 4 analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx $\varnothing$ 4.00 mm	30015	
Confezione da n. 4 analoghi in alluminio dell'abutment Locator R-Tx $\varnothing$ 5.00 mm	30016	
Confezione da n. 4 transfer per Locator R-Tx con bassa ritenzione, misura unica	30017	
Confezione da n. cappette spaziatrici per realizzazione o ribasatura protesi	30018	
Locator core tool per Locator R-Tx	30021	
Avvitatore per contrangolo per Locator R-Tx, hex. 1.25 mm	08008	
Avvitatore digitale per Locator R-Tx, hex. 1.25 mm	08007	

## Caratteristiche principali



### Altezza verticale ridotta

Consente l'ancoraggio della protesi anche in situazioni cliniche di scarsa dimensione verticale.



### Disegno autoguidante

Il design della testa dell'abutment si centra naturalmente nella cappetta inglobata nella resina, ancor prima del completo accoppiamento tra i due elementi. Questa caratteristica rende molto semplici per il paziente le quotidiane manovre di inserimento e rimozione della protesi.

### Disponibilità di diverse altezze transmucose

La possibilità di scegliere tra tragitti transmucososi da 1 a 3 mm garantisce all'overdenture l'appoggio mucoso e quindi una minor sollecitazione degli impianti.





### Correzione di disparallelismi fino a 40° totali

Un'ampia gamma di ritentori con diverse forze ritentive e due diversi design permettono di correggere disparallelismi da 0 a 20° (10° per lato) con la serie dotata di peduncolo centrale, e disparallelismi da 20° a 40° (da 10° a 20° per lato) con la serie senza peduncolo.

### Tecnologia pivot

L'abutment Locator funge da pivot nella cappetta ancorata alla resina, e costituisce un'autentica connessione resiliente, in cui l'abutment funge da maschio in connessione statica con la cavità femmina, mentre la cappetta inglobata nella resina ha ampia possibilità di movimento rotazionale sul maschio.



### Manutenzione facile e veloce alla poltrona

Quando diminuisce la ritenzione delle cappette non è necessario intervenire sulla protesi, ma è sufficiente sostituire i ritentori in nylon con un unico strumento. L'auto-allineamento della protesi e la doppia ritenzione esercitata dalla cappetta in nylon riducono l'usura dei pezzi ed aumentano la durata della vita del dispositivo.



## Locator core tool

L'intero protocollo protesico Locator prevede l'utilizzo di un unico strumento, comune a tutte le linee implantari, che svolge contemporaneamente 4 funzioni.



### 8397: Rimozione

La punta di rimozione maschio ha un'estremità affilata utile ad agganciare e rimuovere i ritentori dalle cappette metalliche inglobate nell'overdenture.

### Inserimento

La parte centrale del Locator core tool, una volta disassemblata dal puntale, ha un'estremità cilindrica studiata appositamente per inserire i ritentori nelle cappette metalliche.

### 8390: Avvitamento

Questa estremità del Locator core tool, assieme all'apposita camicia di ritenzione, funge da driver per il trasporto del abutment Locator nel cavo orale e da avvitatore manuale per il suo fissaggio all'impianto.

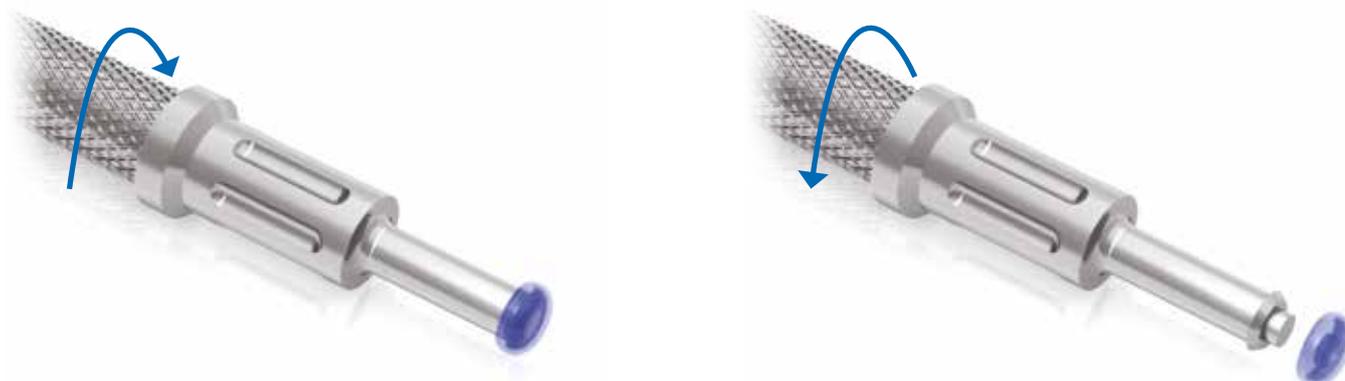
### 8394: Ritenzione

Le camicie di ritenzione in materiale polimerico consentono di trasportare gli abutment in bocca al paziente. Senza queste componenti l'avvitatore 8390 non può essere usato come carrier.

### Avvertenza importante

Il codice 8393 include l'intero Locator core tool in acciaio composto da un puntale (cod. 8397) per l'inserimento dei ritentori nelle cappette, un manico, un driver manuale (cod. 8390) per l'avvitamento degli abutment Locator e una camicia di ritenzione (8394 confezione da 4 pezzi) per il driver. Sono riordinabili come ricambi solo i codici 8397, 8390 e 8394, mentre per avere un nuovo manico è necessario riordinare l'intero strumento.

Questo strumento è stato progettato in modo da assolvere a tutte le funzioni necessarie sia per il trasporto e l'inserimento degli abutment (porzione color oro, cod. 8390, con cappetta 8394: per l'utilizzo si vedano pag. 180 e seguenti), sia per la sostituzione dei diversi ritentori disponibili. In particolare il puntale (cod. 8397) da solo o parzialmente svitato dal corpo centrale del Locator Core Tool si ancora ai ritentori in nylon e ne permette la rimozione dalle cappette metalliche, mentre quando si completa l'avvitamento estrude un piccolo pistone cilindrico che sgancia il ritentore dal profilo del puntale.



## Brugole per abutment Locator

Dopo aver inserito i Locator *in situ* con l'avvitatore 8390, per poterne completare l'avvitamento al torque consigliato di 25-30 Ncm è necessario utilizzare le brugole in titanio Gr. 5 (cod. 8926-SW brugola corta, cod. 8927-SW brugola lunga) con attacco compatibile con il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT. La disponibilità di un versione corta, oltre a quella lunga, rende agevole questa operazione anche nei settori distali.



## Presca d'impronta su Locator

Per la tecnica indiretta sono disponibili transfer (cod. 8505) e analoghi (cod. 8530) utili a riprodurre sul modello l'esatta posizione degli abutment Locator. Poiché la testa degli abutment è standard e sempre uguale a prescindere dal diametro della connessione implantare, esistono un unico transfer e un unico analogo. I transfer devono sempre essere utilizzati con il ritentore in nylon nero, dedicato alla presa d'impronta. Ogni transfer viene fornito completo di un ritentore nero; qualora sia necessario i ritentori neri sono ordinabili anche come ricambi (cod.8515). Per l'utilizzo della componentistica si vedano le pagg. 182 e 183.



## Misurazione del parallelismo degli assi implantari

Poiché una corretta ritenzione dell'overdenture su Locator abutment dipende dall'utilizzo dei ritentori appropriati, diventa fondamentale definire correttamente gli assi implantari che determinano la scelta di ritentori con o senza pivot centrale. A questo scopo è disponibile una piastrina metallica in acciaio (cod. 9530), da utilizzare per la misurazione delle angolazioni dei pin di parallelismo in polietilene nero (cod. 8517), che si inseriscono sulla testa degli abutment Locator. Per l'utilizzo della piastrina si vedano le pagg. 180-181.



## Anello distanziatore

Nelle fasi di presa d'impronta e di ribasatura della protesi è utile l'uso degli anellini distanziatori in gomma siliconica (cod. 8514), che consentono una corretta resilienza della protesi e aiutano ad impedire la colata di materiale resinoso o siliconico. L'anellino deve essere posizionato alla base della goletta che delimita la testa dell'abutment, in modo da non ostacolare la calzata delle cappette metalliche o dei transfer.



## Ritentori in nylon

I ritentori in nylon per le cappette metalliche si differenziano in base alla capacità di correzione dell'asse di inserzione dell'impianto e in base alla capacità ritentiva. Quelli in grado di correggere disparallelismi tra 0° e 10° per lato (per 20° complessivi) presentano un peduncolo centrale che ingaggia il centro della testa dei abutment Locator, aumentandone la capacità ritentiva, mentre quelli per disparallelismi tra 10° e 20° per lato (per 40° complessivi) ne sono sprovvisti per facilitare la calzata della protesi. I set 8519-2, 8540-2 e 8550-2 comprendono due pezzi di cappette in acciaio o in titanio oltre a due pezzi di ritentori neri, bianchi, rosa e blu oppure neri, verdi, arancio e rosso, a seconda del grado di disparallelismo degli impianti. Ogni set consente l'esecuzione di un caso completo su due impianti: qualora l'overdenture sia ancorata a 4 impianti è necessario ordinare due set. Oltre alle cappette in titanio, sono disponibili anche le cappette in acciaio per sovra fusione, molto utili qualora si voglia eseguire l'ancoraggio di protesi rinforzate da frame work metallico in stellite o altre leghe vili.



# Accessori per overdenture su abutment Locator

descrizione	codice
Kit composto da 2 cappette in titanio Gr. 5, 2 anellini distanziatori in gomma siliconica, 2 ritentori in polietilene nero (LDPE 993I) a bassa ritenzione per la presa dell'impronta e 2 ritentori in nylon per ciascuna delle 4 diverse capacità di ritenzione	8519-2 
Kit composto da 2 cappette in titanio Gr. 5, 2 anellini distanziatori in gomma siliconica, 2 ritentori in polietilene nero (LDPE 993I) a bassa ritenzione per la presa dell'impronta e 2 ritentori in nylon per ciascuna delle 4 diverse capacità di ritenzione studiate per grandi disparallelismi	8540-2 
Kit composto da 2 cappette in acciaio, 2 anellini distanziatori in gomma siliconica, 2 ritentori in polietilene nero (LDPE 993I) a bassa ritenzione per la presa dell'impronta e 2 ritentori in nylon per ciascuna delle 4 diverse capacità di ritenzione	8550-2 
Confezione da n. 20 anellini distanziatori in gomma siliconica per la fase di ribasatura della protesi	8514 
Confezione da n. 4 ritentori in polietilene nero (LDPE 993I) A bassa ritenzione per la presa dell'impronta	8515 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon trasparenti Ritenzione 5 lb corrispondenti a 2268 g	8524 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon rosa Ritenzione 3 lb corrispondenti a 1361 g	8527 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon blu Ritenzione 1,5 lb corrispondenti a 680 g	8529 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon verde Ritenzione 4 lb corrispondenti a 1814 g	8547 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon rosso Ritenzione 1 lb corrispondente a 450 g	8548 
Confezione da n. 4 ritentori in nylon arancione Ritenzione 2 lb corrispondenti a 907 g	8915 

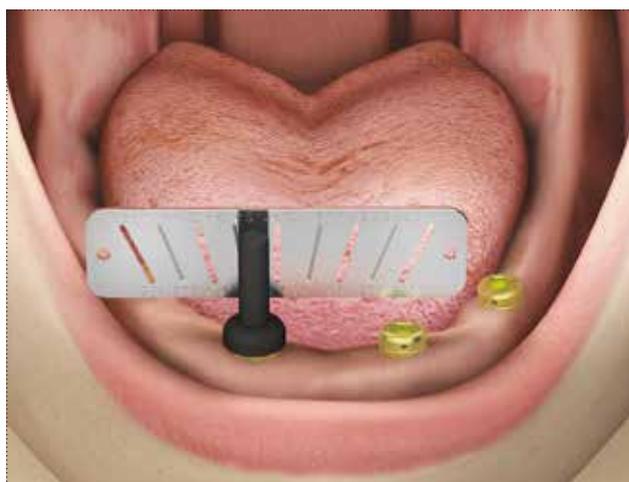
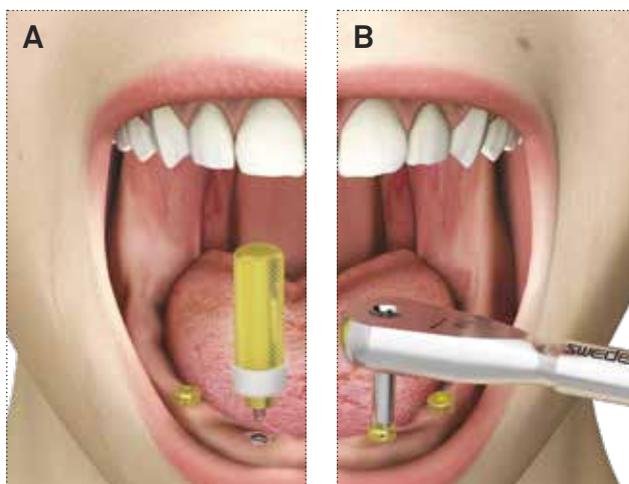
## Ancoraggio con abutment Locator

### Metodo diretto: fasi alla poltrona

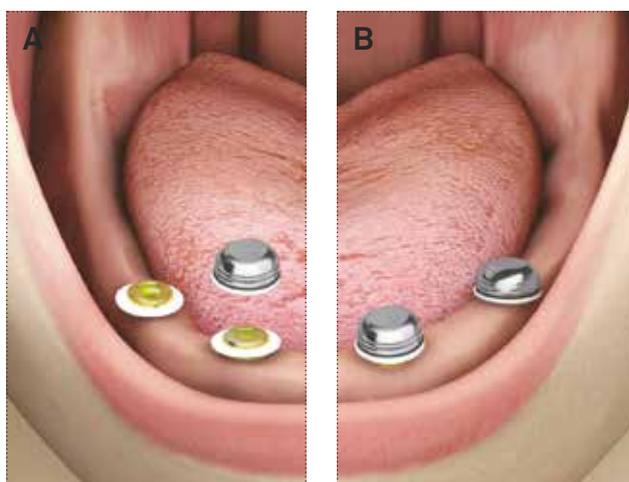
Scoprire gli impianti, o rimuovere le viti transmucose di guarigione, a seconda che sia stato adottato un protocollo a doppia o a singola fase chirurgica. Sulla base dello spessore dei tessuti molli, scegliere l'abutment Locator con l'altezza transmucosa più adatta ed inserirli nei pozzetti implantari con l'apposito driver Locator (porzione terminale color oro dello strumento 8393, ordinabile anche separatamente con il codice 8390). Gli abutment possono essere ingaggiati e trasportati in sicurezza al cavo orale grazie alla camicia di ritenzione 8394, inserita all'estremità dello strumento 8390 (**img. A**). Il filetto dell'abutment nel pozzetto dell'impianto e avvitare in maniera preliminare per qualche spira, poi rimuovere lo strumento 8390 e completare l'avvitamento con il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT assieme alla brugola 8926-SW oppure 8927-SW, a seconda dello spazio disponibile (**img. B**). Si raccomanda di serrare gli abutment a 25-30 Ncm.

Inserire sui abutment Locator i pin di plastica (cod. 8517) e verificare con l'ausilio della piastrina 9530 quale sia il grado di divergenza tra gli assi degli impianti. A seconda del disparallelismo si utilizzeranno diversi ritentori in nylon:

divergenza <10° per lato		divergenza <20° per lato	
<b>8529</b> rit. 1.5 lb (680 g)		<b>8545</b> rit. 1 lb (453 g)	
<b>8527</b> rit. 3 lb (1361 g)		<b>8915</b> rit. 2 lb (907 g)	
<b>8524</b> rit. 5 lb (2268 g)		<b>8547</b> rit. 4 lb (1814 g)	



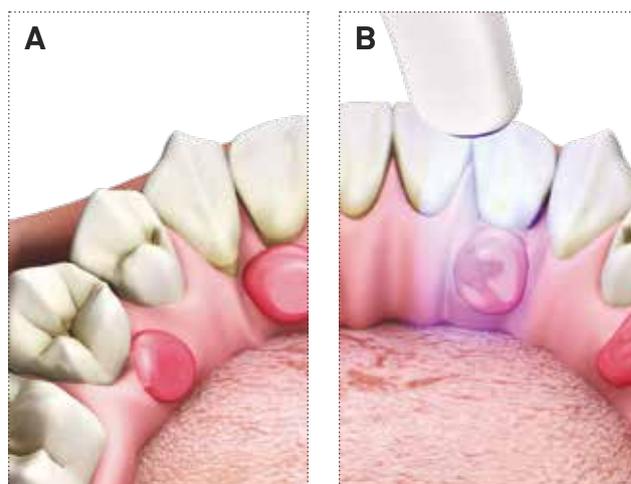
Rimuovere i pin e posizionare l'anello spaziatore bianco attorno alla testa di ogni abutment Locator (**img. A**). Inserire il ritentore nero in ogni cappetta metallica, posizionare la cappetta sull'abutment Locator lasciando l'anello spaziatore bianco sotto di essa (**img. B**). L'anello spaziatore svolge anche una funzione di protezione delle mucose nell'area perimplantare, che in questo modo non vengono in contatto con la resina. Il ritentore nero manterrà la protesi nel limite superiore della sua elasticità verticale durante il decorso della procedura.



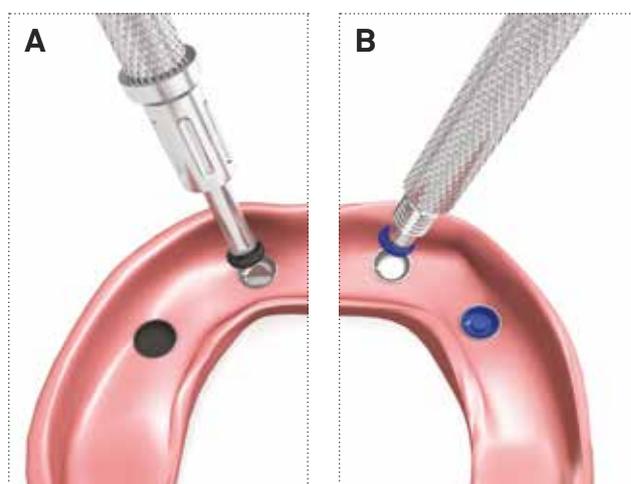
Scaricare la protesi in prossimità degli attacchi, creare dei fori sufficientemente larghi da consentire l'iniezione e la fuoriuscita della resina acrilica.  
Posizionare l'overdenture sopra le cappette metalliche.



Inserire la resina (**img. A**) e procedere con la polimerizzazione del materiale seguendo le indicazioni del produttore (**img. B**). Poi sollevare il manufatto protesico: i ritentori neri resteranno all'interno delle cappette metalliche.  
Lucidare la base dell'overdenture.



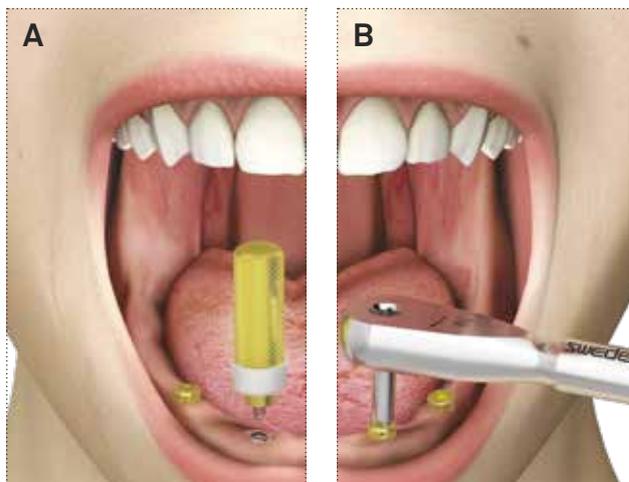
Allentare l'estremità dello strumento 8393 svitando per due giri completi il pezzo (senso antiorario): questo permetterà al piccolo pistone presente sulla punta di rientrare completamente (**img. A**) e al margine tagliente della punta di fare presa sul bordo del ritentore nero per estrarlo dalla cappetta metallica.  
Riavvitare l'estremità del Locator Core Tool, in modo che la fuoriuscita del pistone espella il ritentore nero.  
Utilizzare la punta della porzione intermedia del Locator Core Tool per spingere nella cappetta il ritentore idoneo a seconda del grado di disparallelismo tra gli impianti (**img. B**). Verificare attentamente che il ritentore sia alloggiato completamente nella cappetta metallica e che il suo bordo sia a livello con quello della cappetta stessa.



**Metodo indiretto: fasi alla poltrona**

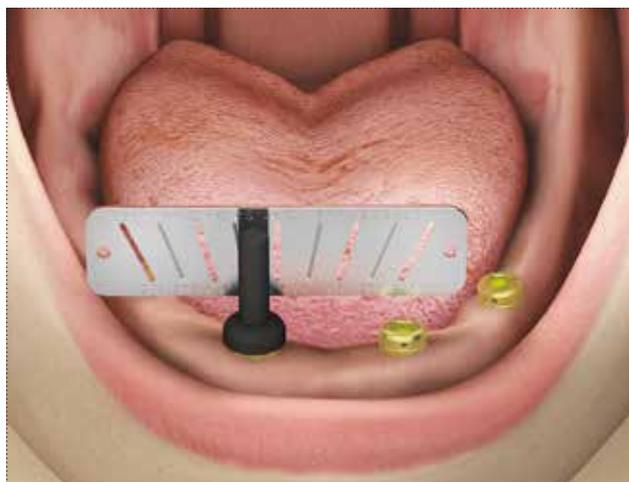
Scoprire gli impianti, o rimuovere le viti transmucose di guarigione, a seconda che sia stato adottato un protocollo a doppia o a singola fase chirurgica.

Sulla base dello spessore dei tessuti molli, scegliere l'abutment Locator con l'altezza transmucosa più adatta ed inserirli nei pozzetti implantari con l'apposito driver Locator (porzione terminale color oro dello strumento 8393, ordinabile anche separatamente con il codice 8390). Gli abutment possono essere ingaggiati e trasportati in sicurezza al cavo orale grazie alla camicia di ritenzione 8394, inserita all'estremità dello strumento 8390 (**img. A**). Inserire il filetto dell'abutment nel pozzetto dell'impianto e avvitare in maniera preliminare per qualche spira, poi rimuovere lo strumento 8390 e completare l'avvitamento con il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT assieme alla brugola 8926-SW oppure 8927-SW, a seconda dello spazio disponibile (**img. B**). Si raccomanda di serrare gli abutment a 25-30 Ncm.



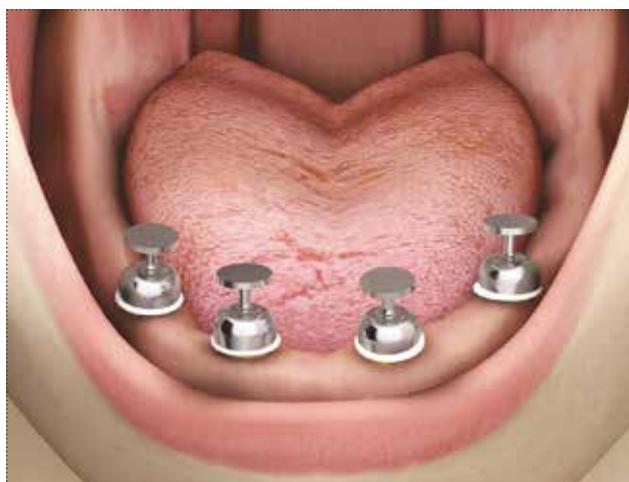
Inserire sui abutment Locator i pin di plastica (cod. 8517) e verificare con l'ausilio della piastrina 9530 quale sia il grado di divergenza tra gli assi degli impianti. A seconda del disparallelismo si utilizzeranno diversi ritentori in nylon:

divergenza <10° per lato		divergenza <20° per lato	
<b>8529</b> rit. 1.5 lb (680 g)		<b>8545</b> rit. 1 lb (453 g)	
<b>8527</b> rit. 3 lb (1361 g)		<b>8915</b> rit. 2 lb (907 g)	
<b>8524</b> rit. 5 lb (2268 g)		<b>8547</b> rit. 4 lb (1814 g)	

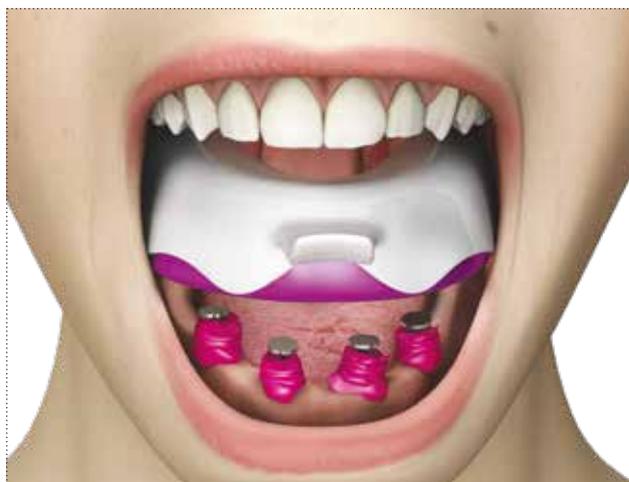


**Nota bene:** nel metodo indiretto questa fase può essere eseguita anche sul modello in laboratorio.

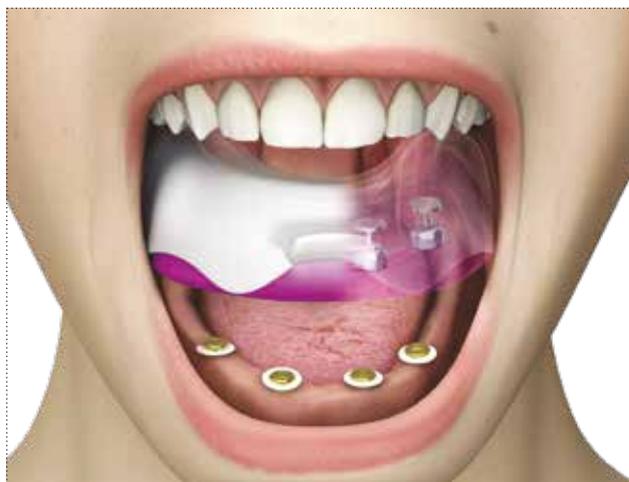
Rimuovere i pin ed inserire sui abutment Locator gli anelli spaziatori bianchi, al fine di evitare la colatura indesiderata di materiale da impronta. Inserire con una semplice pressione a mano libera i transfer Locator 8505, all'interno dei quali sarà stato prima inserito l'apposito ritentore in plastica nera per la presa d'impronta (8515).



Iniettare un materiale da impronta di precisione solo intorno ai transfer e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente in tutta l'arcata. Collocare il cucchiaio chiuso *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni. La particolare conformazione dei transfer Locator permette di ottenere il massimo della ritentività nel minimo spazio verticale.



Solleverre il cucchiaio portaimpronta verticalmente: i transfer Locator resteranno inglobati nell'impronta.



Inserire in ciascun transfer Locator un analogo Locator 8530 ed inviare l'impronta in laboratorio. Poiché la testa degli abutment Locator che si interfaccia con i ritentori è sempre la medesima per tutte le piattaforme implantari, esiste quindi un solo transfer ed un solo analogo.



## Ancoraggio con abutment Locator - Indicazioni cliniche

### Metodo indiretto: fasi di laboratorio

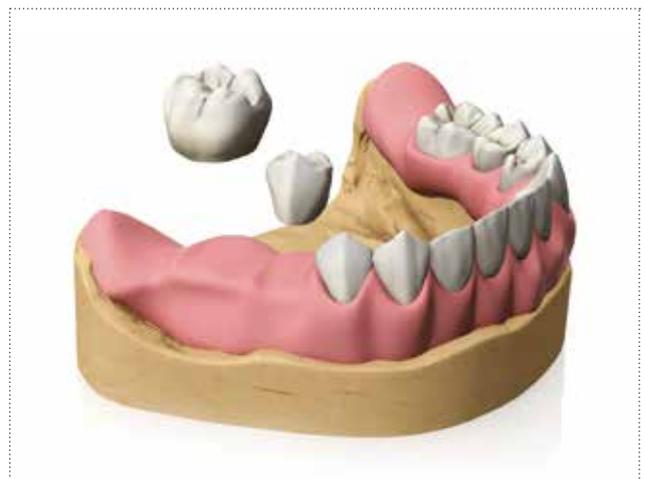
Sviluppare il modello come d'abitudine: l'analogo Locator riprodurrà esattamente la posizione della testa dell'abutment Locator. Nel modello inserire in ciascun analogo un anellino spaziatore 8514, dello spessore di 0.50 mm, che creerà lo spazio necessario per ottenere la piena resilienza della cappetta metallica inglobata nella protesi che ruota sopra la testa dell'abutment Locator.



Posizionare le cappette metalliche con i ritentori neri preassemblati sulla testa dell'analogo Locator. Il ritentore nero manterrà l'overdenture nel limite superiore della sua capacità di resilienza verticale durante le fasi di lavorazione, pertanto è necessario verificare che sia inserito completamente all'interno della cappetta metallica.

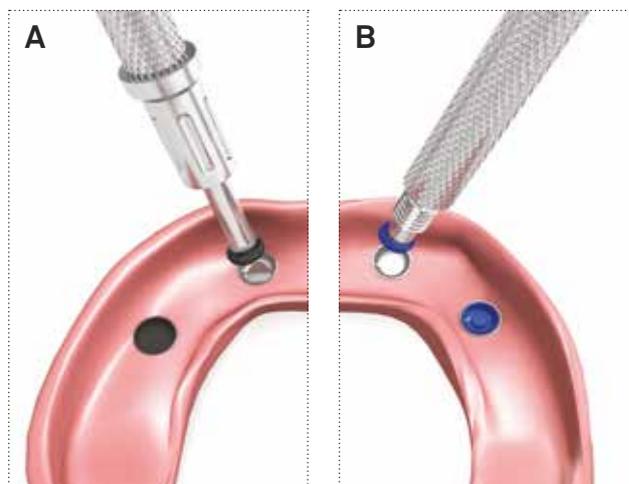


Realizzare l'overdenture come da protocolli abituali, verificando che gli ingombri di abutment e cappetta metallica siano inclusi nella protesi completamente. Per inglobare correttamente le cappette metalliche nella struttura, scaricare quest'ultima in corrispondenza degli abutment Locator e posizionarla sul modello.



Allentare l'estremità dello strumento 8393 svitando per due giri completi il pezzo (senso antiorario): questo permetterà al piccolo pistone presente sulla punta di rientrare completamente (**img. A**) e al margine tagliente della punta di fare presa sul bordo del ritentore nero per estrarlo dalla cappetta metallica. Riavvitare l'estremità del Locator Core Tool, in modo che la fuoriuscita del pistone espella il ritentore nero. Utilizzare la punta della porzione intermedia del Locator Core Tool per spingere nella cappetta il ritentore idoneo a seconda del grado di disparallelismo tra gli impianti (**img. B**).

Verificare attentamente che il ritentore sia alloggiato completamente nella cappetta metallica e che il suo bordo sia a livello con quello della cappetta stessa.



#### **Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo ad esercitarsi con queste semplici manovre, anche se il disegno autocentrante degli abutment Locator è stato progettato appositamente per agevolare queste operazioni. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione dei ritentori che risultassero male inseriti o usurati.

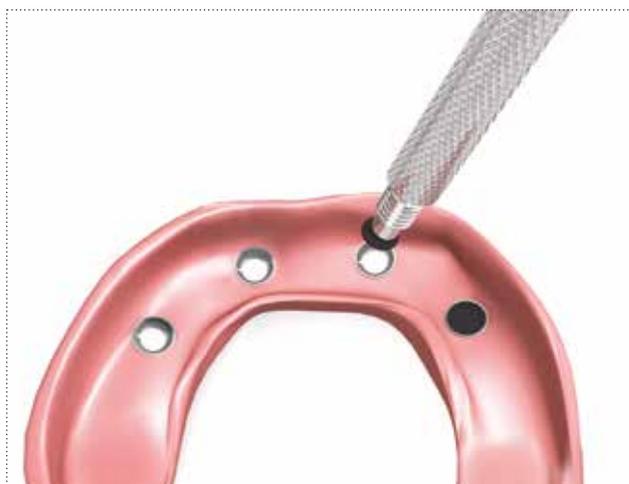
## Manutenzione e ribasatura

### Manutenzione

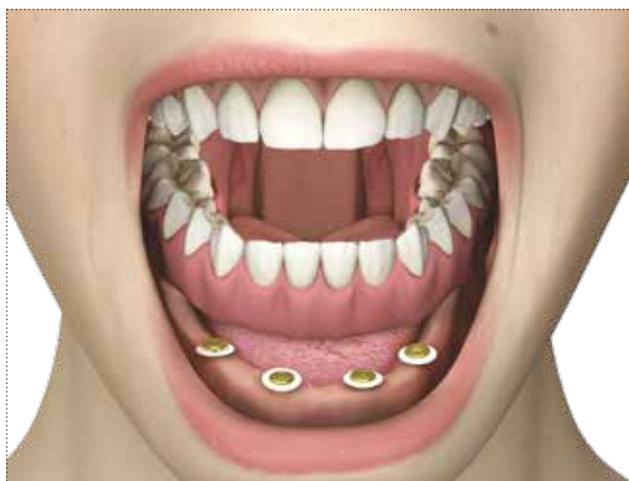
La componentistica metallica Locator è realizzata in titanio Gr. 5, pertanto non richiede particolari precauzioni di pulizia o manutenzione. Tuttavia, per evitare la formazione di placca e il ristagno di residui abrasivi nel pozzetto dell'abutment, che potrebbero rovinare le due interfacce a contatto, si raccomanda di spazzolare quotidianamente la protesi rimovibile, gli abutment e i ritentori in nylon con uno spazzolino morbido sotto un getto di acqua corrente, in modo da evitare che sostanze detergenti aggressive possano limitare la durata nel tempo di questi componenti, che sono comunque sostituibili. Anche l'utilizzo di filo tipo ultrafloss attorno agli abutment può contribuire a mantenere in buono stato l'area del solco perimplantare e di conseguenza gli attacchi stessi. Si raccomanda il follow-up del paziente con cadenza almeno semestrale, con contestuale verifica della ritentività ed eventuale sostituzione dei ritentori in nylon rovinati o dell'upgrade degli stessi qualora il paziente necessitasse di un livello di ritenzione maggiore. Durante il follow-up si raccomanda anche di verificare il corretto fissaggio degli abutment sugli impianti, riavvitandoli quando necessario ad un torque di 25-30 Ncm. Durante le sedute di igiene si raccomanda di utilizzare solo strumenti di plastica per le operazioni di scaling sugli abutment. È preferibile evitare l'utilizzo di strumentazione in metallo che potrebbe graffiare la superficie degli abutment.

### Ribasatura periodica dell'overdenture

Rimuovere i ritentori dalle cappette metalliche seguendo le indicazioni di pag. 176 e sostituirli temporaneamente con i ritentori neri, al fine di mantenere un corretto rapporto verticale durante la ribasatura. Scaricare eventuali zone di compressione. Stendere all'interno della protesi il materiale da ribasatura, sia esso resina o silicone, avendo cura di evitare i ritentori.



Prendere un'impronta di ribasatura utilizzando la protesi esistente come cucchiaio da impronta. Si raccomanda di proteggere i Locator con gli appositi anellini distanziatori in gomma siliconica.



Il ritentore ingaggerà la testa dell'abutment Locator e manterrà in posizione la protesi durante la presa d'impronta e la solidificazione del materiale. Alla rimozione dell'impronta, i ritentori resteranno all'interno delle cappette metalliche.



Inserire un analogo Locator (cod. 8530) in ogni cappetta metallica in accoppiamento con il ritentore e realizzare il modello come da abitudine.

**Avvertenza importante**

La ribasatura diretta in bocca al paziente potrebbe generare problematiche legate alla differenza stechiometrica tra la resina strutturale dell'overdenture, polimerizzata a caldo e in pressione, e la resina da ribasatura, polimerizzata a freddo e senza pressione. Inoltre la difficoltà di controllo del materiale, che potrebbe ancorarsi sotto agli attacchi, la differenza di colore, la durata inferiore della ribasatura e il discomfort legato alla presenza della resina in bocca al paziente rendono questa opzione sconsigliabile.



Ribasare definitivamente la protesi in laboratorio e eseguire accuratamente le prove con il paziente per scegliere un nuovo ritentore adeguato.

**Avvertenza importante**

Qualora il paziente presenti sostanziali modifiche delle anatomie orali (es. dopo un dimagrimento molto significativo) è necessario procedere non con una semplice ribasatura, ma con un riposizionamento ex novo delle cappette metalliche all'interno dell'overdenture.

Per fare questo le cappette stesse dovranno essere rimosse con una piccola fresa dalla struttura in resina e ricollocate procedendo come descritto a pag. 184.



# Ancoraggio di overdenture con attacchi sferici

Il sistema di ancoraggio con attacco sferico, detto anche a pallina, è costituito da un pilastro in titanio Gr. 5 con estremità sferica del diametro di 2.20 mm e da una scelta di diversi sistemi di ancoraggio incorporati nella protesi rimovibile.

Gli abutment sferici presentano un piccolo esagono alla base della sfera, che serve per ingaggiare la brugola di avvitamento, compatibile con il cricchetto dinamometrico del sistema.

## Condizioni e indicazioni per l'ancoraggio con attacchi sferici

Il protocollo protesico standard con attacchi sferici prevede il supporto di due impianti, posizionati preferibilmente a 22 mm l'uno dall'altro, in modo che l'asse rotatorio tra i due pilastri consenta all'overdenture un certo grado di movimento verticale. Il parallelismo assoluto tra i due impianti non è una condizione indispensabile per il successo della riabilitazione, in quanto la testa sferica permette intrinsecamente un certo grado di correzione. Tuttavia, la presenza di eventuali disparallelismi può presentare dei rischi di frattura, in particolare per gli attacchi sferici, in condizioni di carico gravose, pertanto è preferibile la riabilitazione con attacchi sferici esclusivamente tra impianti paralleli.

La stabilità e durata a lungo termine del complesso attacco sferico/cappetta è determinato da vari fattori, tra i quali:

- allineamento tridimensionale dei piani occlusali di impianti e protesi;
- adeguato posizionamento dell'interfaccia protesica (cappetta o anello, matrice) in modo che la sfera non tocchi la protesi nella sua parte più occlusale;
- dimensione verticale della protesi tale da garantire che la cappetta sia circondata da ogni lato da uno strato adeguato di resina.



Poichè la sfera deve lavorare libera da vincoli per garantire il corretto appoggio mucoso dell'overdenture, gli abutment con attacco sferico sono disponibili in diverse altezze tras mucose.

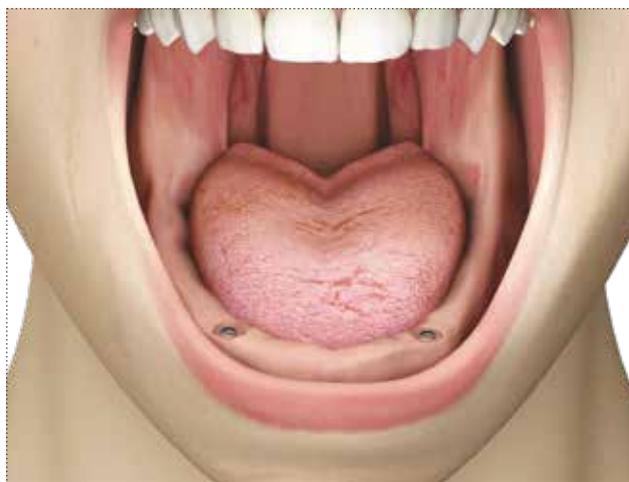
$\varnothing$ componente protesica	3.30	3.80
Attacchi sferici Emergenza dritta H. transmucoosa 1.00 mm	<b>A-AS-330-1</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.30...   1.00 	<b>A-AS-380-1</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.80...   1.00 
Attacchi sferici Emergenza dritta H. transmucoosa 2.00 mm	<b>A-AS-330-2</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.30...   2.00 	<b>A-AS-380-2</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.80...   2.00 
Attacchi sferici Emergenza dritta H. transmucoosa 4.00 mm	<b>A-AS-330-4</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.30...   4.00 	<b>A-AS-380-4</b> $\varnothing$ 2.20... $\varnothing$ 3.80...   4.00 
Analogo dell'attacco sferico	<b>ANAS</b> $\varnothing$ 2.20... 	Utilizzare ANAS

descrizione	codice
Avvitatore in acciaio per attacchi sferici, con raccordo per cricchetto dinamometrico o raccordo digitale	<b>BASCC-EX</b> 

Torque raccomandato per gli attacchi sferici: 25-30 Ncm.

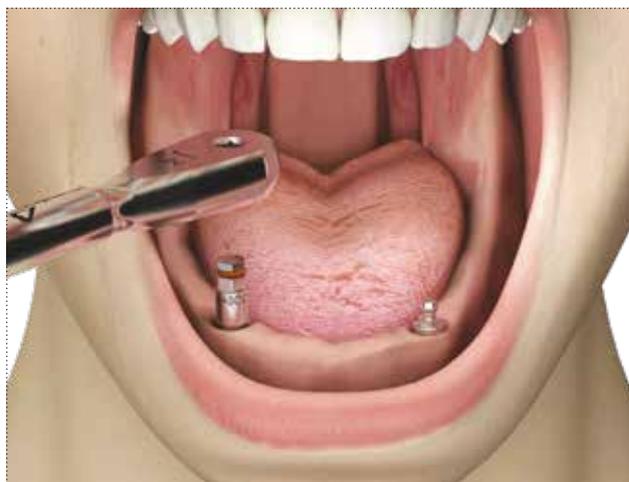
## Impronta e modello

Scoprire gli impianti, o rimuovere le viti transmucose di guarigione, a seconda che sia stato adottato un protocollo a doppia o a singola fase chirurgica. Sulla base dello spessore dei tessuti molli scegliere l'attacco sferico con l'altezza transmucosa più adatta. Per le altezze disponibili si veda la tabella a pag. 189.



Con la brugola BASCC-EX ingaggiare il piccolo esagono alla base della sfera e connettere l'altra estremità al cricchetto dinamometrico CRI5-KIT. Avvitare i pilastri nei pozzetti degli impianti con un torque di 25-30 Ncm.

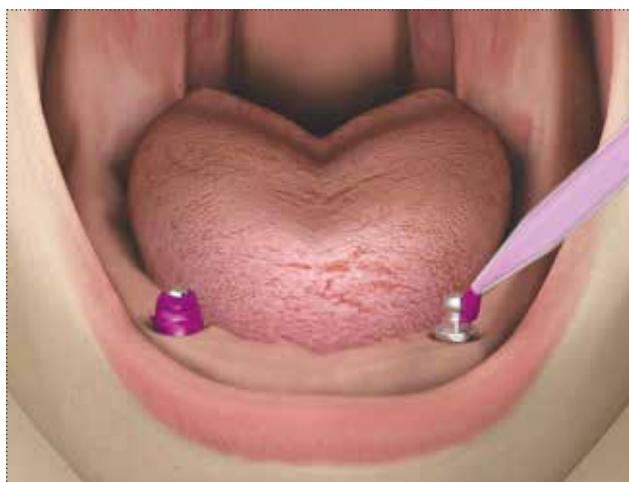
**Nota bene:** la brugola non fa parte dei kit chirurgici e deve essere richiesta a parte, con il codice BASCC-EX. Tale brugola è compatibile con il cricchetto dinamometrico del sistema.



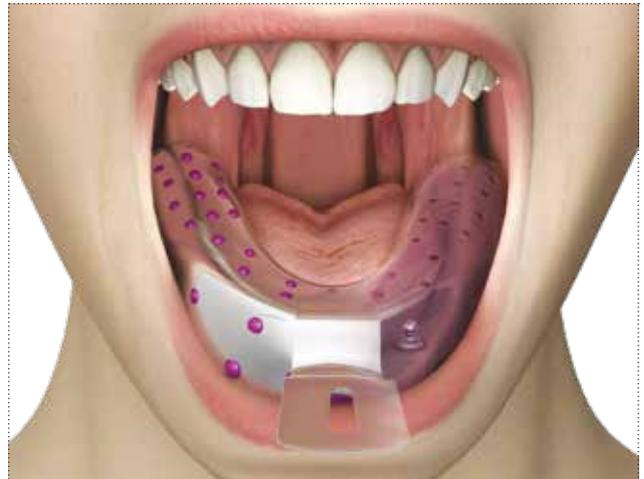
Posizionare il cucchiaio chiuso, in modo da verificare che tutta l'altezza dell'attacco sferico sia contenuta all'interno delle pareti del portaimpronta. Iniettare un materiale da impronta di precisione (SKY IMPLANT LIGHT, cod. SKY14) solo intorno alle teste sferiche dei pilastri e contestualmente riempire il cucchiaio portaimpronta con un materiale più consistente (SKY IMPLANT HEAVYMIX, cod. SKY04) in tutta l'arcata.

### Avvertenza importante

A seconda delle abitudini, è opportuno inserire un pezzetto di lattice o di diga opportunamente forata per evitare l'infiltrazione del silicone nel solco perimplantare.



Collocare quindi il cucchiaio *in situ* e attendere i tempi di indurimento secondo le istruzioni del produttore. Sollevare il cucchiaio portaimpronta verticalmente.



Inserire gli analoghi degli attacchi sferici (cod. ANAS) negli spazi vuoti lasciati dalle sfere di ritenzione degli attacchi stessi. Poiché la testa sferica è sempre la medesima per tutte le piattaforme implantari, esiste un solo analogo.



Sviluppare il modello secondo le tecniche abituali, inglobando gli appositi analoghi degli attacchi sferici (cod. ANAS) nel materiale scelto.



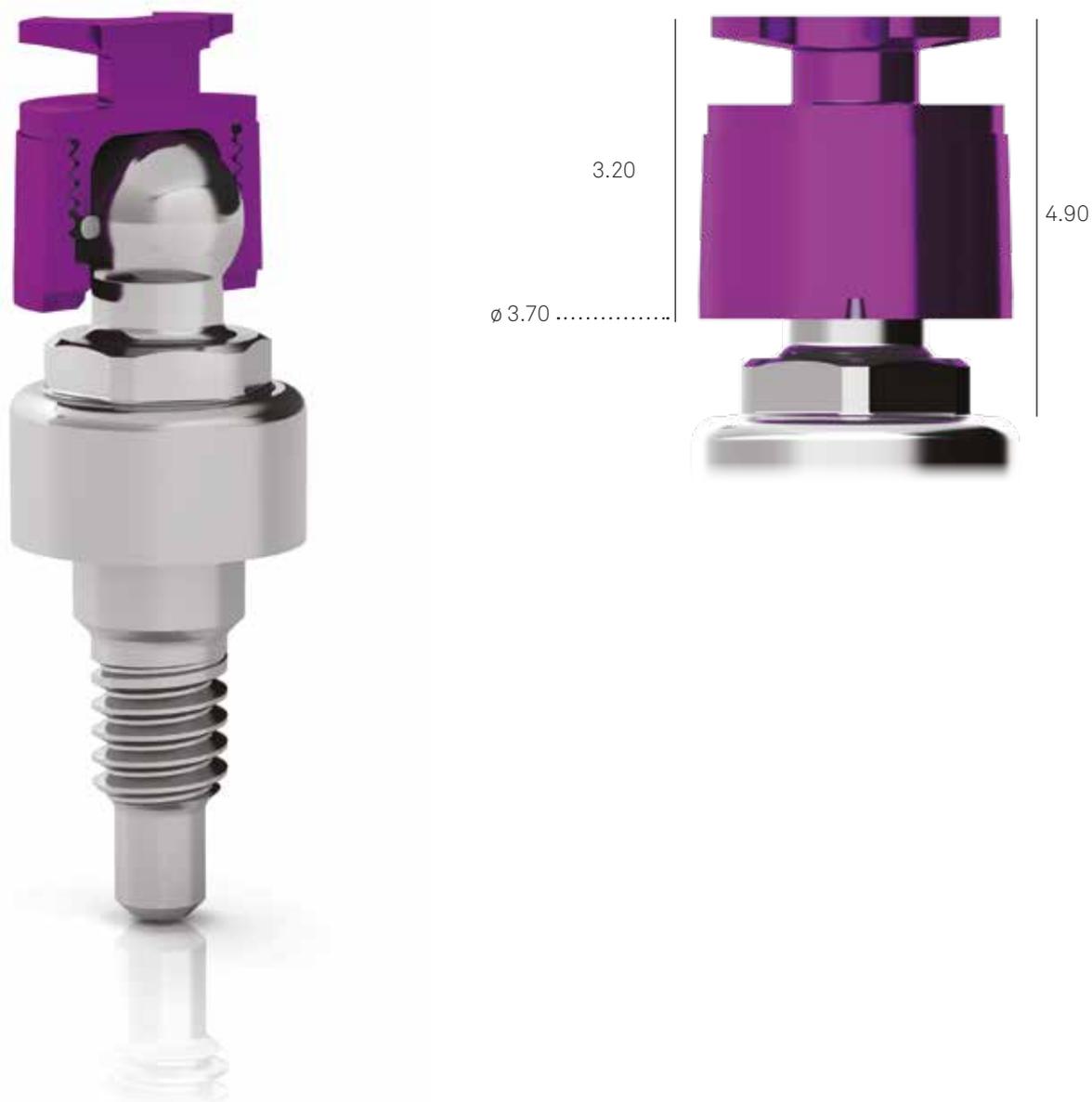
## Matrici per attacchi sferici

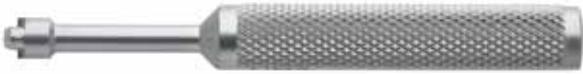
### Cappetta in titanio CAP-TIT-1

La matrice è costituita da una cappetta in titanio Gr.5 completa di cuffia in due parti, molla di ritenzione in titanio, e anellino di montaggio in plastica.

Ogni confezione include la molla di ritenzione nella versione media (MOL1-CAP-TIT-1), tuttavia è disponibile anche una molla più morbida per l'adattamento progressivo, ordinabile a parte con il codice MOL2-CAP-TIT-1. Entrambe le molle e l'anellino di montaggio in plastica sono disponibili anche come ricambi, con i codici riportati nella tabella a fianco.

Per lo smontaggio e il riassetto della cappetta in titanio è disponibile un apposito avvitatore, che permette una rapida sostituzione della molla ritentiva e semplifica l'utilizzo dell'anello da ribasatura in plastica, come spiegato negli step di lavorazione.



descrizione	codice
Cappetta in titanio Gr. 5, completa di cuffia in due parti, molla di ritenzione in titanio, e anellino di montaggio in plastica per attacchi sferici $\varnothing$ 2.20 mm. L'ingombro totale in altezza è 3.20 mm	<b>CAP-TIT-1</b> 
Anello in plastica di ricambio per cappetta in titanio H. 2.20 mm	<b>AN-CAP-TIT-1</b> 
Molla di ritenzione di ricambio per cuffia in titanio, media durezza In acciaio, $\varnothing$ 3.2 mm	<b>MOL1-CAP-TIT-1</b> 
Molla di ritenzione di ricambio per cuffia in titanio, morbida, per adattamento progressivo della protesi in acciaio, $\varnothing$ 3.20 mm	<b>MOL2-CAP-TIT-1</b> 
Avvitatore per il montaggio e la manutenzione della cappetta in titanio CAP-TIT-1	<b>AVV-CAP-TIT-1</b> 

### Assemblaggio della cappetta in titanio per fasi di lavorazione

La cappetta in titanio viene fornita assemblata alla molla con l'anello definitivo in titanio. Prima di iniziare il protocollo diretto di ancoraggio dell'overdenture è necessario svitare l'anello in titanio preassemblato con l'ausilio dell'apposito avvitatore AVV-CAP-TIT-1 e metterlo da parte assieme alla molla.



Con il medesimo avvitatore avvitare l'anellino di montaggio in plastica elastomerica al top della cappetta in titanio, senza inserire alcuna molla. La ritenzione esercitata dall'anello in plastica è minima, ma sufficiente per le fasi di montaggio.



### Cappetta in titanio CAP-TIT-1: metodo diretto

Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica elastomerica sulla testa sferica degli abutment. Scaricare totalmente la protesi per un raggio di circa 5.50 mm e collocarla *in situ* per verificare gli ingombri. La ritenzione dell'anello elastomerico è minima, ma sufficiente per le fasi di lavorazione.

**Nota bene:** a seconda del tipo di resina potrebbe essere opportuno applicare un leggero strato di vaselina o di cera attorno all'anello di plastica trasparente al fine di renderne più agevole la rimozione.



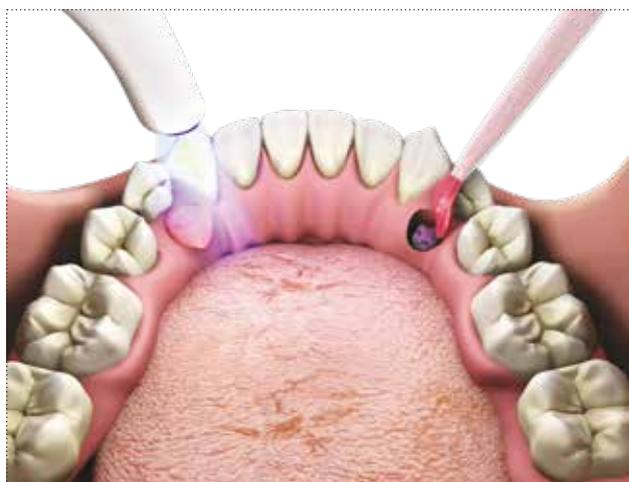
Riempire le cavità di resina in modo da inglobare interamente le cappette e polimerizzare secondo le indicazioni del produttore.

**Avvertenza importante**

Qualora fosse necessario, proteggere i sottosquadri (evidenziati in blu nell'immagine) con cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Visione intraorale dell'operazione di inclusione delle cappette nella resina.



Svitare l'anello in plastica per mezzo dell'apposito avvitatore AVV-CAP-TIT-1. Lo spazio lasciato dall'anello in plastica è calcolato in modo da permettere un'agevole inserzione dell'anello in titanio.



Avvitare l'anello in titanio alla sommità della cappetta, all'interno del quale sarà stata preventivamente inserita la molla di ritenzione. Inserire sempre la molla dal lato della filettatura.

**Avvertenza importante**

Qualora la ritenzione iniziale fosse eccessiva per il paziente, sostituire la molla in dotazione con quella di colore dorato, acquistabile separatamente con il codice MOL2-CAP-TIT-1.



Lucidare la base dell'overdenture e inserire la protesi *in situ*, esercitando una pressione verticale fino a sentire il caratteristico clic che segnala il corretto ingaggio della testa dell'attacco sferico sulla molla ritentiva.

**Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione della molla o degli stessi attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati.

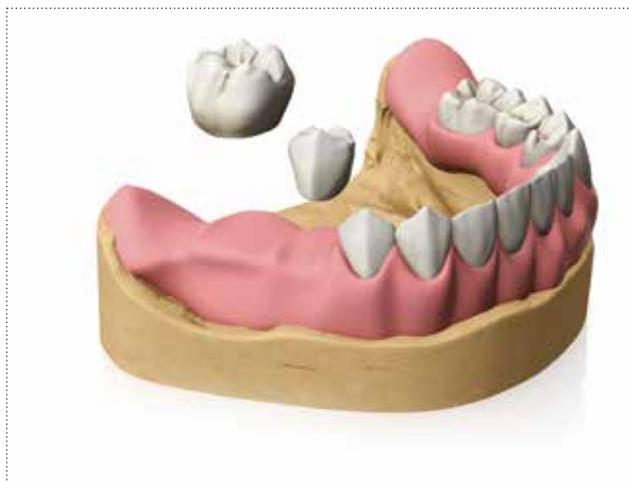


### Cappetta in titanio CAP-TIT-1: metodo indiretto

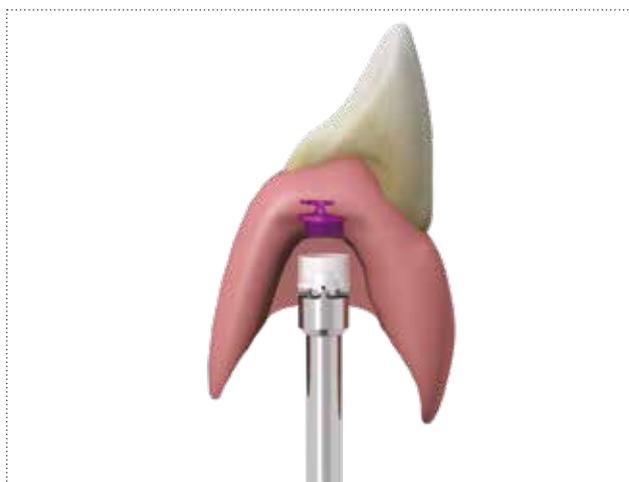
Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica elastomerica sulla testa sferica degli analoghi, avendo cura di mantenere l'asse di inserzione ortogonale a quello degli analoghi. Qualora fosse necessario, scaricare i sottosquadri con gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Realizzare l'overdenture come da protocolli abituali, verificando che gli ingombri di attacco sferico e cappetta metallica siano inclusi nella protesi completamente.



Svitare l'anello in plastica per mezzo dell'apposito avvitatore AVV-CAP-TIT-1. Lo spazio lasciato dall'anello in plastica è calcolato in modo da permettere un'agevole inserzione dell'anello in titanio.



Avvitare l'anello in titanio alla sommità della cappetta, all'interno del quale sarà stata preventivamente inserita la molla di ritenzione. Inserire sempre la molla dal lato della filettatura.

**Avvertenza importante**

Qualora la ritenzione iniziale fosse eccessiva per il paziente, sostituire la molla in dotazione con quella di colore dorato, acquistabile separatamente con il codice MOL2-CAP-TIT-1.



Lucidare la base dell'overdenture e inserire la protesi *in situ*, esercitando una pressione verticale fino a sentire il caratteristico clic che segnala il corretto ingaggio della testa dell'attacco sferico sulla molla ritentiva.

**Avvertenza importante**

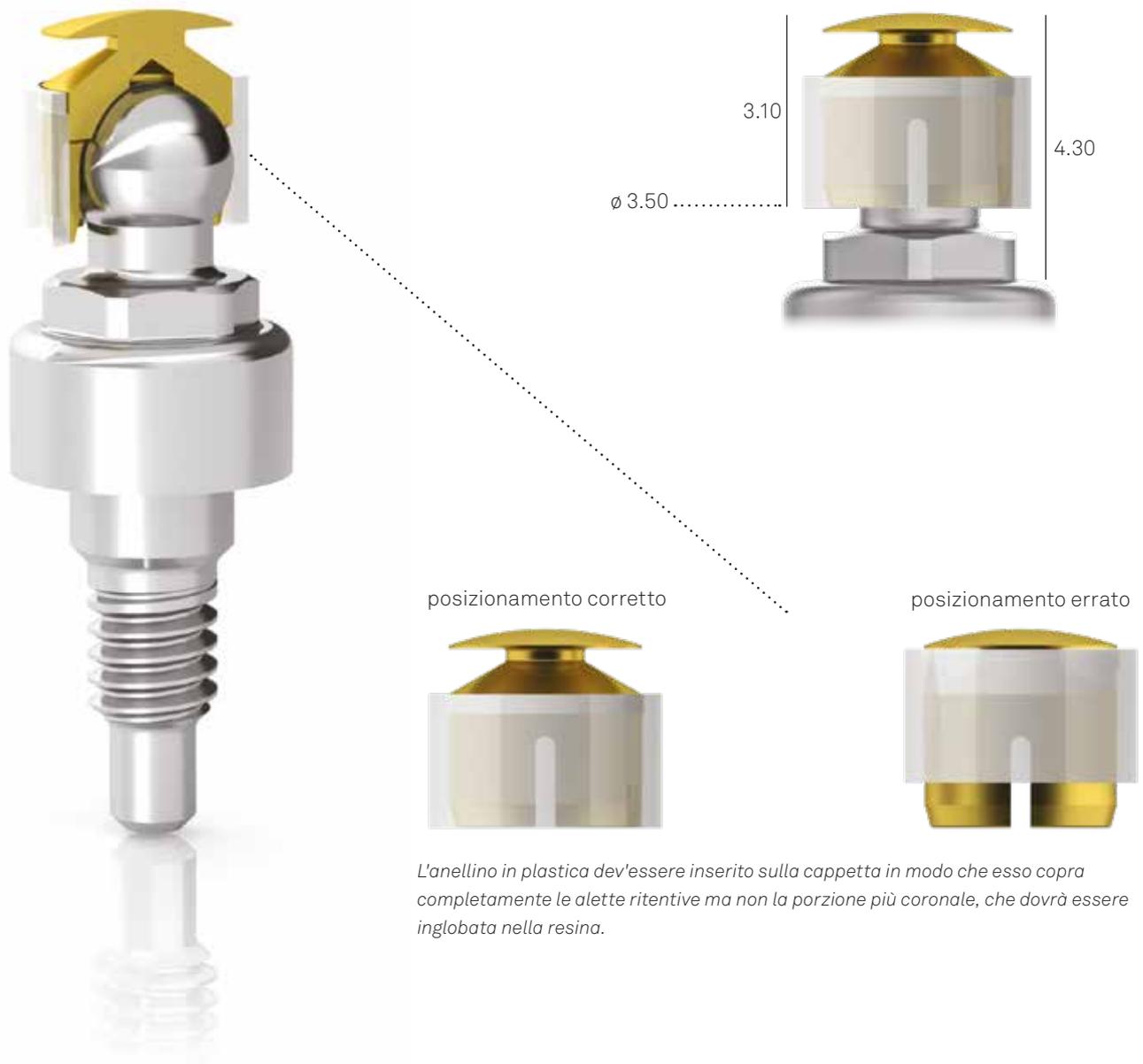
È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione della molla o degli stessi attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati.



## Matrici per attacchi sferici

### Cappetta in lega aurea CAP-1

La matrice è costituita da una cappetta in lega aurea caratterizzata da 4 alette dal particolare design ritentivo, che viene consegnata assieme a tre anellini trasparenti in elastomero e da un distanziatore in stagno da laboratorio. Gli anellini contribuiscono a mantenere l'elasticità delle alette in lega aurea, che altrimenti perderebbero la loro capacità ritentiva dopo un breve utilizzo. Per questo è importante un corretto posizionamento delle due componenti l'una sull'altra, come descritto nell'immagine a fondo pagina.

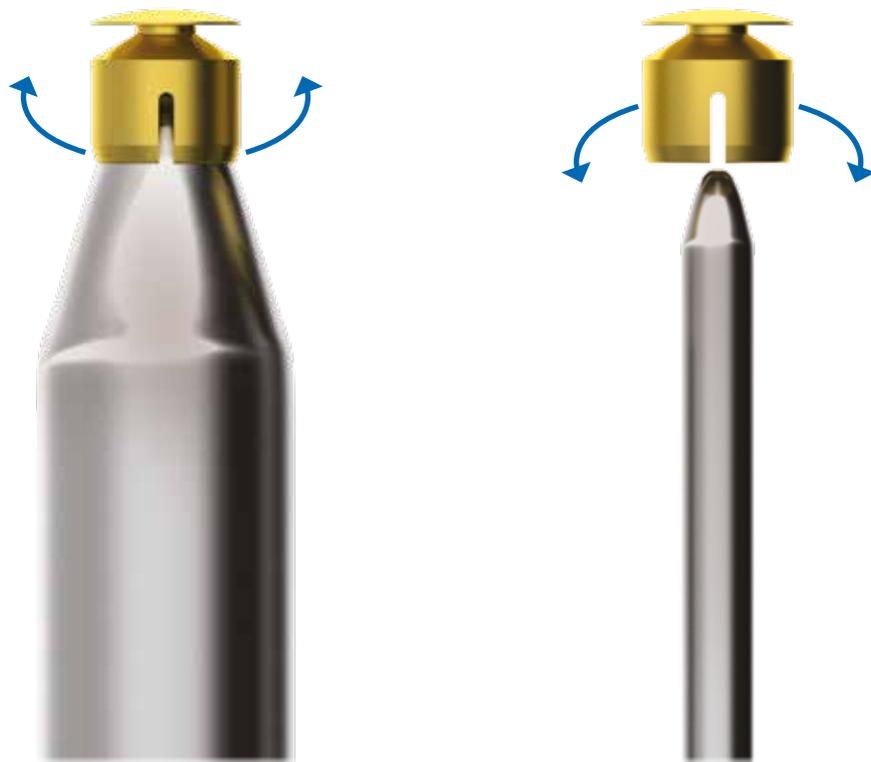


*L'anellino in plastica dev'essere inserito sulla cappetta in modo che esso copra completamente le alette ritentive ma non la porzione più coronale, che dovrà essere inglobata nella resina.*

descrizione	codice
Cappetta in “lega aurea 2” per attacchi sferici $\varnothing$ 2.20 mm, completa di 3 anellini in plastica per il suo posizionamento e da un distanziatore in stagno da laboratorio. L'ingombro totale in altezza è 3.10 mm, e il diametro esterno è 3.50 mm	<b>CAP-1</b> 

### Regolazione della ritenzione

Qualora la matrice in lega risultasse troppo difficile da rimuovere per il paziente è possibile allentare la forza ritentiva delle lamelle introducendo all'interno della cappetta un puntale conico a diametro crescente che divaricherà gradualmente le lamelle. Di contro, quando la matrice dovesse perdere la sua ritentività, è possibile riattivare le lamelle semplicemente introducendo all'interno della cappetta un puntale di diametro inferiore a 2.20 mm che farà convergere centricamente le quattro pareti ritentive. Queste operazioni vanno eseguite con delicatezza, avendo cura di non staccare la femmina dalla resina.



La regolazione di base della cappetta in lega aurea è di circa 200 g, che corrisponde anche al valore minimo ottenibile. Il valore massimo è di circa 1200 g. Nel caso di mancata tenuta nonostante l'attivazione controllare che la parte femmina sia ben posizionata; se necessario ripolimerizzare.

Durante eventuali operazioni di modifica e ribasatura del manufatto protesico è preferibile togliere la femmina originale dalla protesi.

### Cappetta in lega aurea CAP-1: metodo diretto

Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica sulla testa sferica degli abutment. Scaricare totalmente la protesi per un raggio di circa 5.50 mm e collocarla *in situ* per verificare gli ingombri.



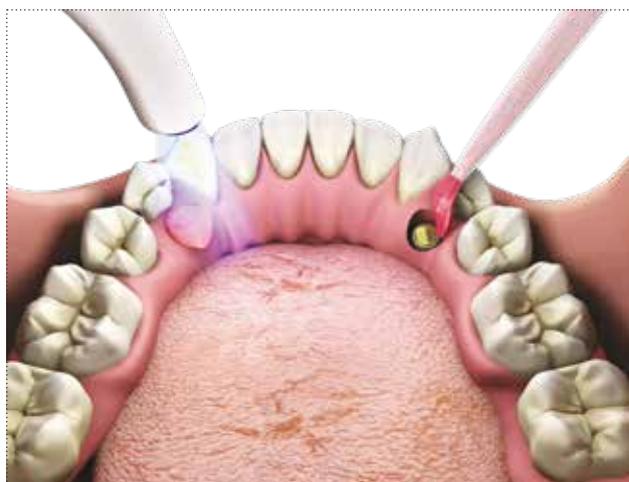
Inserire una massa di resina nel foro in modo che essa inglobi la sommità della cappetta, provvista di un apposito peduncolo che ne agevola la ritenzione nel materiale, una volta che esso sarà stato polimerizzato.

#### Avvertenza importante

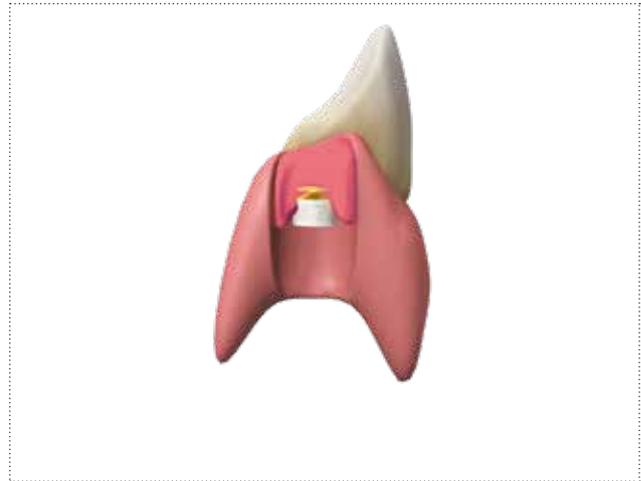
Qualora fosse necessario, proteggere i sottosquadri (evidenziati in blu nell'immagine) con cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Visione intraorale dell'operazione di inclusione delle cappette nella resina.



Una volta terminata la polimerizzazione, sollevare il manufatto protesico e lucidare la base dell'overdenture.



Provare la capacità ritentiva delle cappette in lega aurea e collocare *in situ* l'overdenture. Qualora fosse necessario, regolare la ritentività secondo le operazioni descritte a pag. 199.

**Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide.

Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione degli attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati.

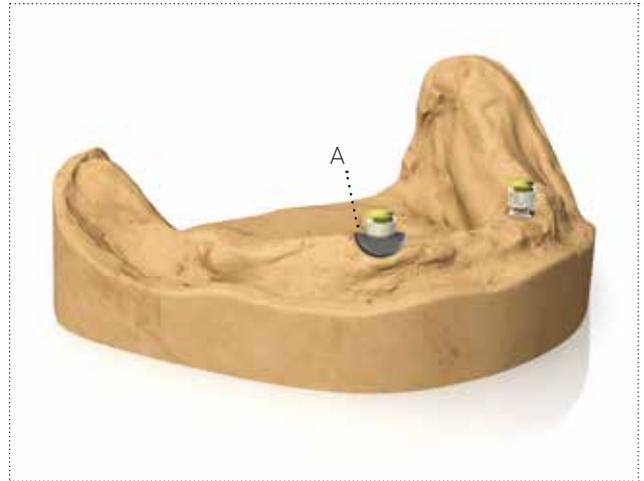


### Cappetta in lega aurea CAP-1: metodo indiretto

Posizionare le cappette assemblate all'anello in plastica sulla testa sferica degli analoghi, avendo cura di mantenere l'asse di inserzione ortogonale a quello degli analoghi. Qualora fosse necessario, scaricare i sottosquadri con gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.

#### Avvertenza importante

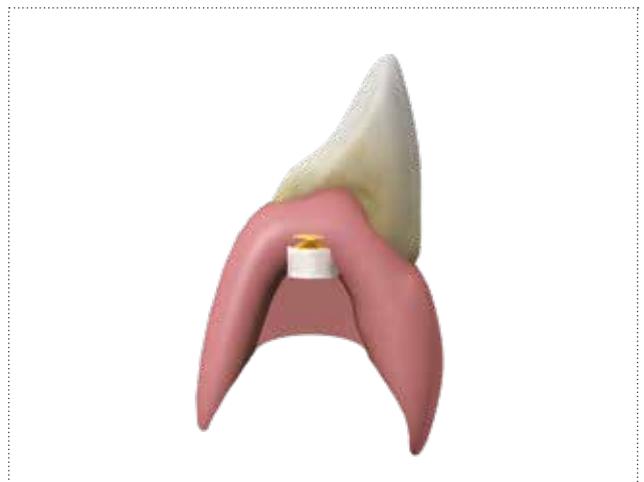
Viene fornito in dotazione un disco distanziatore (A) in stagno che permette di ottenere una resilienza verticale ottimale. Esso può essere posizionato solo su modello prima dell'inserimento della resina e adattato sull'intera superficie perimplantare, per essere eliminato solo dopo aver terminato il manufatto in resina. Non deve essere inserito in bocca. In alternativa può essere utilizzato un pezzo di diga.



Realizzare l'overdenture come da protocolli abituali, verificando che gli ingombri di attacco sferico e cappetta in lega siano inclusi nella protesi completamente.



Una volta terminata la polimerizzazione, sollevare il manufatto protesico e lucidare la base dell'overdenture.

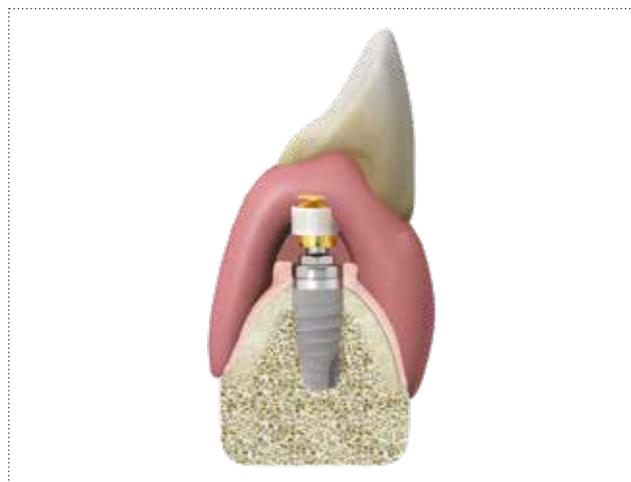


Provare la capacità ritentiva delle cappette in lega aurea e collocare *in situ* l'overdenture.  
Qualora fosse necessario, regolare la ritentività secondo le operazioni descritte a pag. 199.

**Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide.

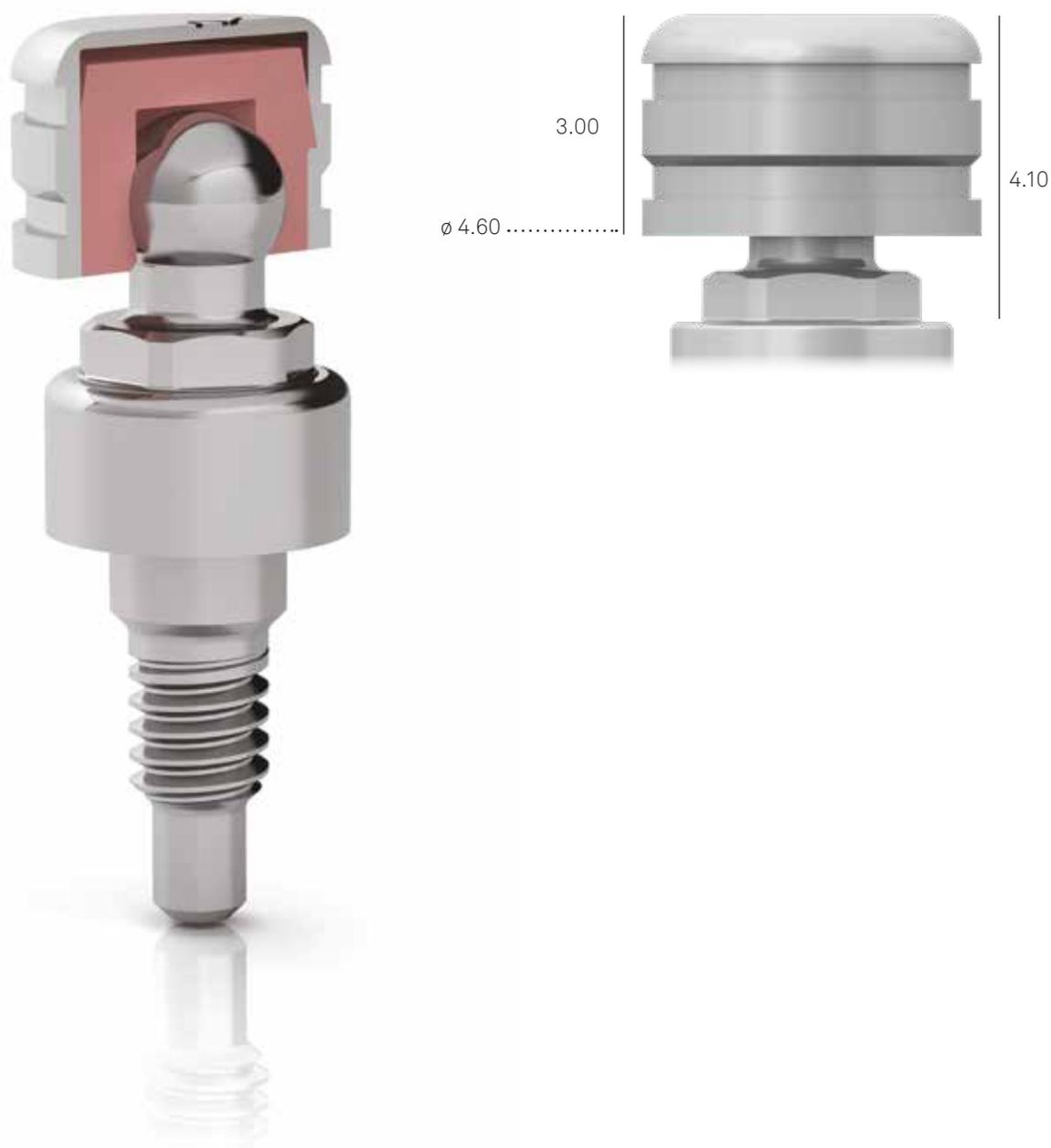
Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione degli attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati.



## Matrici per attacchi sferici

### Cappetta in poliammide CAP-TFL-1

Il sistema di ancoraggio con cappetta in poliammide si compone di un contenitore in acciaio, dotato di scanalature per un ottimale ancoraggio nella resina, e un ritentore in poliammide che nel tempo può essere sostituito alla poltrona senza intervenire sulla struttura dell'overdenture. Solo qualora non ci sia lo spazio adeguato, il ritentore in poliammide può essere utilizzato anche senza contenitore metallico, tuttavia è opportuno considerare che in questo caso la ritenzione perde la metà della propria resilienza e la cappetta subisce un maggiore grado di usura in un lasso di tempo minore, implicando una sostituzione più invasiva nei confronti della protesi.



descrizione	codice
Cappetta in poliammide per attacchi sferici ø 2.20 mm	<b>CAP-TFL-1</b> 
Contenitore in acciaio per cappetta in poliammide ø esterno 4.80 mm. L'ingombro totale in altezza è 3.20 mm	<b>CONT-CAP-TFL-1</b> 

L'inserimento del ritentore in poliammide nella cappetta in acciaio non richiede alcuna strumentazione particolare e può essere eseguito manualmente.

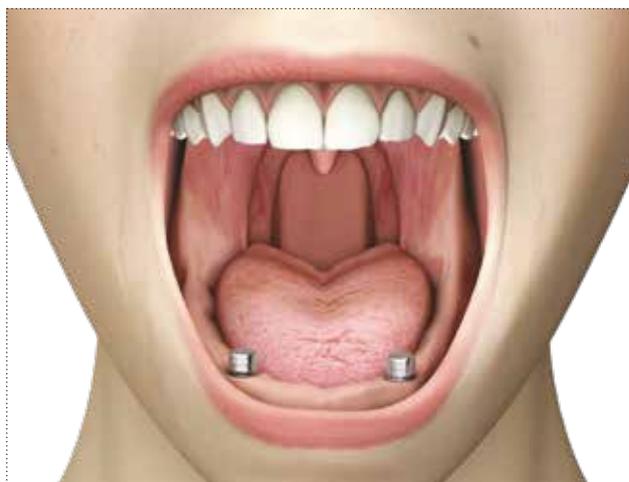


### Cappetta in poliammide CAP-TFL-1: metodo diretto

Inserire manualmente la cappetta in poliammide all'interno del contenitore in acciaio esercitando una semplice pressione. Posizionare le cappette assemblate sulla testa sferica degli abutment.

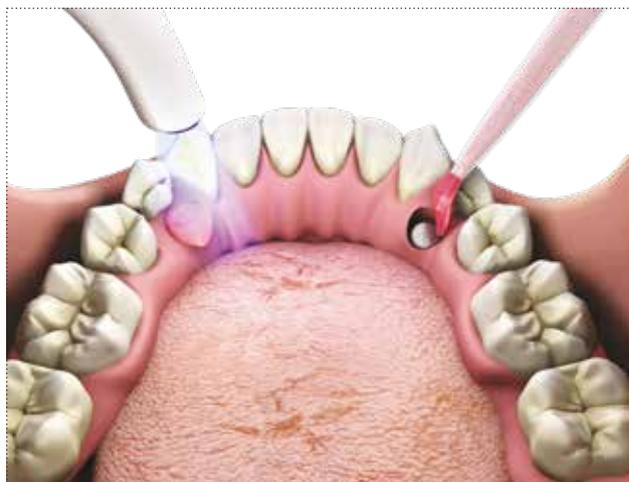
#### Avvertenza importante

Qualora fosse necessario, proteggere i sottosquadri con cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



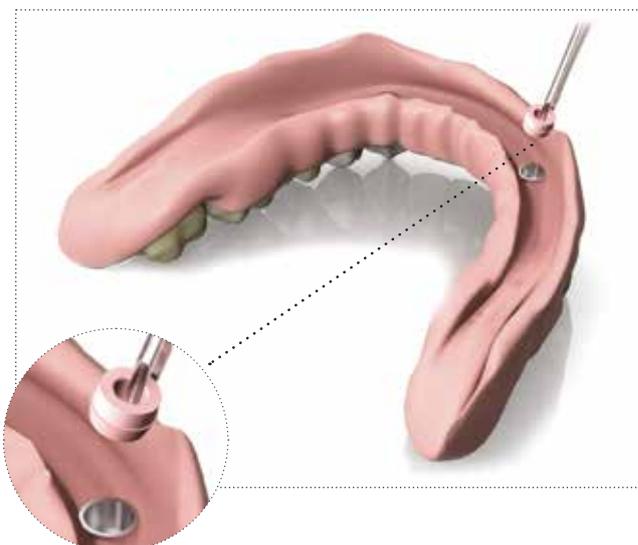
Scaricare la protesi, esistente o nuova, per circa 5.50 mm in corrispondenza dell'attacco sferico, per creare l'alloggiamento per la matrice. Provare l'overdenture sulla cresta edentula per verificare l'ingombro verticale delle matrici negli spazi creati ad hoc.

Riempire le cavità di resina in modo da inglobare completamente le matrici, che dovrebbero restare al medesimo livello della resina. Polimerizzare secondo le indicazioni del produttore. Lucidare la base dell'overdenture.



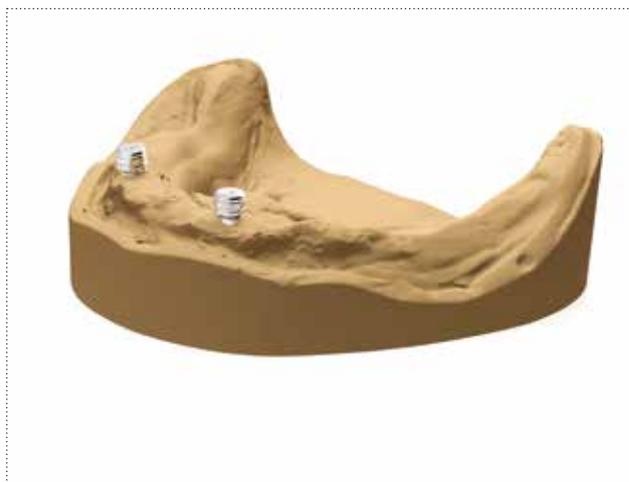
#### Avvertenza importante

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione delle cappette o degli stessi attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati. La sostituzione delle cappette in poliammide può essere eseguita manualmente alla poltrona, con il solo ausilio di una pinzetta.

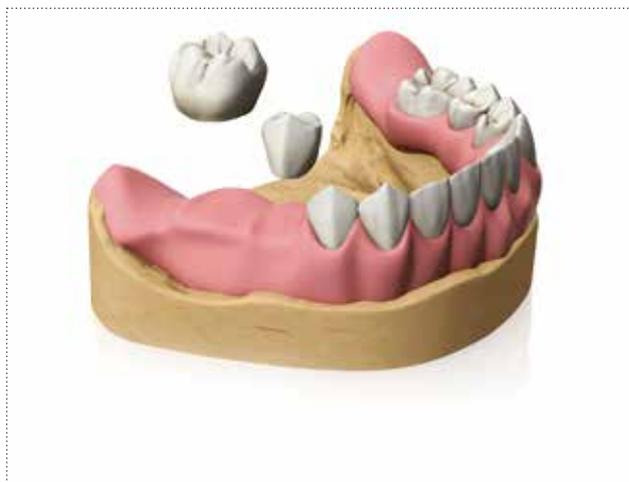


**Cappetta in poliammide CAP-TFL-1: metodo indiretto**

Inserire manualmente la cappetta in poliammide all'interno del contenitore in acciaio esercitando una semplice pressione. Posizionare le cappette assemblate sulla testa sferica degli analoghi. Qualora fosse necessario, scaricare i sottosquadri con gesso da impronta, cera, diga o altri materiali utilizzati abitualmente per questo scopo.



Realizzare l'overdenture come da protocolli abituali, verificando che gli ingombri di attacco sferico e cappetta metallica siano inclusi nella protesi completamente.



Una volta terminata la polimerizzazione, sollevare il manufatto protesico e lucidare la base dell'overdenture.

**Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo a esercitarsi, anche se gli attacchi sferici rendono queste operazioni semplici e rapide. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione degli attacchi, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione dei ritentori o degli stessi attacchi sferici che risultassero male inseriti o usurati. La sostituzione delle cappette in poliammide può essere eseguita manualmente alla poltrona, con il solo ausilio di una pinzetta.



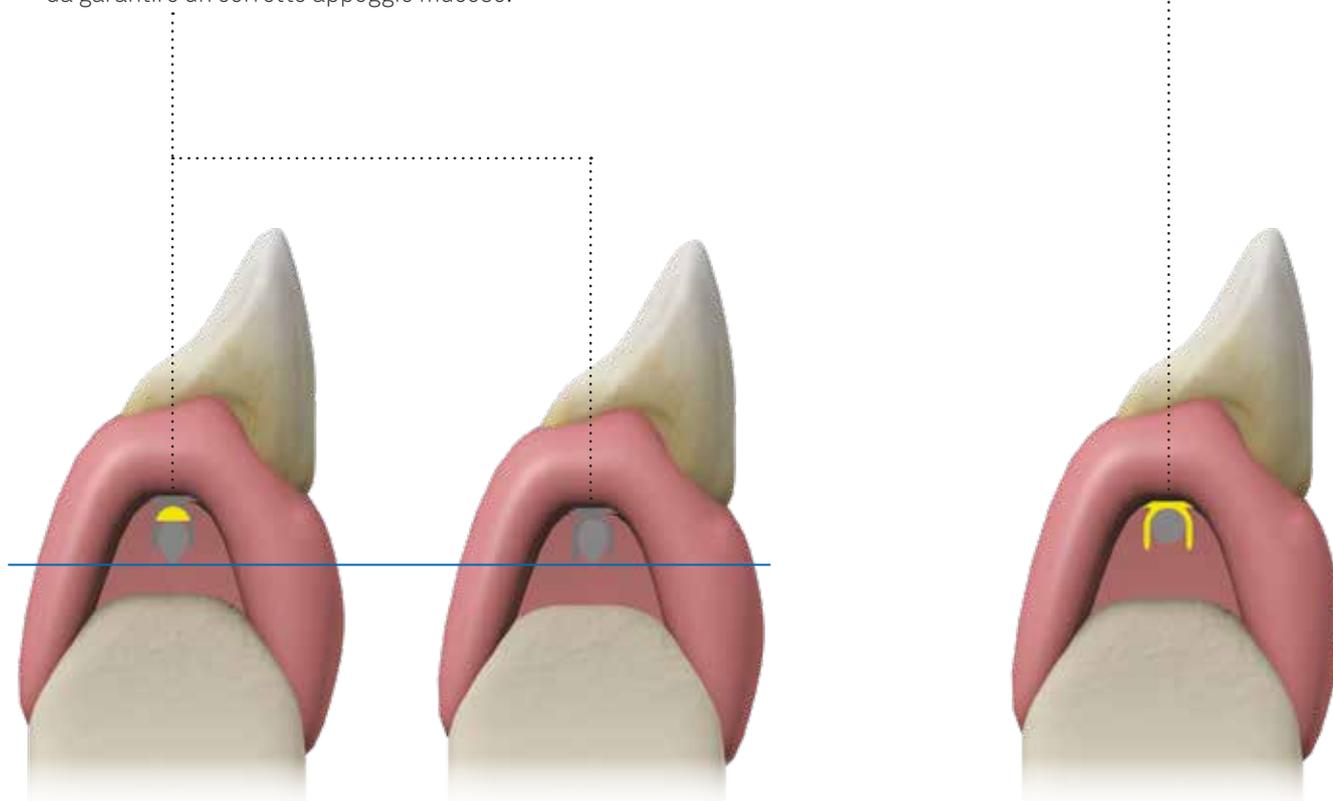
## Barre fuse o saldate\*

La riabilitazione su barre costituisce un metodo di ancoraggio dell'overdenture che ha anche il vantaggio di solidarizzare gli impianti tra loro. Tuttavia se la struttura viene realizzata in maniera imprecisa c'è il rischio che le tensioni da essa generate provochino fenomeni di riassorbimento e compromettano la durata a lungo termine della riabilitazione implanto-protetica, pertanto è opportuno verificare con la massima attenzione che il fit tra la barra e le piattaforme implantari sia adeguato.

Sono disponibili due diverse barre, una a sezione tonda e l'altra a sezione ovoidale, che devono essere utilizzate con i rispettivi cavalieri:

**Barra di Dolder:** barra a sezione ovoidale asimmetrica. Limita i movimenti di basculazione antero-posteriore. Al fine di consentire una corretta resilienza, è fornita completa di un distanziatore da utilizzare in fase di fissaggio dei cavalieri nell'overdenture, in modo da garantire un corretto appoggio mucoso.

**Barra di Ackermann:** barra a sezione rotonda consente una basculazione in senso antero-posteriore.



Volendo utilizzare barre con sezioni diverse da quelle presenti nel programma Sweden & Martina, ad esempio Dolder rigida, le medesime possono essere reperite sul mercato e possono essere utilizzate secondo le indicazioni dei fabbricanti; l'uso dei pilastri a cui esse vengono unite resta invariato rispetto a quello illustrato nel presente protocollo.

**\*Nota bene:** tutti i pilastri presentati nelle pagine a seguire possono essere modellati, personalizzati e fusi separatamente per poi essere uniti alla barra tramite saldatura. Per modalità e tecniche fare riferimento alle indicazioni dei produttori delle leghe utilizzate.

descrizione	codice
Barra di Dolder calcinabile, L. 5 cm, H 3 mm, spessore 2.20 mm Profilo ovoidale con spaziatore	<b>BARC-CAV-TIT</b> 
Cavaliere divisibile, in titanio, per barre ovali H 3 mm x spessore 2.20 mm	<b>CAV-TIT</b> 
Barra di Ackermann calcinabile, L. 5 cm, $\varnothing$ 2.20 mm	<b>BARC</b> 
Cavaliere in lega aurea 3, per barre tonde di $\varnothing$ 2.20 mm	<b>CAV-375</b> 

**Avvertenza importante**

Per una corretta progettazione della barra è preferibile seguire un protocollo indiretto in quanto il modello da laboratorio consente una precisa misurazione dell'ortogonalità della struttura. Per i protocolli di presa d'impronta si vedano le pagg. 36 e seguenti.

### Barra su abutment Plain B-Space: metodo indiretto

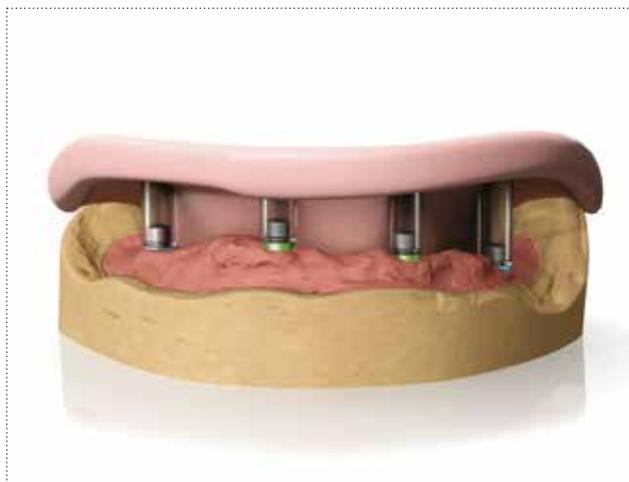
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare gli abutment Plain B-Space agli analoghi Plain B-Space per mezzo di un avvitatore della serie HSM. Il torque di serraggio definitivo degli abutment Plain B-Space è di 20-25 Ncm. Poi fissare tutte le cannule calcinabili A-PLAIN-CC sugli abutment Plain B-Space per mezzo delle viti di serraggio A-PLAIN-VP200 incluse nella confezione di ogni cannula.

#### Avvertenza importante

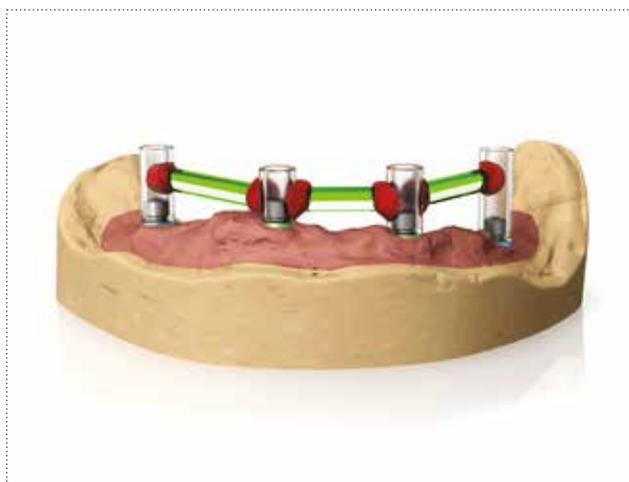
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola con i codici A-PLAIN-VP200. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di Ackermann a profilo rotondo (cod. BARC) alle cannule calcinabili per mezzo di resina.



Fondere la barra o produrla tramite tecnologia CAD CAM. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività. Il torque raccomandato per serrare definitivamente tutte le sovrastrutture ottenute per fusione agli abutment è di 20-25 Ncm.

**Avvertenza importante**

Qualora la struttura non risultasse completamente passiva pur avendo seguito il normale protocollo di verifica prima della fusione, è eventualmente possibile correggere le tensioni rilevate come d'abitudine.



Nel caso della barra a profilo ovoidale, inserire un segmento della barra spaziatrice (inclusa nella confezione) tra il cavaliere e la barra fusa prima di procedere all'inclusione degli attacchi alla base dell'overdenture: questo passaggio garantirà la corretta resilienza alla riabilitazione protesica.



Realizzare la struttura in cera e poi trasformarla in resina, inglobando la sommità dei cavalieri, oppure riposizionare nella mascherina i denti del commercio.

**Avvertenza importante**

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolando il movimento orizzontale che permette l'ancoraggio e il rilascio della barra. Ogni barra prevede l'utilizzo di un cavaliere apposito, poiché le sezioni delle barre sono differenti e non compatibili.



**Avvertenza importante**

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo ad esercitarsi con queste semplici manovre. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione dei cavalieri, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione dei ritentori o degli stessi.

### Barra ottenuta con pilastri calcinabili con base in metallo: metodo indiretto

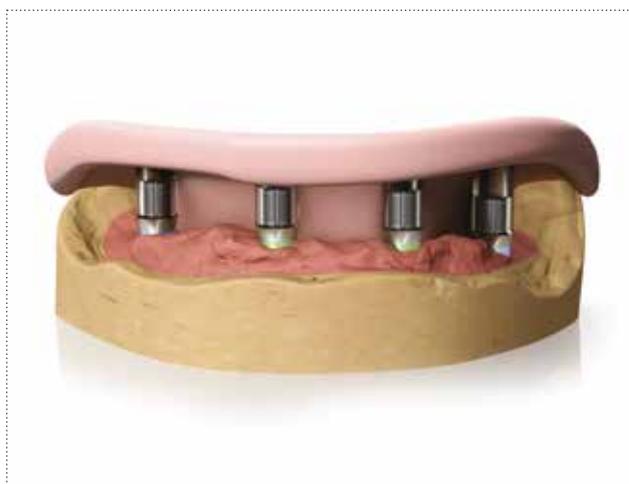
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare i pilastri calcinabili con base in metallo agli analoghi per mezzo di un avvitatore della serie HSM o L-HSM in base al pilastro utilizzato. Il torque di serraggio definitivo dei manufatti protesici su pilastri calcinabili con base in metallo è di 20-25 Ncm.

#### Avvertenza importante

Si raccomanda di utilizzare sempre viti di prova per le fasi di laboratorio e di conservare le viti nuove in dotazione per il fissaggio definitivo in bocca.



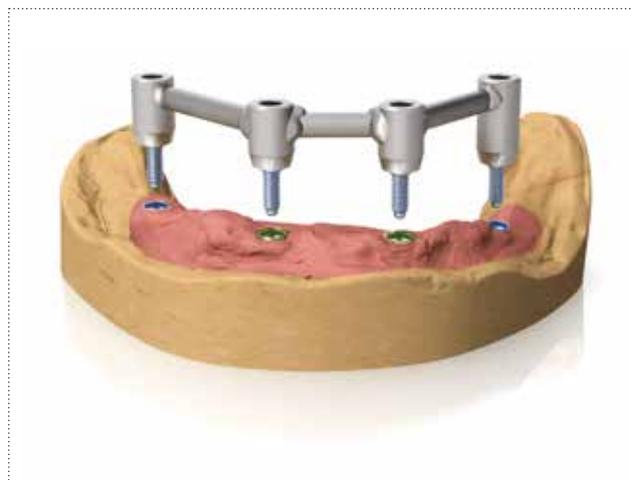
Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di Hackermann a profilo rotondo (cod. BARC) alle cannule calcinabili per mezzo di resina.



Fondere la barra o produrla tramite tecnologia CAD CAM. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività, correggendo come d'abitudine se necessario. Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture ottenute per fusione agli abutment è di 20-25 Ncm.



Nel caso della barra a profilo ovoidale, inserire un segmento della barra spaziatrice (inclusa nella confezione) tra il cavaliere e la barra fusa prima di procedere all'inclusione degli attacchi alla base dell'overdenture: questo passaggio garantirà la corretta resilienza alla riabilitazione protesica.



Realizzare la struttura in cera e poi trasformarla in resina, inglobando la sommità dei cavalieri, oppure riposizionare nella mascherina i denti del commercio.

#### Avvertenza importante

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolando il movimento orizzontale che permette l'ancoraggio e il rilascio della barra. Ogni barra prevede l'utilizzo di un cavaliere apposito, poiché le sezioni delle barre sono differenti e non compatibili.



### Barra ottenuta con pilastri interamente calcinabili: metodo indiretto

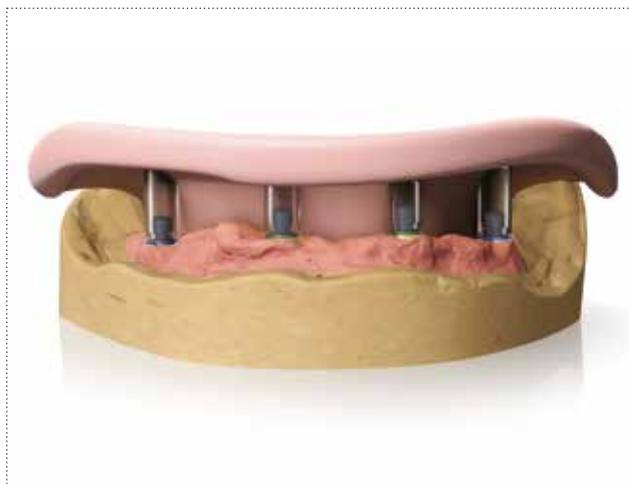
Una volta realizzato il modello secondo le procedure standard, avvitare i pilastri interamente calcinabili agli analoghi per mezzo di un cacciavite della serie HSM. Si faccia attenzione in laboratorio, prima della fusione, a non serrare i pilastri interamente calcinabili sui modelli a un torque maggiore di 8-10 Ncm, poiché i polimeri hanno una resistenza inferiore al metallo.

#### Avvertenza importante

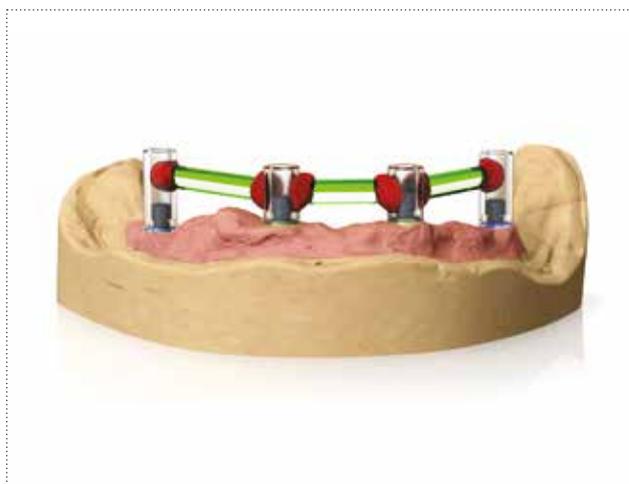
Per le fasi di laboratorio utilizzare sempre viti di ricambio, disponibili in confezione singola con i codici VM2-180. Utilizzare le viti definitive solo per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



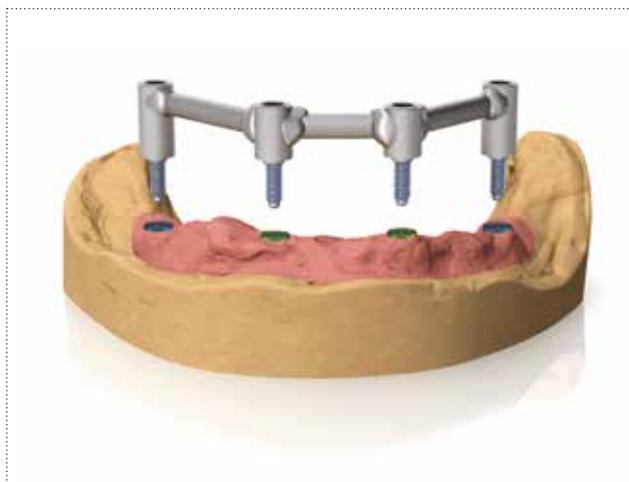
Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di Hackermann a profilo rotondo (cod. BARC) alle cannule calcinabili per mezzo di resina.



#### Avvertenza importante

Data l'impossibilità di marcare con laser la lega aurea e il cromo cobalto, non è stato possibile collocare un segno di riconoscimento alla base dei pilastri  $\varnothing$  4.25 e 5.00. Si consiglia di non sconfezionare i pezzi fino al momento del loro utilizzo, in modo da poter distinguere le componenti con connessione One da quelle con esagono di connessione da 2.50.

Fondere la barra o produrla tramite tecnologia CAD CAM. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività, correggendo come d'abitudine se necessario. Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture ottenute per fusione agli abutment è di 20-25 Ncm.



Nel caso della barra a profilo ovoidale, inserire un segmento della barra spaziatrice (inclusa nella confezione) tra il cavaliere e la barra fusa prima di procedere all'inclusione degli attacchi alla base dell'overdenture: questo passaggio garantirà la corretta resilienza alla riabilitazione protesica.



Realizzare la struttura in cera e poi trasformarla in resina, inglobando la sommità dei cavalieri, oppure riposizionare nella mascherina i denti del commercio.

#### Avvertenza importante

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolando il movimento orizzontale che permette l'ancoraggio e il rilascio della barra. Ogni barra prevede l'utilizzo di un cavaliere apposito, poiché le sezioni delle barre sono differenti e non compatibili.



#### Avvertenza importante

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo ad esercitarsi con queste semplici manovre. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione dei cavalieri, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione dei ritentori o degli stessi.

### Barra su P.A.D.r con cannule calcinabili: metodo indiretto

Dopo aver inserito i P.A.D.r avvitare le cannule calcinabili PAD-CC agli analoghi degli abument.  
Si faccia attenzione in laboratorio, prima della fusione, a non serrare le cannule interamente calcinabili sui modelli a un torque maggiore di 8-10 Ncm, poiché i polimeri hanno una resistenza inferiore al metallo.

#### Avvertenza importante

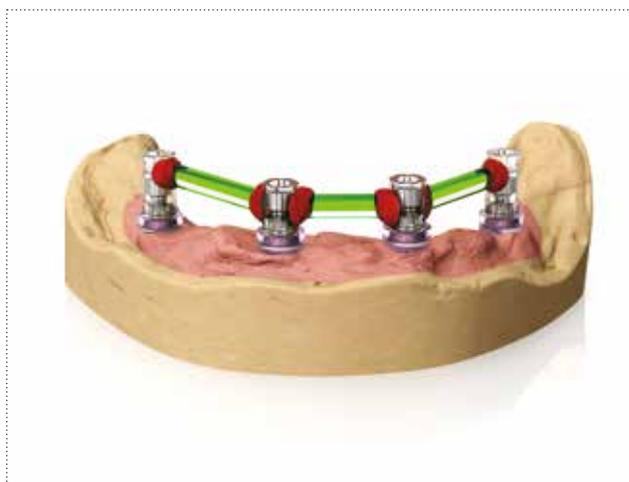
Per le fasi di laboratorio usare sempre viti protesiche di ricambio, è disponibile anche la confezione da 10 pezzi con il codice PAD-VP-140-10. Utilizzare le viti nuove per il serraggio definitivo in bocca al paziente.



Ridurre le cannule calcinabili a una dimensione congruente con la dimensione verticale del paziente, utilizzando la mascherina in silicone ottenuta da un premontaggio oppure mettendo la struttura in articolatore in relazione allo spazio lasciato dall'antagonista.



Fissare una barra calcinabile di Dolder a profilo ovoidale (cod. BARC-CAV-TIT) oppure una barra calcinabile di Hackermann a profilo rotondo (cod. BARC) alle cannule calcinabili per mezzo di resina.



Fondere la barra o produrla tramite tecnologia CAD CAM. Provare la struttura prima su modello e poi in bocca al paziente per verificarne la completa passività, correggendo come d'abitudine se necessario. Il torque raccomandato per serrare tutte le sovrastrutture ottenute per fusione agli abutment è di 20-25 Ncm.



Nel caso della barra a profilo ovoidale, inserire un segmento della barra spaziatrice (inclusa nella confezione) tra il cavaliere e la barra fusa prima di procedere all'inclusione degli attacchi alla base dell'overdenture: questo passaggio garantirà la corretta resilienza alla riabilitazione protesica.



Realizzare la struttura in cera e poi trasformarla in resina, inglobando la sommità dei cavalieri, oppure riposizionare nella mascherina i denti del commercio.

#### Avvertenza importante

È necessario prestare attenzione affinché la resina non copra completamente le pareti laterali dei cavalieri, ostacolando il movimento orizzontale che permette l'ancoraggio e il rilascio della barra. Ogni barra prevede l'utilizzo di un cavaliere apposito, poiché le sezioni delle barre sono differenti e non compatibili.



#### Avvertenza importante

È opportuno istruire adeguatamente il paziente in merito alle corrette procedure di posizionamento e rimozione della protesi, invitandolo ad esercitarsi con queste semplici manovre. Il paziente deve anche essere sollecitato a riferire eventuali discomfort della protesi, inclusa la perdita di ritenzione dei cavalieri, in modo da permettere all'operatore una pronta manutenzione o sostituzione dei ritentori o degli stessi.

# Consigli per la sovrafusione con leghe vili

**A cura dell'Odt. Loris Zamuner**

La fusione con leghe vili, meno predicibile rispetto a quella con leghe nobili, aumenta la difficoltà di mantenere la precisione a livello della connessione protesica perché oltre ai fattori di intimo contatto tra le leghe e resistenza meccanica subentrano anche problematiche di fenomeni corrosivi, ben noti agli odontotecnici.

Poiché queste leghe durante il loro riscaldamento si ossidano, è necessario avere ulteriori accorgimenti durante la preparazione dei modellati, durante la procedura di messa in rivestimento e fusione per evitare complicanze non solo di tipo meccanico, ma anche biologico (es. tatuaggi gengivali, ossia macchie nerastre dovute all'ossido-riduzione dei metalli della protesi, che sono molto difficili da trattare e rimuovere).

A tale proposito riportiamo alcuni consigli che, pur non eliminando completamente le problematiche sopra citate, possono essere d'aiuto al laboratorio per un corretto utilizzo dei pilastri calcinabili con base in cromo-cobalto:

- Rimuovere la cannula calcinabile dalla base e sigillare con della cera o della resina calcinabile lo spazio interstiziale, in modo da evitare la formazione di eventuali fessure.
- Stendere sulla superficie metallica uno strato di soluzione disossidante (es. flux) prima di riposizionare e fissare la cannula calcinabile: questa procedura può ridurre la quantità di ossidi che si formano durante il riscaldamento della lega.
- La modellazione deve delimitare in modo ben definito la zona di giunzione cannula calcinabile - base prefabbricata con un bordo di chiusura ben rappresentato al fine di evitare che la lega sovrafusa possa penetrare alla base del pilastro.
- La pernatura per la messa in cilindro deve effettuarsi in una zona con adeguato volume circostante per evitare che durante la fusione la lega iniettata si raffreddi prima di completare il riempimento della forma finale. Non posizionare la spina di fusione in zone sottili per evitare deformazioni causate dal calore della lega fusa.
- L'espansione del rivestimento refrattario da fusione va mantenuta ai valori minimi per evitare che si crei uno spazio tra base metallica e rivestimento, dovuto a una differenza di espansione tra i due strati. Se non c'è un intimo contatto tra rivestimento e base metallica potrebbe infiltrarsi una pellicola sottile di metallo sulla base prefabbricata che, raggiungendo anche la piattaforma di connessione impianto-protesica, influirà sulla precisione con evidenti problematiche di tipo biomeccanico e biologico.
- Il riscaldamento del cilindro deve essere uniforme in tutte le sue parti. Poiché che al suo interno sono inglobate le componenti metalliche prefabbricate, che assorbono calore per loro natura, è opportuno mantenere la temperatura finale di riscaldamento per un tempo prolungato e successivamente innalzarla di circa 20 -30°C rispetto alla temperatura consigliata dal produttore della lega.
- Nella scelta della lega da sovrafondere è opportuno valutarne accuratamente la temperatura di fusione rispetto a quella della componente da sovrafondere, che deve essere superiore di circa 80 -100°C per non essere deformata ma per consentire una buona unione tra le due leghe.
- Dopo la fusione lasciare raffreddare lentamente il cilindro per evitare che si formino tensioni tra le due leghe.
- Evitare il contatto tra ceramica e lega base durante la cottura della ceramica stessa perché i differenti coefficienti di espansione termica (CTE) possono creare delle crepe nello strato di rivestimento.
- Dov'è possibile (in zone non estetiche) tenere l'area di interfaccia tra la base prefabbricata e la struttura sovrafusa al di fuori del solco gengivale.
- Nelle protesi avvitate in composito, inglobare la linea di interfaccia tra la base prefabbricata e la struttura sovrafusa all'interno del rivestimento estetico.
- Utilizzare uno stesso tipo di lega per tutta la ricostruzione protesica, al fine di evitare indebolimenti parziali, rotture e scarico scorretto delle forze sugli impianti.

Ricordiamo che questa tecnica è soggetta a problematiche di resistenza meccanica, corrosione e reazioni galvaniche tipiche delle leghe preziose e quindi maggiormente presenti in leghe non nobili.

# Pulizia, sterilizzazione, conservazione di componenti protesiche e strumenti

**Attenzione!** Tutti gli strumenti chirurgici per impianti dentali sono venduti in condizione non sterile. Prima dell'utilizzo, devono essere puliti, disinfettati e sterilizzati seguendo la seguente procedura validata da Sweden & Martina.

Tali processi devono essere eseguiti prima del primo utilizzo, e prima di ogni successivo riutilizzo.

La ripetizione dei processi descritti in questo paragrafo ha un effetto minimo in termini di usura su questi dispositivi.

Deve sempre essere verificata la corretta funzionalità degli strumenti prima del loro utilizzo. In presenza di segni di usura gli strumenti devono essere immediatamente sostituiti con dispositivi nuovi. In particolare si raccomanda di verificare sempre la corretta ritenzione degli avvitatori all'interno dei pozzetti di ingaggio sulla testa delle viti che devono essere prelevate ed avvitate con gli stessi. La mancata osservanza di queste indicazioni può comportare l'insorgere di infezioni incrociate e complicanze intraoperatorie.

## a. Pulizia

Contenitori e trasporto da utilizzare per il lavaggio: non ci sono particolari requisiti. In caso di pulitura automatizzata: utilizzare vasca a ultrasuoni servendosi di una idonea soluzione detergente. Si raccomanda di utilizzare esclusivamente detergenti neutri. La concentrazione della soluzione e la durata del lavaggio devono attenersi alle indicazioni del fabbricante della stessa. Utilizzare acqua demineralizzata per prevenire la formazione di macchie ed aloni.

Al momento dello scarico, controllare i recessi dei dispositivi, i fori, ecc. per verificare la completa rimozione di residui. Se necessario, ripetere il ciclo o utilizzare la pulitura manuale.

In caso di pulitura manuale: utilizzare un idoneo detergente neutro, attenendosi alle istruzioni d'uso del fabbricante dello stesso. Spazzolare i prodotti con setole morbide, sotto abbondante acqua corrente. Utilizzando la spazzola, applicare la soluzione detergente a tutte le superfici. Risciacquare con acqua distillata per almeno 4 minuti. Accertarsi che l'acqua corrente passi in abbondanza attraverso eventuali fori. Nel caso di frese con irrigazione interna, si utilizzino gli appositi spilli in dotazione ai manipoli per assicurarsi che i fori di irrigazione siano stati completamente puliti e liberati dai residui di frustoli ossei o dai tessuti biologici. Dopo il risciacquo asciugare completamente i dispositivi e imbustarli in idonee buste di sterilizzazione. In caso si esegua un ciclo di essiccazione come parte del ciclo di un'apparecchiatura di lavaggio e disinfezione, non superare i 120 °C.

## b. Sterilizzazione

In autoclave sotto vuoto, e sterilizzare con la seguente modalità:

- autoclave (Gravity-Displacement Cycles) alla temperatura di 121 °C con esposizione minima di 30 minuti e ciclo di essiccazione di 15 minuti;
- autoclave (Dynamic-Air-Removal Cycles) alla temperatura di 132 °C con esposizione di 4 minuti e ciclo di essiccazione di minimo 20 minuti.

## c. Conservazione

Dopo la sterilizzazione, il prodotto deve rimanere nelle buste utilizzate per la sterilizzazione. Le buste devono essere aperte solo immediatamente prima del riutilizzo. Le buste per sterilizzare sono normalmente in grado di mantenere la sterilità al loro interno, salvo danneggiamento dell'involucro. Si ponga quindi attenzione a non utilizzare componenti se le buste in cui erano conservati presentano danneggiamenti e a risterilizzarli in buste nuove prima del loro riutilizzo. Il periodo di conservazione dei prodotti sterilizzati all'interno delle buste non deve superare quello raccomandato dal produttore delle buste stesse. Il prodotto deve essere conservato in luogo fresco e asciutto, al riparo da raggi solari diretti, acqua e fonti di calore.

Consultare il sito [https://www.sweden-martina.com/it\\_it/ifu/](https://www.sweden-martina.com/it_it/ifu/) per ulteriori informazioni su:

- composizione dei materiali;
- manutenzione, pulizia/sterilizzazione/conservazione, di componenti protesiche e strumentazione chirurgica incluso il cricchetto dinamometrico CRI5-KIT;
- legenda dei simboli utilizzati nelle confezioni.

## L'ULTIMA DATA DI REVISIONE DEL PRESENTE MANUALE È APRILE 2024.

La progettazione e la produzione dei dispositivi oggetto del presente manuale è eseguita in conformità alle direttive e norme armonizzate più aggiornate per quanto concerne i materiali utilizzati, i processi produttivi, la sterilizzazione, le informazioni fornite, gli imballaggi.



rev. 04-24



**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](http://www.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

**Sweden & Martina Mediterranea S.L. - España**

info.es@sweden-martina.com  
**Sweden & Martina Lda - Portugal**  
info.pt@sweden-martina.com

Gli impianti, le componenti protesiche e gli strumenti chirurgici presenti nella pubblicazione sono Dispositivi Medici e sono fabbricati da Sweden & Martina S.p.A., ad eccezione di:

- Locator Abutment e relative componenti;
- pilastri per foro vite angolato e relativi avvitatori.

Gli articoli presenti sono conformi alle norme ISO 9001 e ISO 13485 e sono registrati con marchio CE in accordo con il Regolamento (UE) Dispositivi Medici n. 2017/745.

Lo stabilimento Sweden & Martina produce Dispositivi Medici in accordo alle cGMP vigenti in USA e in altri paesi del mondo.



Alcuni prodotti potrebbero non essere disponibili in tutti i mercati.

Tutti i marchi presenti nella pubblicazione sono proprietà di Sweden & Martina, con eccezione dei prodotti per i quali è diversamente indicato.

Questi prodotti sono destinati agli studi medici e ai laboratori, la loro vendita non è rivolta al paziente.

È vietato rivendere, duplicare o divulgare i prodotti contenuti nella presente pubblicazione senza il consenso scritto di Sweden & Martina S.p.A.

Per ulteriori informazioni sui prodotti, incluse indicazioni, controindicazioni, avvertenze, precauzioni e potenziali effetti collaterali, si faccia riferimento al sito web di Sweden & Martina S.p.A.

I contenuti sono aggiornati al momento della pubblicazione. Contattare l'azienda Sweden & Martina per gli aggiornamenti successivi.